

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES DE 6 MESES A 6
AÑOS INGRESADOS POR CONVULSIÓN FEBRIL, HOSPITAL DE CHAN-
CAY 2017- 2019**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

VALVERDE GAVEDIA, HELIO RAÚL

ASESOR:

M.C. CARLOS OVERTI SUQUILANDA FLORES

HUACHO – PERU

2020

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES DE 6 MESES A 6
AÑOS INGRESADOS POR CONVULSIÓN FEBRIL EN EL HOSPITAL DE
CHANCAY 2017- 2019**

VALVERDE GAVEDIA, HELIO RAÚL

TESIS DE PREGRADO

ASESOR:

M.C. CARLOS OVERTI SUQUILANDA FLORES

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SANCHEZ CARRION

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

2020

DEDICATORIA

Quiero dedicar las siguientes líneas a mis padres, porque ellos siempre me apoyaron en momentos difíciles, en especial a mi madre por ser la persona especial en mi vida ya que con su apoyo incondicional pude superar varias adversidades.

A mis maestros, asesores, doctores, colegas, amigos quienes me brindaron muchas enseñanzas y confianza dedico el siguiente trabajo a ellos.

Helio Raúl Valverde Gavedia

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios, por alumbrarme el camino y darme fuerzas en cada momento de adversidad y desafío. A mis padres, también por amor, paciencia y apoyo incondicional durante toda mi formación académica profesional. A mis maestros gracias por las enseñanzas y consejos brindados ya sea durante mi paso por el pregrado hasta la realización del presente trabajo de investigación.

Helio Raúl Valverde Gavedia

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	v
INDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCION	xii
CAPITULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad Problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3.Objetivos de la Investigación.....	3
1.3.1. Objetivo General.....	3
1.3.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4.Justificación de la Investigación.....	4
1.5.Delimitación del Estudio.....	5
1.6.Viabilidad del Estudio.....	6
CAPITULO II.....	7
MARCO TEORICO	7
2.1.Antecedentes de la Investigación.....	7
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	7

2.1.2. Antecedentes nacionales.....	10
2.2.Bases Teóricas.....	12
2.3.Definiciones Conceptuales.....	17
2.4.Formulación de la hipótesis.....	17
CAPITULO III.....	18
METODOLOGIA	18
3.1.Diseño Metodológico.....	18
3.1.1. Tipo de investigación.....	18
3.1.2. Nivel de investigación.....	18
3.1.3. Diseño	18
3.2.Población y Muestra.....	18
3.3.Operacionalización de variables.....	19
3.4.Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	21
3.4.1. Técnicas a emplear.....	21
3.4.2. Descripción del instrumento.....	21
3.5.Técnicas para el Procesamiento de la Información.....	21
CAPITULO IV	22
RESULTADOS	22
4.1.Resultados.....	22
CAPITULO V.....	27
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
5.1.Discusión.....	27
5.2.Conclusiones.....	29
5.3.Recomendaciones.....	29
CAPITULO VI	31

FUENTES DE INFORMACION	31
6.1.Fuentes Bibliográficas.....	31
6.2.Fuentes documentales.....	32
ANEXOS	34
Anexo 01: Matriz de Consistencia.....	35
Anexo 02: Ficha para la recolección de datos	37
Anexo 03: Documento de autorización de revisión de historias clínicas.	39
Anexo 04: Documento de asesoría estadística.....	40
Anexo 05: Base de Datos Spss.	41
Anexo 06: Juicio de expertos.....	45

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Frecuencia de convulsiones febriles según edad en meses del paciente	22
Tabla 2 Frecuencia de la convulsión febril según sexo	23
Tabla 3 Frecuencia de convulsión febril según lugar de procedencia	24
Tabla 4 Temperatura de pacientes ingresados por convulsión febril	25
Tabla 5 Infección asociada (No meningea) en pacientes ingresados por convulsión febril.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Frecuencia de convulsiones febriles según grupo de edad en meses.	22
Figura 2 Frecuencia de la convulsión febril según sexo del paciente.....	23
Figura 3.Frecuencia de convulsión febril según lugar de procedencia.....	24
Figura 4.Temperatura de pacientes ingresados por convulsión febril.....	25
Figura 5.Infección asociada (No meníngea) en pacientes ingresados por convulsión febril.....	26

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el hospital de Chancay 2017- 2019. **Materiales y Métodos:** En cuanto al método fue descriptivo, observacional, de corte transversal y retrospectivo, consistió en la revisión de 62 historias clínicas, para el análisis y procesamiento de los datos se empleó el software estadístico IBM SPSS 24 y software Microsoft Excel 2013. **Resultados:** Dentro de las características epidemiológicas investigadas, con respecto a la edad en meses, la frecuencia fue mayor en el grupo etario de 13 a 24 meses con un total de 21 pacientes (33,9%). El sexo masculino fue predominante, hubieron 33 (53,2%), los pacientes provienen en su mayoría del mismo distrito de Chancay 48,4%, la temperatura que presentaron los 62 pacientes con convulsión febril, se encontró que 36 pacientes (58,1%) presentaron 38,5°C a 39°C., la infección (no meningea) asociada más frecuente, fue infección respiratoria alta, las cuales se encontró en 41 (66,1%). **Conclusión:** La mayor frecuencia por edad en meses de pacientes con convulsión febril, la tuvieron el grupo de 13 a 24 meses, el sexo masculino es más predominante con respecto al femenino en pacientes con convulsión febril, los pacientes provienen en su mayoría del mismo distrito de Chancay y alrededores. La temperatura al ingreso más frecuente de 38,5°C a 39°C. La infección (no meningea) asociada más frecuente son las infecciones respiratorias altas seguida de las infecciones gastrointestinales.

Palabras clave: Convulsión febril, Infección asociada.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological characteristics in patients aged 6 months to 6 years admitted due to febrile seizure in the hospital of Chancay 2017-2019.

Materials and Methods: Regarding the method it was descriptive, observational, cross-sectional and retrospective, it consisted of the review of 62 medical records, for the analysis and processing of the data, the statistical software IBM SPSS 24 and Microsoft Excel 2013 software were used. **Results:** Within the epidemiological characteristics investigated, with respect to age in months, the frequency was higher in the age group of 13 to 24 months with a total of 21 patients (33.9%). The male sex was predominant, there were 33 (53.2%), the patients come mostly from the same district of Chancay 48.4%, the temperature presented by the 62 patients with febrile seizure, 36 patients (58, 1%) presented 38.5 ° C at 39 ° C., The most frequent associated non-meningeal infection was upper respiratory infection, which was found in 41 (66.1%).

Conclusion: The highest frequency by age in months of patients with febrile seizure, the group had 13 to 24 months, the male sex is more predominant than the female in patients with febrile seizure, the patients come mostly from the same district from Chancay and surroundings. The most frequent entry temperature from 38.5 ° C to 39 ° C. The most frequent associated (non-meningeal) infection is upper respiratory infections followed by gastrointestinal infections.

Keywords: Febrile seizure, Associated infection.

INTRODUCCIÓN

La Convulsión Febril es el tipo de crisis convulsiva más frecuente en la infancia aproximadamente afectan alrededor del 2 a 4% de los niños menores de cinco años en EE UU. (Ruiz, 2015)

La fiebre es uno de los requisitos para el diagnóstico de una convulsión febril. Ruiz (2015) afirma que, “son episodios convulsivos, pueden presentarse durante un proceso febril y no tener infección del sistema nervioso central, trastorno eléctricometabólico o epilepsia, usualmente en niños de 6 meses y 5 años, la temperatura corporal mayormente asociada es de 38.4°C” (p 424) esta patología a veces es llamada síndrome de convulsión febril, pero de ahora en adelante para un mejor entendimiento solo la llamaremos convulsión febril.

Aunque la convulsión febril se ve en todos los grupos étnicos, es más visto con frecuencia en la población asiática (5–10% de los niños indios y 6–9% de niños japoneses). La relación hombre-mujer es aproximadamente 1.6 a 1. La condición es más común en niños pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, probablemente debido a un acceso inadecuado a los servicios de salud (Leung, Hon , & Leung, 2018).

En cuanto a la causa de la fiebre esta puede ir desde una infección viral o bacteriana, fueron en orden de frecuencia; reciente infección respiratoria superior 42.3% (IC 95%: 37.2% –47.4%), gastroenteritis 21.5% (IC del 95%: 13,6% –29,4%) e infecciones de otitis media 15,2% (IC del 95%: 9,8% - 20,7%) (Delpisheh, Veisani, Sayehmiri, & Fayyazi, 2014).

La presente tesis, conforme el reglamento establecido se estructuró por capítulos de la siguiente manera:

Capítulo I Planteamiento del problema, el problema, objetivos, justificación, delimitación y viabilidad del estudio.

Capítulo II Marco Teórico, antecedentes nacionales e internacionales, bases teóricas y definiciones conceptuales y formulación de hipótesis.

Capítulo III Metodología, Diseño Metodológico, Población y Muestra, Operacionalización de variables, Técnicas e instrumentos de recolección de datos, y procesamientos de la información.

Capítulo IV Resultados mediante tablas y gráficos.

Capítulo V Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.

Capítulo VI Fuentes de información bibliográfica.

