

**Universidad de Huánuco**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**TESIS**

**“DETERMINANTES DE RELEVANCIA QUE INFLUYEN EN LA  
INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS  
EN MENORES DE 36 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
TINGO MARIA ENERO – JUNIO 2017”**

**Para Optar el Título Profesional de:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA:  
Bach. GUERE RUIZ, Brigitte Guiliana**

**ASESOR:  
Mg. LÓPEZ MARIANO, José Luis**

**Tingo María – Perú  
2018**

---

**“DETERMINANTES DE RELEVANCIA QUE INFLUYEN EN LA  
INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN  
MENORES DE 36 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
TINGO MARIA ENERO – JUNIO 2017”**

---



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las 10:00 horas del día 25 del mes de Octubre del año dos mil dieciocho en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- |   |            |
|---|------------|
| • Lic. Enf. Carmen, Merino Gastelú      | Presidente |
| • Lic. Enf. Lilia, Céspedes Y Argandoña | Secretaria |
| • Lic. Enf. Cristobal, Alegria Saldaña  | Vocal      |
| • MG. José Luis, López Mariano          | Asesor     |

Nombrados mediante Resolución N°1669-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado. **"DETERMINANTES DE RELEVANCIA QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 36 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA ENERO - JUNIO 2017"** presentado por el Bachiller en Enfermería., **Señorita. Brigitte Guillana, GÜERE RUIZ.** Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 14 y cualitativo de SUFICIENTE.

Siendo las 11.00 Horas del día 25 del mes de OCTUBRE del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

*Ruiz*

**PRESIDENTA**

*[Signature]*  
**SECRETARIA**

*[Signature]*  
**VOCAL**

## **DEDICATORIA**

La presente tesis lo dedico a Dios porque gracias a él he logrado culminar mi carrera.

A mis padres por que estuvieron cerca brindándome su consejo y apoyo, para ser de una mejor persona.

A mi esposo y docentes por brindarme su apoyo y confianza porque me dieron la fortaleza para cumplir con mis objetivos.

A mis padres por que estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para ser de mi una mejor persona.

A mi esposo y docentes por brindarme su apoyo y confianza por que de una u otra manera me dieron la fortaleza para cumplir con mis objetivos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Es preciso expresar mi gratitud a nuestro Dios todo poderoso por permitir mi existencia, acceder a mis esfuerzos para el bienestar; también agradecer a las personas muy cercanas y entidades que contribuyeron con el esfuerzo moral, económico y material que hicieron posible se realice la investigación.

Le doy gracias a las autoridades del Hospital Tingo María por las facilidades brindadas en la ejecución del proyecto. Agradecer a mi asesor de investigación por su talento, y a los docentes que impartieron sus sabios conocimientos en el pregrado.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Identificar determinantes relevantes que influyen en la Incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 36 meses. **MATERIAL Y MÉTODO,** el estudio se desarrolló bajo la lógica del tipo cuantitativo observacional descriptivo transversal. Se utilizó como técnica la encuesta y observación siendo el cuestionario la herramienta básica. La población conformada por 277 niños atendidos en el Hospital Tingo María por Infección Respiratoria Aguda, para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva. **RESULTADOS:** el 37.91% de los niños son expuestos al cambio de temperatura por la frecuencia de baños en el día siendo una condicionante de estilo de vida que marca importancia en la incidencias de IRAS, el 34.66% el medio ambiente donde reside el niño están expuestos a humedad y presencia de basura, condicionante para la entidad de estudio; el 80% cuentan con la capacidad de defensa auto loga para contrarrestar la enfermedad siendo la determinante biológica

que se muestra en respuesta a agentes patógenos, El 30.69% se identificó que existe responsabilidad al no concluir la medicación para recuperación ante las IRAS, producto de un sistema sanitario de no promover la información completa.