Como última sección, los anexos que sustentan las actividades realizadas para culminar la presente investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad Problemática

Las convulsiones febriles (CF) es el trastorno neurológico más común observado en el grupo de edad pediátrica. En la emergencia pediátrica, se presentan de manera aguda y representan el 1% de todas las visitas de emergencia (Ahammed & Bijumon, 2018).

Los CF ocurren en 2% a 5% de los niños alrededor de 6 meses a 6 años de edad, la incidencia máxima en varios estudios es a los 18 meses de edad y es baja antes de los 6 meses o después de los 6 años. En general, la incidencia de la CF tiende a disminuir notablemente pasado los 4 años de edad (y la condición muy rara vez ocurre en niños mayores de 7 años de edad). La CF se ve con mayor frecuencia en la población asiática, afectando a 3.4% –9.3% de niños japoneses y 5% –10% de niños indios, pero solo 2% –5% de niños en los EE. UU y Europa occidental (Chung, 2014).

Existen varios estudios internacionales que describen el perfil epidemiológico de la CF, como por ejemplo Kantamalee, Katanyuwong, & Louthrenoo, (2017) quienes estudiaron las características clínicas y factores de riesgo de 335 pacientes del Hospital Chiang Mai con diagnóstico de convulsión febril obteniendo la edad media de inicio de la convulsión febril fue de 1.85 ± 0.95 años, la temperatura media al ingreso fue de 38.53 ± 0.97 grado Celsius, infección del tracto respiratorio y gastroenteritis aguda fueron las infecciones concomitantes más frecuentes, la tasa de recurrencia de la CF también fueron significativamente mayores en los casos con antecedentes familiares positivos de convulsiones febriles (35,3%), en comparación con los que no tienen antecedentes familiares (64,7%) con odds ratio de 2,17 ($p = 0,02$).

En Corea se encontró la prevalencia promedio de CF en niños menores de 5 años fue del 6,92% (7,67% para los niños y 6,12% para las niñas). La prevalencia alcanzó su punto máximo en el segundo a tercer año de vida, a 27.51%. La incidencia de FS en niños menores de 5 años (promedio de 4.5 años) fue 5.49% (5.89% para niños y 5.06% para niñas). El riesgo de primer CF fue mayor en el segundo año de vida. La tasa de recurrencia general fue de 13.04% (13.81% para niños y 12.09% para niñas), y un tercer episodio de FS ocurrió en 3.35% (Byeon, Kim, Eun, & x, 2018).

En el Perú, la prevalencia de pacientes con convulsión febril ha sido poco estudiada A nivel nacional, Alfonzo (2019) afirma: temperatura entre 38 a 38.5°C, edad de 17 meses, sexo masculino, pacientes provenientes de distritos cercanos al hospital y que presentar infección gastrointestinal son las características más frecuentes para una convulsión febril en menores de 6 años (p. 5). Estudio realizado en el distrito de Villa Maria del Triunfo.

Se debe investigar porque si bien es cierto que la convulsión febril es una patología benigna, algunas veces es causa de malos diagnósticos y mal abordaje terapéutico en los pacientes pediátricos menores de 6 años, más vulnerables.

En el Hospital de Chancay como en cualquier otro centro de nivel II-2, un hospital de referencia, y dado que en la periferia a veces la fiebre no es controlada adecuadamente, por diversas causas como por ejemplo, poco acceso geográfico, desconocimiento de los padres, falta de recursos, etc hacen que los casos de convulsión febril se presenten en la emergencia de manera variable pero siempre presente, la siguiente investigación pretende estudiar qué características son más predominantes.

Según reporte del departamento de estadística, se registraron durante el año 2017, al 2019 unos 75 casos de convulsión febril. Estos datos se corroboran al registrar

algunas historias clínicas durante mi estadía como interno de medicina humana durante el año 2019.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Se podrá identificar la frecuencia por edad en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019?

2. ¿Se podrá establecer la frecuencia según sexo en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019?

3. ¿Se podrá establecer el lugar de procedencia más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019?

4. ¿Se podrá identificar la temperatura más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019?

5. ¿Se podrá establecer la infección asociada (no meníngea) más frecuente asociada en pacientes de 6 meses a años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019?

1.3. Objetivos de la Investigación.

1.3.1. Objetivo General.

Determinar las características epidemiológicas en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, hospital de chancay 2017- 2019

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar cuál fue la frecuencia por edad en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019.
2. Establecer cuál fue la frecuencia por sexo en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019.
3. Establecer cuál fue el lugar de procedencia más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019
4. Identificar cuál fue la temperatura más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019.
5. Establecer cuál fue la infección asociada (No meningea) más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril, Hospital de Chancay 2017- 2019.

1.4. Justificación de la Investigación

El presente trabajo se justifica dado que la patología en estudio es frecuente, de carácter benigno con ciertas características de presentación, epidemiológica y clínicas, relativamente constantes según varios estudios, también es importante que el profesional de salud la reconozca y pueda así individualizar el manejo en cada paciente.

Al ser el Hospital de Chancay el centro de referencias para 9 establecimientos de salud la fiebre muchas veces no se llegan a resolver en dichos establecimientos por varios factores, desconocimiento de los padres, limitado acceso geográfico, mal manejo de la fiebre, etc.

Según el departamento de estadística del Hospital de Chancay reporto desde el 2017 al 2019, unos 5752 casos de niños de 6 meses a 6 años con síndrome febril, la fiebre es el principal componente para el diagnóstico de una convulsión febril, esto su-

mado a ciertas características epidemiológicas que se pretenden investigar, nos ayudara para un diagnóstico y abordaje terapéutico más certero.

Desde una perspectiva epidemiológica, la investigación se justifica porque la convulsión febril es la emergencia neurológica pediátrica más frecuente, afectando entre el dos al cinco por ciento del total de los niños menores de 6 años. Por tal motivo es importante que todos los profesionales de la salud en general, tengan conocimientos de las características epidemiológicas frecuentes, precisando el buen manejo terapéutico.

En cuanto al contexto metodológico, el estudio es crucial ya que los resultados obtenidos podrán ser usados por otros investigadores, tanto nacionales y regionales, ya que los trabajos que sirvieron de apoyo a la investigación son en su mayoría de escritores extranjeros.

1.5. Delimitación del Estudio

Las líneas de investigación del presente estudio corresponden al área de Ciencias Médicas y de Salud, sub área de Pediatría, especialidad de Neurología pediátrica.

- **Ámbito temporal:** El periodo de tiempo del estudio será de tres años, desde el año 2017 al 2019.

- **Ámbito espacial:** El estudio se realizó en el Hospital de Chancay, avenida Mariscal Sucre s/n, distrito de Chancay.

- **Ámbito poblacional:** La población investigada estuvo conformada por todos los pacientes entre 6 meses y 6 años de edad que ingresaron por emergencia y pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría por convulsión febril en el Hospital de Chancay.

1.6. Viabilidad del Estudio

El presente estudio se consideró viable porque existen datos a nivel mundial y nacional que describen las características del síndrome de convulsión febril describiendo tanto el grupo etario, edad de mayor incidencia, sexo, incidencia, temperatura y patología infecciosa concomitante.

Viabilidad técnica

Se contó con instrumentos de recolección de datos y el software adecuado con el cual se procesó la información para su presentación en gráficos y tablas.

Viabilidad Financiera

La presente investigación se realizó con recursos propios, siendo rentable y accesible por el potencial de los resultados que se esperan obtener.

Viabilidad Social

El beneficio será plenamente para la sociedad y comunidad médica porque se aportara datos respecto a dicha patología que podrán ser utilizados para mejorar el entendimiento y manejo de la misma.

Viabilidad Operativa

La presente investigación permitirá conocer con detalles epidemiológicos de la patología en cuestión, así como servir de referente para posteriores estudios de similar índole.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Ahammed, & Bijumon, (2018) publicaron; “A Clinical and Epidemiological Analysis of First-Time Febrile Seizures in Children” India. Objetivo fue analizar el espectro clínico y epidemiológico en niños con un primer ataque de trastorno convulsivo agudo y sus tasas de prevalencia de diversas etiologías fue un estudio prospectivo, transversal y analítico. La duración del estudio fue de octubre de 2015 a septiembre 2017 de un total de 127 niños con convulsiones febriles por primera vez que asistieron al servicio de emergencia del hospital de enseñanza universitaria en Kerala, cuyo resultados fueron 80 niños los cuales, presentaron convulsion febril (62.99%) y niños sin CF 47 (37%). En 68 de los 80 niños (85%) que se presentaron con CF, tenían menos de 6 años. Las etiologías observadas fueron desequilibrio electrolítico e hipoglucemia.

Byeon, Kim, & Eun, (2017) publicaron la investigacion: “Prevalencia, incidencia y recurrencia de convulsiones febriles en niños coreanos según datos nacionales” en korea, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia e incidencia de CF en niños Koreanos usando datos a nivel nacional, la prevalencia promedio de CF en niños menores de 5 años según la visita al hospital en Corea fueron del 6,92% (7,67% para los niños y 6,12% para las niñas). La prevalencia alcanzó su punto máximo en el segundo a tercer año de vida, a 27.51%. La incidencia de CF calculada en niños menores de 5 años (promedio de 4.5 años) fue 5.49% (5.89% para niños y 5.06% para niñas). La razon de

recurrencia general fue de 13.04% (13.81% para niños y 12.09% para niñas), y un tercer episodio de CF ocurrió en 3.35%.

Gomez, Gonzales , Torres, Guanchez, & Bastidas, (2016) en su investigación titulada: “Caracterización Epidemiológica de la crisis Febril en un municipio del estado Carabobo, Venezuela”, cuyo objetivo fue determinar el comportamiento epidemiológico de esta patología en la zona, estudio del tipo descriptivo y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas, con una muestra de 247 niños, los resultados fueron; 60,3% (149/247) del género masculino y 30,0% (99/247) del femenino ($p < 0.00001$, con diferencia significativa), la edad promedio fue de $22,4 \pm 12,8$ meses, en este grupo el niño de menor edad tenía 3 meses y el de mayor 60, en la mayoría de ellos no se reportaron antecedentes patológicos (74,5% [184/247]) ($p < 0.00000$,).

Dalbem, Siqueira, Espinosa, & Alvarenga, (2015) desarrollaron la investigación titulada: Febrile seizures: a population-based study en Brasil. El objetivo fue determinar la prevalencia de convulsiones febriles benignas de la infancia y describir el perfil clínico y epidemiológico de esta población. Fue un estudio transversal de base poblacional, realizada en la ciudad de Barra do Bugres, Brasil, de agosto de 2012 a agosto de 2013. Los datos se recopilaron en dos fases. En la primera fase, un cuestionario que fue validado previamente en otro estudio brasileño para identificar casos sospechosos de convulsiones. En la segunda fase, se realizó una evaluación neurológica. Realizado para confirmar el diagnóstico. Resulto que la prevalencia fue de 6.4 / 1000 habitantes (IC 95%: 3.8 --- 10.1). No hubo diferencia entre géneros Se encontraron convulsiones febriles simples en el 88.8% de los casos. Una historia familiar de convulsiones febriles en familiares de primer grado y antecedentes de epilepsia estuvo presente en 33.3% y 11.1% de pacientes, respectivamente.

Malu, et al ,(2013) en su estudio titulado; “Épidémiologie et caractéristiques des convulsions fébriles de l’enfant” realizado en Francia cuyo objetivo fue definir qué elementos clínicos o paraclínicos fueron fundamentales en la evaluación de una CF en el hospital Centre Hospitalier Régional de la Citadelle (CHR) análisis retrospectivo de los registros de niños entre 5 meses a 6 años, admitidos en emergencias pediátricas CHR y hospitalización por convulsiones asociado a temperatura de al menos 38 ° C, entre el periodo 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre 2009. La población fue de 275 niños. Concluyeron que la convulsión febril representó el 1.4% de los ingresos al servicio pediátrico. El 31,3% de los pacientes tenían antecedentes familiares de trastorno convulsivo. 9% el porcentaje de ataques fue focal, 11.7% recurrente y 12.3% prolongado (más de 10 minutos). Infecciones virales del tracto respiratorio superior y las otorrinolaringológicas fueron los factores provocadores más frecuentes implicados, que ocurren en el 69.5% de los pacientes. Los estudios de laboratorio, como electroencefalograma y radiografías, fueron normales en más del 90% de los casos y la temperatura corporal fue mayor en 39°C.

Aliabad, Khajeh, Fayyazi, & Safdari, (2013) elaboraron la investigación titulada: Clinical, Epidemiological and Laboratory Characteristics of Patients with Febrile Convulsion en Iran. Cuyo objetivo fue determinar las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de los pacientes ingresados en el hospital Ali-ebne Abitaleb de Zahedan con convulsiones febriles en 2010-2011. Se realizó un estudio del tipo transversal. Concluyeron que la frecuencia más alta de CF se observó en niños menores de 20 meses. Excepto por la menor incidencia de antecedentes positivos de prematuridad y mayor prevalencia de gastroenteritis, acorde a los resultados de otros estudios.

Shimony, Afawi, Asher, Mahajnah, & Shorer, (2008) publicaron un trabajo titulado: Epidemiological characteristics of febrile seizures—Comparing between Bedouin

and Jews in the Southern part of Israel. Cuyo objetivo se centró en evaluar si las convulsiones febriles están asociadas a diferentes características entre niños beduinos y niños judíos. Estudio retrospectivos de 374 archivos de niños diagnosticados con convulsiones febriles durante 1989–1991. Los niños de 3 meses a 7 años comprendían 261 judíos y 113 beduinos. Concluyeron que los dos grupos fueron similares en algunos aspectos (género, edad y tipo de convulsiones) hubo algunas diferencias en cuanto al origen de la fiebre. Se necesitan más estudios para determinar si estas diferencias están relacionadas con factores demográficos, genéticos u otros.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Alfonzo del aguila, (2019) realizo una investigación titulada: “Abordaje Terapéutico, Características clínico epidemiológicas de Convulsión febril en menores de 5 años del servicio de pediatría del hospital María Auxiliadora 2018”, en Lima, el objetivo fue, el de identificar cual fue el abordaje terapéutico, las características clínicas y epidemiológicas para convulsión febril que presentan los menores de 5 años que acudieron al hospital “María Auxiliadora” en el 2018. Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo, de nivel descriptivo; conformado por 100 pacientes menores de cinco años, dentro de los resultados con respecto al abordaje terapéutico se encontró que el 36% usó un antipiréticos asociados a medios físicos; dentro de las características clínicas, fueron más frecuentes aquellas que se manifestaron en la convulsión febril simple (59%). Asimismo, se obtuvo que el 47% que convulsionó, tuvo una temperatura entre 38 a 38.5°C. En relación a las características epidemiológicas, se observó que la edad de en donde más se presentó la convulsión fue a los 17 meses, de sexo masculino (56%) y en pacientes provenientes de distritos cercanos al hospital (87%) y que estos presentaron infecciones gastrointestinales y respiratorias en un 52%.

Escobedo, (2019) en su tesis titulada; “Factores de riesgo asociados a convulsión febril en niños del Hospital Regional de Huacho 2017-2018”. Peru. Cuyo objetivo fue identificar qué factores de riesgo están asociados a convulsión febril en niños de 6 meses a 5 años atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Huacho en los años 2017- 2018, estudio del tipo observacional, retrospectivo, analítico, de casos y controles, de 156 pacientes dentro de ello 52 casos con diagnóstico de convulsión febril y 104 controles, resultados: el factor de riesgo más frecuente fue el antecedente familiar de convulsión febril (OR= 12,143, IC 95% 2,551-57,793), este junto a la anemia (OR= 6, 474, IC 95% 3,105-13,499), y sexo masculino (OR= 2, 120, IC 95% 1,065-4,223), mostraron un asociación estadísticamente significativa ($p < 0.005$), sin embargo, el resto de variables como bajo peso al nacer (OR=1,738, IC 95% 0,504-5,985) y edad gestacional pretérmino (OR= 1,000 IC 95% 0,287 - 3,488) no mostraron asociación estadísticamente significativa ($P > 0.005$).

Niño, (2018) en su tesis; “Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo” cuyo objetivo fue proponer un protocolo preventivo para disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años, en una clínica privada de Chiclayo estudio del tipo fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo; la muestra estuvo conformada por 248 historias clínicas de niños menores de cinco años con crisis febriles que acudieron a la clínica entre octubre del 2017 a abril del 2018. Resultó alta incidencia de niños con crisis febriles, dentro de las dimensiones sociodemográficas el sexo masculino destacó en 60%; 1 a 3 años; fue la edad representativa con una mayoría de 197 niños (79 %), 212 niños (85%) tuvieron procedencia urbana. En la dimensión de características de las crisis febriles; 212 niños (85%) presentaron crisis febril simple; 244 niños (96%) tuvieron crisis febriles con duración de 1 a 5 minutos; 38.5 a 38.9°C fue el intervalo de temperatura que resaltó con el 56%; 47 % de los niños no presentaron patología acompañante, y el 38% tuvieron a la madre como

antecedente familiar. Se concluye que para mejorar la gestión del cuidado se ha creado un protocolo preventivo que ayudará a disminuir la incidencia de crisis febriles en menores de cinco años.

Acuña , (2016) elaboro una investigación titulada —Factores de riesgo de pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría que desarrollan convulsiones febriles en el Hospital Regional de Loreto en el año 2015, el objetivo de la investigación fue definir los factores de riesgo en pacientes que desarrollan convulsión febril en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Loreto en el año 2015, en Iquitos, el método utilizado en la investigación fue de tipo no experimental, analítico, de caso control, a través de la fórmula para estudio caso control se obtuvieron 58 casos y 116 controles, dentro de los resultados el 44% de los pacientes menores de un año presentaron convulsión febril, con un odds ratio de 2.32 significativo, el 52% de los pacientes con antecedente familiar de convulsión febril presentaron convulsión febril con un odds ratio de 3.11 significativo, el 54.5% de los que fueron pretérminos presentaron convulsión febril con un odds ratio de 2.7, asimismo, no se encontró que el sexo del paciente sea un riesgo odds ratio = 0.8, no significativo $p=0.59$ de presentar convulsión febril, se concluye que los factores de riesgo para presentar convulsión febril son el antecedente familiar de convulsión febril, y antecedente de pretérmino.