**PALABRAS CLAVES:** Determinantes, relevantes, incidencia, IRA.

### **ABSTRAC**

**OBJECTIVE:** To identify decisive outstanding that influence in the Incidence of the Sharp Breathing Infections in children smaller than 36 months. **MATERIAL AND METHOD,** he studied it was developed under the logic of the traverse descriptive observational quantitative type. It was used as technique the survey and observation being the questionnaire the basic tool. The population conformed by 277 children assisted in the Hospital Tingo María for Sharp Breathing Infection, for the analysis of the data the descriptive statistic was used. **RESULTS:** 37.91% of the children is exposed to the change of temperature by the frequency of bathrooms in the day being a lifestyle condition that marks importance in the incidences of IRAs, 34.66% the environment where the boy resides they are exposed to humidity and presence of garbage, condition for the study entity; 80% has the capacity of defense car loga to counteract the illness being the decisive one biological that is shown in answer to agents patógenos, 30.69% was identified that responsibility exists when not concluding the medication for recovery in the face of

the ANGERS, product of a sanitary system of not promoting the complete information.

**KEY WORDS:** Decisive, outstanding, incidence, IRA

## INTRODUCCIÓN

Las IRAs ocupan el primer lugar de Enfermedades o morbilidades de la infancia, ello permite mayor atención en el enfoque preventivo promocional de generar políticas públicas con una cultura familiar preventiva, que encamine a la devastación de los determinantes que condicionan enfermedades prevalentes, implica poner en práctica los cuidados esenciales en niños por ser entes vulnerables; sin embargo han dejado de promover a nivel nacional, Regional y local, teniendo como producto las incidencias de Infecciones Respiratorias Agudas en la Región Huánuco específicamente en los escasos hospitales que existen en el escenario. Los Padres deben otorgar mayor cuidado desde las dimensiones, genéticas, ambientales y de estilos de vida, constituir una base sólida de formación con ideales preventivos, por lado del MINSA mejorar los servicios de salud con oportunidad, accesibilidad, calidad y calidez.

La razón por el cual motivó a enfocar esta tesis, es porque aún los determinantes sociales de la salud están siendo influyentes ante muchas



enfermedades, producto que el ciudadano y los servicios de salud con sus autoridades locales desentienden en mejorar la calidad de vida y aprovechar las oportunidades de desarrollo social.

Es importante resaltar el objetivo de la presente investigación fue: identificar los determinantes relevantes que influyen en la Incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, de esta manera sugerir y recomendar propuestas para la mejora continua de los servicios de salud y enfocar a dinamizar con la familia y comunidad abordando en reducir las posibilidades de enfermar.

El presente estudio ha seguido el esquema recomendados por la Universidad y consta de los siguientes capítulos: Capítulo I, brinda aspectos básicos del problema de investigación, muestra el origen del problema, la justificación del mismo, formulación del problema a investigar, los objetivos planteados para el presente estudio; en el Capítulo II: se encuentra el desarrollo del marco teórico, antecedentes históricos, aspectos conceptuales, bases teóricas, definiciones operacionales de términos básicos. Capítulo III: mostramos el marco metodológico, método y nivel de investigación, técnicas e instrumentos, cobertura de investigación población y muestra. En el Capítulo IV: Presentación de análisis de los resultados, presentación de los resultados en concordancia con las variables y objetivos, análisis y organización de datos descriptivo e inferencial. El Capítulo V: Discusión de resultados, verificación y contrastación de hipótesis, objetivos y problemas, añadiendo

complementos de la investigación que le brindan la categoría de informe de tesis.

## INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	vii
INDICE	ix
INDICE DE TABLAS	xi
INDICE DE GRAFICOS	xiii

## CAPITULO I

<b>1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION:</b>	Pág.
1.1 Descripción del Problema.....	01
1.2 Formulación del Problema.....	03
1.3 Objetivos general.....	03
1.4 Objetivos específicos.....	04
1.5 Justificación de la investigación.....	04
1.6 Limitaciones de la investigación.....	06
1.7 Viabilidad de la investigación.....	06