2.2. Bases Teóricas

Convulsión febril

Se han aceptado tres definiciones de convulsión febril la primera propuesta en 1980 por the National Institutes of Health (NIH) la describen como una anormal, repentina descarga eléctrica y excesiva de neuronas (representado por materia gris) que se propaga hacia otros procesos neuronales (materia blanca) para afectar un órgano ter-

minal de manera que puede ser clínicamente medible, ocurriendo en la infancia o niñez, generalmente entre 3 meses y 5 años de edad, asociado con fiebre, pero sin infección intracraneal o causa definida. La segunda definición publicada en 1993 por the International League against Epilepsy (ILAE) definió FS como una convulsión que ocurre en la infancia después de la edad de 1 mes, asociada a una enfermedad febril no causada por una infección del SNC, sin convulsiones neonatales previas. (Chung, 2014, p. 384).

Por último the American Academy of Pediatrics (AAP) en el año 2008 definió FS como una convulsión que ocurre en el contexto de un proceso febril en niños entre las edades de 6 y 60 meses que no tienen una infección intracraneal, alteración metabólica o antecedentes de convulsiones afebriles. (Kantamalee, Katanyuwong, & Louthernoo, 2017, p. 203).

Epidemiología

Las CF ocurren en 2% a 5% de los niños de 6 meses a 5 años de edad. La mayor incidencia se produce aproximadamente a los 18 meses de edad y es algo baja antes de los 6 meses o después de los 3 años. La CF se ve con más frecuencia en la población asiática, afectando a 3.4% –9.3% de niños japoneses y 5% –10% de niños indios, pero solo 2% –5% de niños en los EE. UU. y Europa occidental, lamentablemente, no existe un estudio epidemiológico en niños coreanos. Los hombres presentan una frecuencia más alta de CF (relación hombre / mujer, a 2: 1). Se producen dos picos estacionales en la incidencia de CF: noviembre-enero, correspondiente al pico de infección viral de las vías respiratorias superiores, y junio-agosto, cuando ocurren infecciones gastrointestinales comunes. La amplia variación de la prevalencia se corresponde con las diferencias en las definiciones de casos, los métodos de diagnóstico, geografía y los factores culturales. El estado epiléptico febril, es decir, las convulsiones que duran más de 30 minutos, representa solo el 5% de CF y representa aproximadamente el 25% de

todos los episodios de estado epiléptico infantil, y más de dos tercios de los casos ocurren a los 2 años de edad). Solo el 21% de los niños experimentan convulsiones antes o dentro de 1 hora del inicio de la fiebre; El 57% tiene convulsiones después de 1 a 24 horas de fiebre, y el 22% experimenta convulsiones febriles más de 24 horas después del inicio de la fiebre (Leung, Hon, & Leung, 2018).

Fisiopatología

Aunque se ha visto que el mecanismo de la CF sigue sin estar claro, los modelos realizados en animales son informativos. Primero, la temperatura elevada del cerebro altera varias funciones neuronales, incluidos varios canales iónicos sensibles a la temperatura. Además, se sabe que un proceso inflamatorio que incluye la liberación de citoquinas en la periferia y en el cerebro es parte del mecanismo. En segundo lugar, se descubrió que la fiebre y la hipertermia comparten mecanismos comunes para provocar convulsiones: el pirógeno interleucina-1 β que promueve la fiebre contribuye a la generación de fiebre y, por el contrario, la fiebre conduce a la síntesis de esta citocina en el hipocampo. Además, se ha demostrado que la interleucina-1 β aumenta la excitabilidad neuronal, actuando a través de glutamato y GABA. In vivo, estas acciones de interleucina-1 β mejoran las acciones de los agentes que provocan convulsiones. La importancia de la interleucina-1 β endógena en la aparición de Cf fue respaldada por estudios en ratones que carecían del receptor para esta citocina. La fiebre de etiologías infecciosas específicas, específicamente el virus del herpes humano 6 (HHV6), podría influir en la probabilidad de generación de Cf. Tercero, la hiperventilación y alcalosis inducidas por hipertermia se han propuesto como un elemento fundamental de la generación de una CF en que la alcalosis del cerebro provoca excitabilidad neuronal y contribuye a la fisiopatología de las convulsiones (Chung, 2014).

Se sabe que la causa de la convulsión febril es multifactorial. En general, se piensa que las convulsiones febriles son el resultado de una vulnerabilidad del sistema nervioso central (SNC) en desarrollo a los efectos de la fiebre, en combinación con una predisposición genética subyacente y factores ambientales. La convulsión febril es una respuesta dependiente de la edad, de la enfermedad y del cerebro inmaduro a la fiebre. Durante el proceso de maduración, hay una excitabilidad neuronal que predispone al niño a convulsiones febriles. (Leung, Hon, & Leung, 2018)

Los genes que podrían aumentar el riesgo de una convulsión febril se han mapeado en los siguientes loci de cromosomas: 1q31, 2q23-34, 3p24.2-23, 3q26. 2-26.33, 5q14-15, 5q34, 6q22-24, 8q13-21, 18p11.2, 19p13.3, 19q y 21q22. La infección viral es la causa de la fiebre en aproximadamente el 80% convulsiones febriles. La roséola infantil (exantema subitum), la gripe A y el coronavirus humano HKU1 presentan el mayor riesgo de convulsiones febriles. Virales respiratorias superiores infección del tracto, faringitis, otitis media y gastroenteritis por Shigella son otras causas importantes de convulsiones febriles. (Leung, Hon, & Leung, 2018)

Clínica

En la mayoría de los casos, las convulsiones febriles ocurren dentro del primer día de Fiebre. En el momento de una convulsión, la mayoría de los niños tienen una temperatura de ≥ 39 ° C. La pérdida de conciencia en el momento de la convulsión es una característica constante. Sialorrea, disnea, palidez o cianosis también pueden ocurrir. Por lo general, una convulsión febril simple es generalizada y asociada con movimientos tónico-clónicos de las extremidades y retroceso de los globos oculares. La convulsión generalmente dura unos segundos hasta más de 15 minutos (generalmente menos de 5 minutos), seguido de un breve período postictal de somnolencia, y no se repite dentro de 24 horas. Los músculos faciales y respiratorios son a menudo involucrados.

Por el contrario, una convulsión febril compleja generalmente dura más de 15 minutos. La convulsión es generalmente focal (movimiento limitado a un lado del cuerpo o una extremidad). Puede reaparecer dentro del mismo día. La convulsión puede tener un período prolongado de somnolencia postictal o estar asociado a hemiparesia postictal (parálisis de Todd) Cabe señalar que los ojos constantemente abiertos o desviados son características de actividad convulsiva. Los niños con estado epiléptico febril son es más probable que tenga anomalías del hipocampo y también con mayor riesgo de un estado epiléptico febril posterior. (Leung, Hon, & Leung, 2018).

Diagnostico

Se debe tomar una historia clínica detallada para descubrir la causa de la fiebre, la relación entre el inicio de la fiebre y la convulsión, Las características de la fiebre, incluida la temperatura máxima y duración, semiología convulsiva y duración del postictal somnolencia. La historia también debe incluir la historia personal de convulsiones previas y si el niño fue vacunado recientemente, visitas a guarderías o recibió tratamiento con un agente antimicrobiano.

Los signos vitales deben ser monitoreados. Un examen físico completo se debe hacer un examen para descubrir la subyacente causa de la fiebre Un tímpano abultado eritematoso, una faringe eritematosa, amígdalas agrandadas, y un exantema puede dar una pista sobre la fuente de la fiebre. Los exámenes deben buscar signos de meningitis como irritabilidad, sensorium deprimido, rigidez nuca, abultamiento o tensión fontanela y el signo de Brudzinski o Kernig

2.3. Definiciones Conceptuales

Convulsión Febril: La Academia americana de Pediatría anuncio una definición estándar de convulsión febril como una convulsión asociada a fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, sin infección del sistema nervioso central (SNC) en niños de 6 meses a 5 años (Academia Americana de Pediatría, 2011, p. 390).

Características epidemiológicas: Conjunto de elementos predominantes en una enfermedad como son edad, sexo, lugar de procedencia.

Edad: es aquel tiempo en meses, se inicia con el nacimiento de una persona (del rio, 2013).

Sexo: Conjunto de características fenotípicas determinadas en el nacimiento.

Lugar de procedencia: Lugar donde vive o habita un individuo.

Temperatura: Es una magnitud física que refleja la cantidad de calor, ya sea de un cuerpo, de un objeto o del ambiente.

Infección asociada: Es el proceso de multiplicación de organismos patógenos mediante la colonización o invasión previa del huésped.

2.4. Formulación de la hipótesis

Este trabajo de investigación no conto con hipótesis dado que es un estudio de tipo descriptivo.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Diseño Metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

La presente investigación es del tipo transversal, dado que todas las variables características epidemiológicas serán recolectadas en un solo momento (Domínguez, 2015).

3.1.2. Nivel de investigación

Este estudio tuvo un nivel descriptivo, porque describirá las características epidemiológicas de pacientes de 6 meses a 6 años de edad con convulsión febril en el servicio de pediatría del Hospital de Chancay, desde el año 2017 al 2019 y analizo las variables de manera independiente sin establecer relación alguna entre ellas (Arias, 2012).

3.1.3. Diseño

Del tipo observacional no experimental porque consistió en la revisión de historias clínicas, en este caso el investigador no manipulo las variables en estudio (Domínguez, 2015).

3.2. Población y Muestra.

La población estuvo conformada por 75 pacientes de 6 meses a 6 años ingresados tanto por emergencia como por el servicio de hospitalización de pediatría por convulsión febril en el Hospital de Chancay año 2017 al 2019. Se usó el muestreo probabilístico, con un 5% de margen de error y 95% de confiabilidad, calculándose el tamaño de la muestra de 62 pacientes, según la fórmula dada por W. Cochran :

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

Donde:

n= Muestra=62

N= Universo o población=75

z= Nivel de confianza= 1,96

p= probabilidad de éxito=0,5

q= probabilidad de fracaso=0,5

E= margen de error=0,05

Criterios de inclusión:

- Pacientes sin infección del sistema nervioso central, trastorno metabólico o diagnóstico previo de Epilepsia
- Pacientes con proceso febril

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 6 meses y mayores de seis años.
- Pacientes con diagnóstico de infección del sistema nervioso central, trastorno metabólico o Epilepsia
- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes sin proceso febril

3.3. Operacionalización de variables.

Operacionalización de variables e indicadores

Variable	Definición	Tipo de variable	Indicador	Valores de la categoría
Edad	Años de vida registrados en la historia clínica.	Cuantitativo	Edad en meses desde los 6 meses hasta los 6 años.	- Entre 6m – 12m - Entre 13m – 24m - Entre 25m – 36m - Entre 37m – 48m - Entre 49m – 60m - Entre 61m – 72m
Sexo	Características fenotípicas de cada persona.	Cualitativo	Genero	-Masculino -Femenino
Lugar de Procedencia	Distrito en donde vive una determinada persona.	Cualitativo	Rural Urbano	-Chancayllo -Aucallama -Pasamayo -Peralvillo -Quepepampa -Chancay -Pampa libre -Otros
Temperatura	Grado de elevación de la temperatura corporal	Cuantitativo	Temperatura en grados centígrados	- Entre 38 y 38,4°C - Entre 38,5 y 38,9 °C - Entre 39 y 39,4°C - Entre 39,5 y 40°C
Infección asociada (no meningea)	Respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno, producida por su multiplicación endógena.	Cualitativo	Si No	-Infeccion gastrointestinal -Infección respiratoria alta. -Infección urinaria -Otras patologías

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1. Técnicas a emplear

La recopilación de la información mediante fuente secundaria, según historia clínica de cada paciente con diagnóstico de convulsión febril ingresado por emergencia y hospitalización del hospital de Chancay.

3.4.2. Descripción del instrumento

El instrumento que se usará, es una ficha de recolección de datos diseñada específicamente para recolectar la información como la edad, sexo, lugar de procedencia, temperatura, e infección asociada (no meníngea), a partir de cada historia clínica.

3.5. Técnicas para el Procesamiento de la Información

Se emplearán los programas informáticos Excel versión 2016 para Microsoft y SPSS versión 23.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados

A partir de la muestra estudiada los cuales fueron 62 pacientes que ingresaron por convulsión febril, se logró identificar que la edad en meses más frecuente fue de 13 meses a 24 meses por un total de 21 pacientes (33,9%); como se puede observar en la tabla y figura 1.

Tabla 1

Frecuencia de convulsiones febriles según edad en meses del paciente

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Desde 6 meses a 12 meses	18	29,0
Desde 13 meses a 24 meses	21	33,9
Desde 25 meses a 36 meses	12	19,4
Desde 37 meses a 48 meses	1	1,6
Desde 49 meses a 60 meses	3	4,8
Desde 61 meses a 72 meses	7	11,3
Total	62	100,0

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay

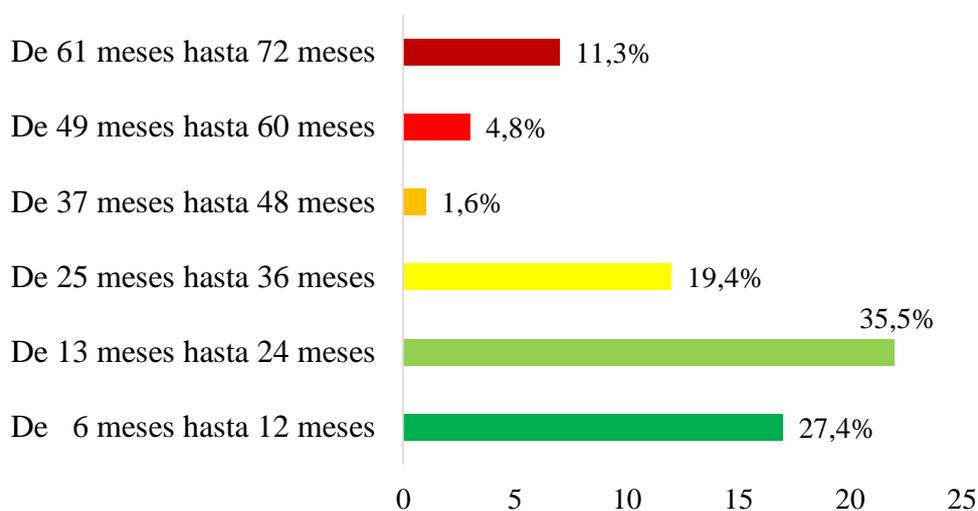


Figura 1. Frecuencia de convulsiones febriles según grupo de edad en meses. Datos

recopilados de las historias clínicas de los servicio de emergencia y hospitalización de pediatría del Hospital de Chancay.

Con respecto a la frecuencia por sexo, en nuestra estudiada se encontró que 33 pacientes (53,2%) son del sexo masculino, y 29 pacientes (46,8) son del sexo femenino, como se puede observar en la tabla y figura2.

Tabla 2

Frecuencia de la convulsión febril según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	33	53.2
Femenino	29	46.8
Total	62	100.0

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay

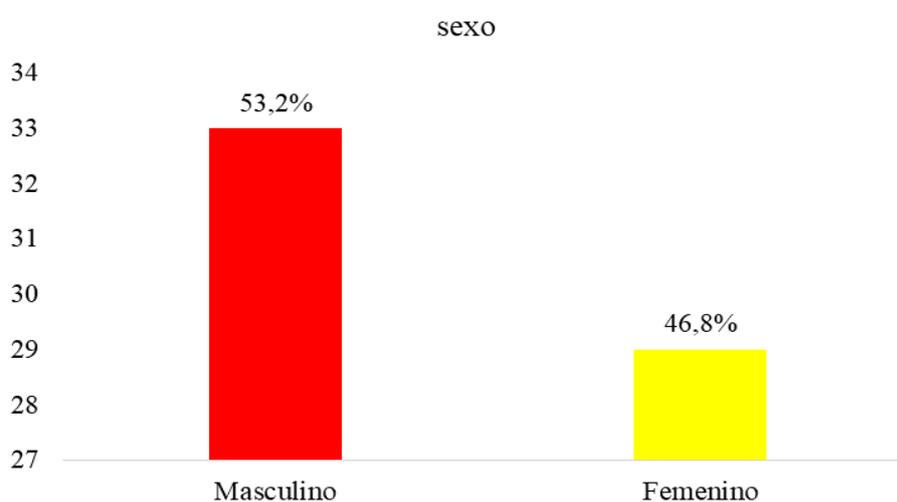


Figura 2 Frecuencia de la convulsión febril según sexo del paciente. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay.

Con respecto al lugar de procedencia de nuestra muestra, se encontró que de los 62 pacientes que ingresaron por convulsión febril, 30 pacientes provienen del distrito de Chancay con un 48,4%.

Tabla 3

Frecuencia de convulsión febril según lugar de procedencia

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Chancayllo	8	12.9
Pasamayo	6	9.7
Chancay	30	48.4
Aucallama	5	8.1
Peralvillo	8	12.9
Pampa Libre	2	3.2
Palpa	1	1.6
Quepepampa	2	3.2
Total	62	100.0

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay

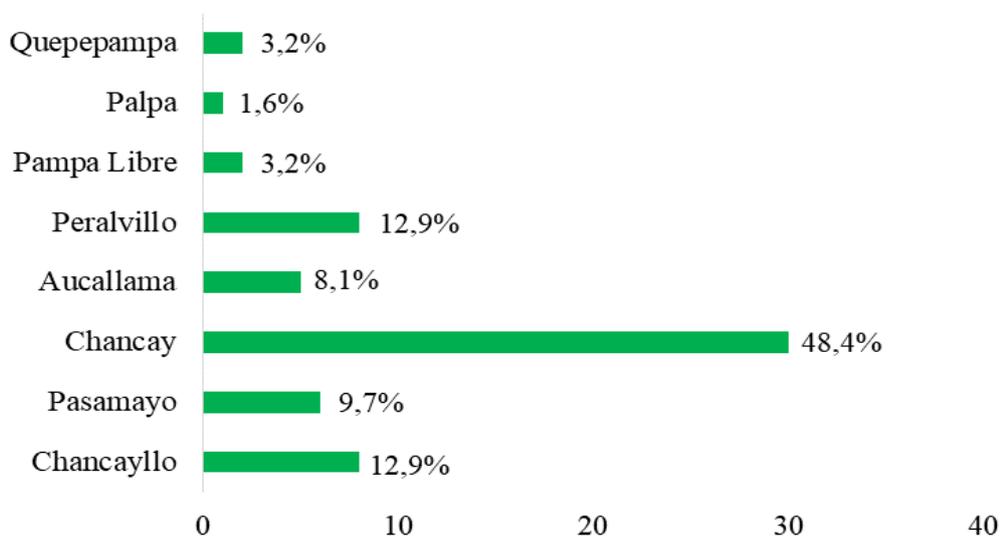


Figura 3. Frecuencia de convulsión febril según lugar de procedencia. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay.

Según la temperatura que presentó nuestra muestra, se encontró que 36 pacientes (58,1%) presentaron en su mayoría 38,5°C a 39°C, como se puede observar en la tabla y figura 4.

Tabla 4

Temperatura de pacientes ingresados por convulsión febril

	Frecuencia	Porcentaje
De 38°C a 38,4°C	9	14.5
De 38,5°C a 39°C	36	58.1
De 39°C a 39,4°C	10	16.1
De 39,5°C a 40°C	7	11.3
Total	62	100.0

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay.

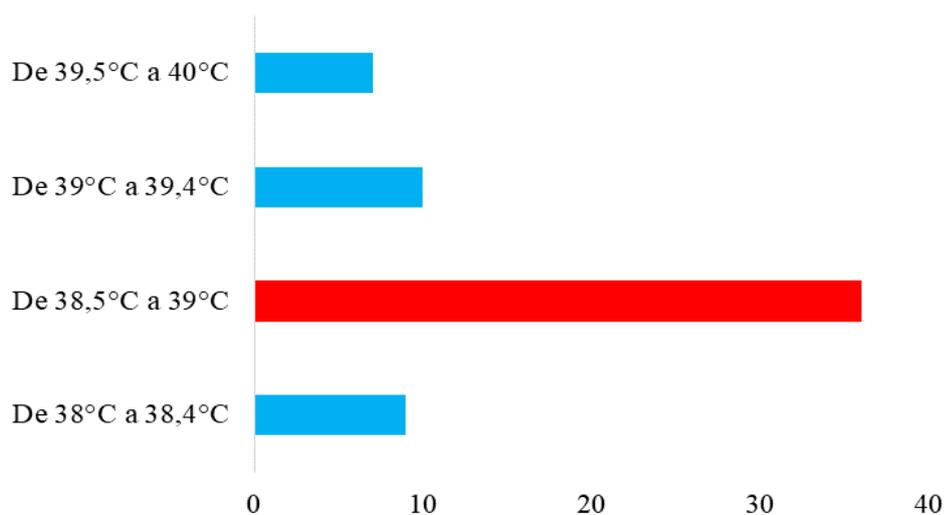


Figura 4. Temperatura de pacientes ingresados por convulsión febril. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay.

Con respecto a la infección asociada más frecuente, de los pacientes que ingresaron por convulsión febril, presentaron también; infección respiratoria alta, los cuales fueron 41 (66,1%) pacientes con ese diagnóstico, como se puede observar en la tabla y figura 5.

Tabla 5

Infección asociada (No meníngea) en pacientes ingresados por convulsión febril

	Frecuencia	Porcentaje
infección gastrointestinal	11	17.7
infección respiratoria alta	41	66.1
infección urinaria	6	9.7
Otros diagnósticos	4	6.5
total	62	100.0

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay.

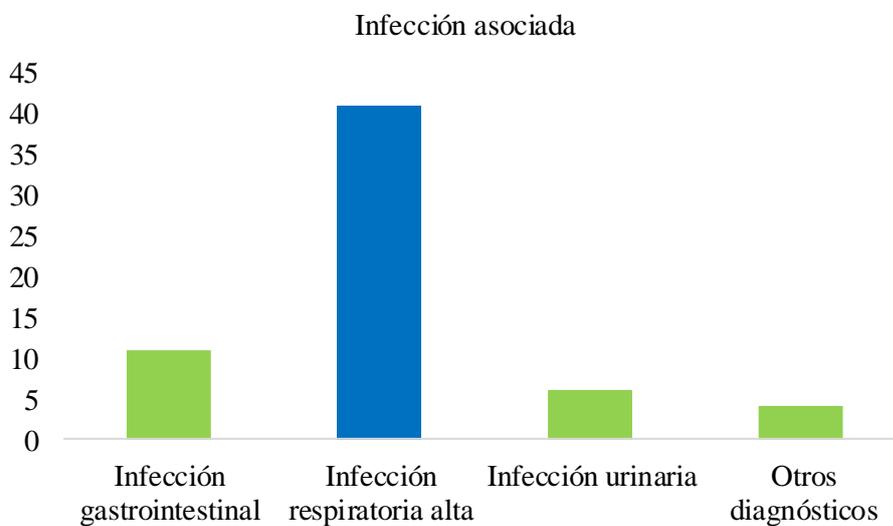


Figura 5. Infección asociada (No meníngea) en pacientes ingresados por convulsión febril. Datos recopilados de las historias clínicas del Hospital de Chancay.

CAPITULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

Dentro de las características epidemiológicas investigadas, con respecto a la edad en meses, en nuestro estudio; la frecuencia de pacientes ingresados por convulsión febril fue mayor en el grupo etario de 13 a 24 meses con un total de 21 pacientes (33,9%). Estos resultados son similares a los encontrados por Gomez, Gonzales , Torres, Guanchez, & Bastidas (2016), en Venezuela donde la edad promedio fue de $22,4 \pm 12,8$ meses, y Niño (2018), en una clínica privada en Chiclayo encontró similar resultado, 12 a 24 meses.

El sexo masculino fue predominante en nuestro estudio con respecto al femenino, porque hubieron 33 (53,2%) y 29 (46,8%) respectivamente. Similares resultados a los encontrados por Alfonso del Aguila, (2019) en el hospital Maria Auxiliadora en Lima, los cuales dieron un total de 56% para el sexo masculino y 44% para el femenino, pero Patrick (2016) en el Hospital de Regional de Loreto encontro que el sexo femenino fue predominate con un 55,2% (32) y un 44,8% (26) para el sexo masculino para una muestra de 58 pacientes.

Los pacientes provienen en su mayoría del mismo distrito de Chancay y alrededores, por un total de 48,4%, hallazgo similar al reportado por Acuña (2016) en el Hospital Regional de Loreto, Punchana presento 37,1%.

Según la temperatura corporal que presento nuestra muestra de 62 pacientes con convulsión febril, se encontró que 36 (58,1%) pacientes presentaron de $38,5^{\circ}\text{C}$ a 39°C . Resultados similares a los publicados por Niño (2018) donde $38,5^{\circ}\text{C}$ a $38,9^{\circ}\text{C}$ fue el intervalo de temperatura corporal más predominante con un 56%. Estas cifras difieren

a los encontrados por Malu y otros, (2013) que en Francia encontraron que la temperatura corporal mas frecuente fue el intervalo mayor a 39°C con un 57,8% y que 38,5% a 39°C solo represento solo el 37,5%, esto se deberia aparentemente a un manejo distinto de la fiebre, y talves la infraestructura que tiene ambiente mas reducidos.

Con respecto a la infección (no meníngea) asociada más frecuente, en nuestro estudio los pacientes que ingresaron por convulsión febril, presentaron también, infección respiratoria alta, los cuales fueron 41 (66,1%) pacientes y 11 (17,7%) pacientes con infección gastrointestinal, hallazgos similares en otro estudio reportado por Kantamalee, Katanyuwong, & Louthrenoo (2017), en Tailandia, quienes obtuvieron datos similares 209 (62,39%) pacientes con infección respiratoria alta y 41 (12,24%) pacientes con infección gastrointestinal. En otro estudio Malu, y otros (2013) en Francia, encontraron que las infecciones respiratorias altas representan 69,5% de los pacientes con convulsión febril. Estas cifras difieren a la encontrada en Iran por Delpisheh, Veisani, Sayehmiri, & Fayyazi, (2014) en su metaanálisis encontraron que la infección respiratoria alta solo represento 42.3% (IC 95%), seguida de gastroenteritis 21.5% (IC del 95%:), debido aparentemente a diferencias climáticas y al abastecimiento del agua potable.

Emergen varias características epidemiológicas como; tiempo de fiebre, antecedentes personales y familiares, reacciones adversas debido a algunas vacunas, no consideradas en el estudio pero importantes, no se abordaron debido a la poca información, de los familiares y o al manejo de la anamnesis.

5.2. Conclusiones

Dado los objetivos planteados en la presente investigación, se puede concluir que:

1.- La mayor frecuencia por edad en meses de pacientes con convulsión febril, la tuvieron el grupo de 13 a 24 meses.

2.- El sexo masculino es más predominante con respecto al femenino en pacientes con convulsión febril.

3.- Los pacientes provienen en su mayoría del mismo distrito de Chancay y alrededores.

4.-La temperatura al ingreso más frecuente de 38,5°C a 39°C.

5.-La infección (no meníngea) asociada más frecuente son las infecciones respiratorias altas seguida de las infecciones gastrointestinales.

5.3. Recomendaciones

Proponer intervenciones, mediante varios medios; charlas, folletos, Facebook, y en palabras sencillas, sobre la convulsión febril dirigido hacia los padres, de niños menores de 6 años, con énfasis en la población vulnerable que es de 13 a 24 meses. Explicarles que la mayoría de convulsiones febriles son desencadenadas por procesos infecciosos de origen viral como una simple rinofaringitis, por lo tanto se les educara en signos de alarma.

Fomentar el adecuado llenado de historias clínicas con letra legible y datos completos.

Se propone realizar más estudios, con más variables y un equipo multidisciplinario, como epidemiólogos, infectólogos, neuropediatras, para ampliar el estudio a un nivel, terapéutico y preventivo.

Investigar porque el lugar de procedencia sigue siendo alrededor de un centro hospitalario, dado que la fiebre debe manejarse adecuadamente en la periferia.

Crear foros, páginas web, sitios de internet que informen a la población en general sobre la enfermedad, y su forma de presentación.

CAPITULO VI

FUENTES DE INFORMACIÓN

6.1. Fuentes Bibliográficas

- Acuña Perez , P. J. (2016). “Factores de riesgo de pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría, que desarrollan convulsiones febriles”. Universidad nacional de la Amazonía Peruana, 1 – 72.
- Alfonzo, W. (2019). Abordaje terapéutico, características clínico epidemiológicas de convulsión febril en menores de 5 años del servicio de pediatría del hospital “maría auxiliadora” 2018. tesis de pregrado, Universidad privada San Juan Bautista, lima, Peru.
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica* (6 ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación* (3 ed.). Colombia: Pearson.
- Dominguez Granda, J. B. (2015). *Manual de Metodología de la Investigación Científica* (3 ed.). Chimbote, Peru: Real S.A.C.
- Escobedo Espinoza, Y. K. (2019). Factores de riesgo asociados a convulsión febril en niños del hospital Regional de Huacho 2017-2018. (u. n. carrión, ed.) *universidad nacional josé faustino sánchez carrión*, 1 - 73.
- Hernández Sampieri, R., Fernández , C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (5 ed.). Mexico D.F.: Mc Graw-Hill.

6.2. Fuentes documentales

- Ahammed,, N., & Bijumon, A. (2018). A Clinical and Epidemiological Analysis of First-Time Febrile Seizures in Children. *International Journal of Scientific Study*, 5(11), 106 - 110. doi:10.17354/ijss/2018/52
- Aliabad, G. M., Khajeh, A., Fayyazi, A., & Safdari, L. (2013). Clinical, Epidemiological and Laboratory Characteristics of Patients with Febrile Convulsion. *Journal of Comprehensive Pediatrics*, 3(4), 134 - 137. doi:10.17795/compreped-7647
- Byeon, J. H., Kim, G.-H., Eun, B.-L., & x. (2018). Prevalence, Incidence, and Recurrence of Febrile Seizures in Korean Children Based on National Registry Data. *Korean Neurological Association*, 14(1), 43 - 47. doi:10.3988/jcn.2018.14.1.43
- Byeon, Jung Hye; Kim, Gun-Ha; Eun, Baik-Lin;. (2017). Prevalence, Incidence, and Recurrence of Febrile Seizures in Korean Children Based on National Registry Data. *Korean Neurological Association*, 14(1), 43 - 47. doi:10.3988/jcn.2018.14.1.43
- Chung, S. (2014). Febrile seizures. *The Korean Pediatric Society*, 57(9), 384-395. doi:10.3345/kjp.2014.57.9.384
- Dalbem, J. S., Siqueira, H. H., Espinosa, M. M., & Alvarenga, R. P. (2015). Febrile seizures: a population-based study. *Jornal of pediatri*, 529 - 534. doi:10.1016/j.jpmed.2015.01.005
- Delpisheh, A., Veisani, Y., Sayehmiri, K., & Fayyazi, A. (2014). Febrile Seizures: Etiology, Prevalence, and Geographical Variation. *Iran J Child Neurol.*, 8(3), 30 - 37.

- Gomez, C., Gonzales , E., Torres, J., Guanchez, O., & Bastidas, G. (Abril de 2016).
Caracterización Epidemiológica de la crisis Febril en un municipio del estado
Carabobo, Venezuela. *Pediatr*, 43(1), 27 - 32.
- Gutiérrez, A. F. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo,
medidas de impacto. *Alergia Mexico*, 26(1), 109-120.
doi:10.29262/ram.v64i1.252
- Kantamalee, W., Katanyuwong, K., & Louthrenoo, O. (2017). Clinical characteristics
of febrile seizures and risk factors of its recurrence in Chiang Mai University.
Neurology Asia, 22(3), 203 – 208.
- Leung, A., Hon , K., & Leung, T. (2018). Febrile seizures: an overview. *Drugs in
context*, 7, 1 - 12. doi:10.7573/dic.212536
- Malu, C. K., Musalu, E. M., Dubru, J.-M., Leroy, P., Tomat, A.-M., & Misson, J.-P.
(2013). ÉPIDÉMIOLOGIE ET CARACTÉRISTIQUES DES CONVULSIONS
FÉBRILES DE L'ENFANT. *Revue médicale de Liège*, 68(4), 180 - 185.
- Niño Mendoza , K. L. (2018). Protocolo preventivo para disminuir incidencia de crisis
febriles en menores de cinco años, en una clínica privada. 1 - 130.
- Ruiz Garcia , M. (2015). Febrile seizures. *Acta Pediatr Mex*, 36, 424-427.
- Shimony, A., Afawi, Z., Asher, T., Mahajnah, M., & Shorer, Z. (2008).
Epidemiological characteristics of febrile seizures—Comparing between.
Seizure, 26–29. doi:10.1016/j.seizure.2008.05.011
- Tejada Vasquez, E. (Octubre de 2014). Vigilancia sindromica.

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de Consistencia

TITULO:

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES DE 6 MESES A 6 AÑOS INGRESADOS POR CONVULSIÓN FEBRIL EN
EL HOSPITAL DE CHANCAY 2017- 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIA- BLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Se podrá identificar la frecuencia por edad en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019?</p> <p>2. ¿Se podrá establecer la frecuencia según sexo en pacientes de 6 meses a 6 años ingre-</p>	<p>OBJETIVO GENERAL. Determinar las características epidemiológicas en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el hospital de chancay 2017- 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Identificar cuál fue la frecuencia por edad en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019</p> <p>2. Establecer cuál fue la frecuencia por sexo en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de</p>	<p>Edad Sexo Procedencia Temperatura Infección asociada</p>	<p>Tipo de Investigación Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal y retrospectivo</p> <p>Nivel Este estudio tuvo un nivel descriptivo.</p> <p>Diseño El estudio tuvo diseño no experimental.</p> <p>Enfoque Este estudio fue de enfoque mixto.</p>

<p>sados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019?</p> <p>3. ¿Se podrá establecer el lugar de procedencia más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019?</p> <p>4. ¿Se podrá identificar la temperatura más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019?</p> <p>5. ¿Se podrá establecer la infección asociada (no meningea) más frecuente asociada en pacientes de 6 meses a años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019?</p>	<p>Chancay 2017- 2019</p> <p>3. Establecer cuál fue el lugar de procedencia más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019</p> <p>4. Identificar cuál fue la temperatura más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019</p> <p>5. Establecer cuál fue la infección asociada (No meningea) más frecuente en pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por convulsión febril en el Hospital de Chancay 2017- 2019</p>		<p>Población</p> <p>La población estuvo conformada por 75 pacientes de 6 meses a 6 años ingresados por emergencia y servicio de hospitalización de pediatría, con convulsión febril.</p>
--	--	--	---



Anexo 02: Ficha para la recolección de datos

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES DE 6 MESES A 6 AÑOS INGRESADOS POR CONVULSIÓN FEBRIL EN EL HOSPITAL DE CHANCAY 2017- 2019

Instrucciones: marcar en los siguientes espacios

Numero de ficha: _____ Numero de historia clínica: _____

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS:

1.- Edad

6 meses – 12 meses ()

13 meses – 24 meses ()

25 meses – 36 meses ()

37 meses – 48 meses ()

49 meses – 60 meses ()

61 meses – 72 meses ()

2.- Sexo: Masculino () Femenino ()

3.- Lugar de procedencia:

Chancayllo () Aucallama () Quepepampa ()

Pasamayo () Peralvillo () Otros ()

Chancay () Pampa libre ()

4.- Temperatura

- Entre 38 y 38,4°C
- Entre 38,5 y 38,9 °C
- Entre 39 y 39,4°C
- Entre 39,5 y 40°C

5.- Tipo de infección (No Meningea)

Enfermedad diarreica aguda ()

Faringoamigdalitis ()

Rinofaringitis ()

Infección urinaria ()

Otros.....

Anexo 03: Documento de autorización de revisión de historias clínicas.



"Año de la Universalización de la Salud"

MEMORANDUM N° 007 -UE.N° 405 HCH.SBS D.CON.EXT./2020

A : **Dr. HUGO ORTIZ SOUZA**
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

DE : **Dr. FREDDY ACOSTA VALER**
Jefe del Departamento de Consulta Externa y Hospitalización.

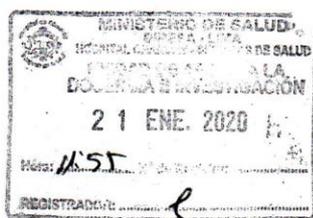
ASUNTO : **Autorización para acceso a historias clínicas**

REFERENCIA : **Solicitud de fecha 20/01/2020**

FECHA : **Chancay, 22 de Enero del 2020**

Mediante el presente me dirijo a usted, en atención al documento de la referencia, para comunicarle que esta Jefatura da el visto bueno para que el **Sr. HELIO RAUL VALVERDE GAVEDIA**, tenga acceso a la revisión de historias clínicas para su tesis de investigación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano en la Universidad Nac. José Faustino Sánchez Carrión.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CHANCAY Y SBS

Dr. Freddy Acosta Valer
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA
EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN
C.M.F. 078930 - RNE. 021985

Anexo 04: Documento de asesoría estadística.**“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”****INFORME**

De: Lic. Calderón Pablo María Angélica
Estadístico e Informático

Asunto: ASESORÍA ESTADÍSTICA DE TESIS

Fecha: Chancay, 25 de febrero de 2020

Por medio de la presente hago mención que he brindado asesoría estadística al tesista don: **VALVERDE GAVEDIA, HELIO RAÚL IDENTIFICADO** con DNI 45117235 sobre el trabajo de investigación titulado: **CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES DE 6 MESES A 6 AÑOS INGRESADOS POR CONVULSIÓN FEBRIL EN EL HOSPITAL DE CHANCAY 2017- 2019 .**

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente:

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CHANCAY Y SBS
María Angélica Calderón Pablo
Lic. Cest. María Angélica Calderón Pablo
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Anexo 05: Base de Datos Spss.

Sin titulo1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	encuesta	Númérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	edad	Númérico	8	0	edad en meses	{1, de 6 me...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	sexo	Númérico	8	0	Sexo	{0, Masculin...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	precedencia	Númérico	8	0	Lugar de proce...	{1, Chancay...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	temperatura	Númérico	8	1	Temperatura	{1, 0, De 38 ...	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
6	Infecccion	Númérico	8	0	Infecccion Asoci...	{1, INFECCI...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	temperaturas	Númérico	8	2	temperatura est...	{1, 00, de 38...	Ninguno	14	Derecha	Nominal	Entrada
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Pr...

Sin titulo1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 7 de 7 variables

	encuesta	edad	sexo	procedencia	temperatura	Infeccion	temperaturas	var	v							
1	.	1	0	1	38,1	1	1,00									
2	.	3	0	2	38,8	2	2,00									
3	.	3	0	1	38,4	3	1,00									
4	.	6	0	4	38,5	3	2,00									
5	.	2	0	5	38,8	2	2,00									
6	.	6	1	2	38,9	2	2,00									
7	.	1	1	3	38,6	1	2,00									
8	.	6	1	3	38,7	4	2,00									
9	.	3	0	3	38,9	3	2,00									
10	.	6	0	1	38,9	2	2,00									
11	.	1	1	3	38,7	2	2,00									
12	.	3	0	2	38,5	1	2,00									
13	.	2	1	7	38,8	4	2,00									
14	.	2	0	6	39,0	2	3,00									
15	.	2	0	3	38,6	1	2,00									
16	.	2	0	3	38,5	2	2,00									
17	.	1	1	3	38,5	3	2,00									
18	.	1	1	3	38,7	4	2,00									
19	.	1	0	3	38,8	2	2,00									
20	.	3	1	5	39,5	2	4,00									
21	.	2	0	3	38,8	2	2,00									
22	.	6	1	3	38,0	2	1,00									

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unico:ON | 08:48 a.m. | 10/03/2020 | ESP

Sin título1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 7 de 7 variables

	encuesta	edad	sexo	procedencia	temperatura	Inféccion	temperaturas	var	V							
22	.	6	1	3	38,0	2	1,00									
23	.	2	1	3	38,2	2	1,00									
24	.	1	1	1	38,0	3	1,00									
25	.	5	0	5	38,8	2	2,00									
26	.	3	0	3	39,0	2	3,00									
27	.	2	1	3	38,0	1	1,00									
28	.	1	1	3	38,5	1	2,00									
29	.	1	1	3	39,0	2	3,00									
30	.	2	0	3	39,7	1	4,00									
31	.	5	0	3	39,5	2	4,00									
32	.	3	0	3	39,0	2	3,00									
33	.	1	1	3	38,3	2	1,00									
34	.	2	0	3	38,6	1	2,00									
35	.	6	1	5	38,8	3	2,00									
36	.	2	0	3	39,0	2	3,00									
37	.	1	1	3	39,0	2	3,00									
38	.	2	1	5	38,8	2	2,00									
39	.	6	1	3	38,6	2	2,00									
40	.	3	0	3	39,5	2	4,00									
41	.	2	0	3	39,5	2	4,00									
42	.	2	1	2	38,8	2	2,00									
43	.	5	0	4	40,0	2	4,00									

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

08:48 a.m. 10/03/2020 ESP

Sin título1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 7 de 7 variables

	encuesta	edad	sexo	procedencia	temperatura	Infección	temperaturas	var	v								
42	.	2	1	2	38,8	2	2,00										
43	.	5	0	4	40,0	2	4,00										
44	.	4	0	3	39,1	2	4,00										
45	.	2	1	4	38,7	2	2,00										
46	.	1	1	3	38,7	4	2,00										
47	.	1	1	6	39,0	2	3,00										
48	.	3	1	1	38,5	2	2,00										
49	.	2	0	5	40,0	2	4,00										
50	.	3	1	1	38,8	2	2,00										
51	.	2	1	8	38,5	1	2,00										
52	.	1	0	5	38,8	2	2,00										
53	.	1	1	3	38,9	2	2,00										
54	.	3	0	4	39,0	2	3,00										
55	.	2	0	2	38,9	1	2,00										
56	.	2	0	1	38,8	1	2,00										
57	.	2	0	3	38,1	2	1,00										
58	.	3	1	2	38,8	2	2,00										
59	.	1	0	8	38,2	2	1,00										
60	.	1	1	4	38,8	2	2,00										
61	.	2	0	1	38,7	2	2,00										
62	.	2	0	5	39,0	2	3,00										
63	.																

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON 08:49 a.m. 10/03/2020

Anexo 06: Juicio de expertos

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO

Estimado(a): M.G. FLOR MARÍA CASTILLO BEDÓN

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar opinión sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta.

VARIABLES: CARACT. EPIDEMIOLÓGICAS
INGRESO POR CONVULSIÓN FEBRIL

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?		✓			
2. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?		✓			
3. ¿La estructura de instrumento es adecuada?					
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?		✓			
5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?		✓			
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?				✓	
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?		✓			
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?				✓	
9. ¿La modalidad de respuesta son adecuados para los ítems?		✓			
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?				✓	

TA: Totalmente de acuerdo.

A: Aceptable.

I: Indiferente.

D: Desacuerdo.

TD: Totalmente en desacuerdo.

Observaciones y sugerencias.

NO se ha considerado otros elementos epidemiológicos relacionados a su población.

Flor María Castillo Bedón

Firma y sello de experto

Mg. Flor María Castillo Bedón



CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO

Estimado(a): Dr. Valerio

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar opinión sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta.

VARIABLES: Edad, sexo, lugar de Procedencia
Temperatura, infección orales

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?	<u>o</u>				
2. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?		<u>o</u>			
3. ¿La estructura de instrumento es adecuada?		<u>o</u>			
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?	<u>o</u>				
5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?		<u>o</u>			
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	<u>o</u>				
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?		<u>o</u>			
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?		<u>o</u>			
9. ¿La modalidad de respuesta son adecuados para los ítems?		<u>o</u>			
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?		<u>o</u>			

TA: Totalmente de acuerdo.

A: Aceptable.

I: Indiferente.

D: Desacuerdo.

TD: Totalmente en desacuerdo.

Observaciones y sugerencias.

Dr. Valerio Cruz
DR. VALERIO CRUZ
CMP: 63741 RNE: 23315
PEDIATRIA

Firma y sello de experto

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO

Estimado(a): *Declaro*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar opinión sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta.

VARIABLES: *Edad, Sexo, Lugar de procedencia, Temperatura infección asociada*

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?		<i>b</i>			
2. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?	<i>b</i>				
3. ¿La estructura de instrumento es adecuada?		<i>b</i>			
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?		<i>b</i>			
5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?		<i>b</i>			
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?		<i>b</i>			
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?		<i>b</i>			
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?	<i>b</i>				
9. ¿La modalidad de respuesta son adecuados para los ítems?		<i>b</i>			
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?		<i>b</i>			

TA: Totalmente de acuerdo.

A: Aceptable.

I: Indiferente.

D: Desacuerdo.

TD: Totalmente en desacuerdo.

Observaciones y sugerencias.

.....
 M.C. JUAN C. BECERRA FLORES
 MEDICO PEDIATRA
 C.M.P. 33957

Firma y sello de experto

MIEMBROS DEL JURADO

M.C. SUQUILANDA FLORES, CARLOS OVERTI

ASESOR

M.C. SÁNCHEZ ALIAGA, MANUEL RODOLFO

PRESIDENTE

Lic. BUSTAMANTE HOCES, WILDER

SECRETARIO

Mg PALACIOS SOLANO, JACINTO JESÚS

Vocal