## **CAPITULO II:**

### **2. MARCO TEORICO**

2.1 Antecedentes de investigación.....	07
2.2. Bases teóricas que sustenta el estudio.....	17
2.3. Definiciones conceptuales.....	19
2.4. Hipótesis.....	29
2.5. Variable.....	31
2.2.1. Variable de interés.....	31
2.2.2. Variable de caracterización.....	31
2.6 Operacionalización de variables.....	32

## **CAPITULO III:**

### **3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Tipo de investigación.....	33
3.1.1. Enfoque.....	33
3.1.2. Alcance o nivel.....	33
3.1.3. Diseño.....	33
3.2. Población y muestra.....	34
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37
3.3.1. Para la recolección de datos	37
3.3.2. Para presentación de datos	38
3.3.3. Para análisis e interpretación de datos	38

## **CAPITULO IV:**

### **4. RESULTADOS**

4.1. Procesamiento de datos.....	40
----------------------------------	----

## CAPITULO V:

<b>5. DISCUSION DE RESULTADOS</b>	.....	57
5.1. Contrastación de resultados.....	.....	57
Conclusiones.....	.....	68
Recomendaciones.....	.....	69
Referencias bibliográficas.....	.....	70
Anexo N° 1.....	.....	74
Consentimiento informado.....	.....	76
Anexo N° 3 Aiken.....	.....	77
Matriz de consistencia.....	.....	78

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución según edad del niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	37
Tabla 2.	Distribución según, Sexo de niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	38
Tabla 3.	Distribución según, nivel de decisión de la madre ante Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017	39
Tabla 4.	Distribución según, distancia de la vivienda de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017	40
Tabla 5.	Distribución según, frecuencia de bañar al niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017	41
Tabla 6.	Distribución según, consumo de alimentos al niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017	42
Tabla 7.	Distribución según, cumplimiento de calendario de vacunación al niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017	43

Tabla 8.	Distribución según, humedad, ventilación y presencia de basura en la vivienda de niños menores 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017	44
Tabla 9.	Distribución según, tipo de combustible que usa para cocinar la madre de niños menores 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017	45
Tabla 10.	Distribución según, antecedentes familiares de Infecciones Respiratorias Agudas de niños menores 36 meses atendido Hospital Tingo María, enero a junio 2017	46
Tabla 11.	Distribución según, nivel desarrollo del niños menores 36 meses atendido Hospital Tingo María, enero a junio 2017	47
Tabla 12.	Distribuciones según Uso de antibióticos en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	48
Tabla 13.	Distribuciones según Efectividad del tratamiento en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	49
Tabla 14.	Distribuciones según Uso de antibióticos en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	50
Tabla 15.	Distribuciones según nivel de recuperación en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	51
Tabla 16.	Distribución según respuesta de la madre a presencia de niños con Infecciones Respiratorias Agudas en comunidad Hospital Tingo María , enero a junio 2017	52
Tabla 17.	Distribución según respuesta de la madre a presencia de familiares con Infecciones Respiratorias Agudas en la vivienda, enero a junio 2017	53

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.	Porcentaje según edad del niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	37
Gráfico 2.	Porcentaje según, Sexo de niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	38
Gráfico 3.	Porcentaje según, nivel de decisión de la madre ante Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017	39
Gráfico 4.	Porcentaje según, distancia de la vivienda de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017	40
Gráfico 5.	Porcentaje según, frecuencia de bañar al niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017	41
Gráfico 6.	Porcentaje según, consumo de alimentos en niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017	42
Gráfico 7.	Porcentaje según, cumplimiento de calendario de vacunación al niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017	43
Gráfico 8.	Porcentaje según, humedad, ventilación y presencia de basura en la vivienda de niños menores 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017	44

Gráfico 9.	Porcentaje según, tipo de combustible que usa para cocinar la madre de niños menores 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017	45
Gráfico 10	Porcentaje según, antecedentes familiares de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores 36 meses atendido Hospital Tingo María, enero a junio 2017	46
Gráfico 11	Porcentaje según, nivel desarrollo del niños menores 36 meses atendido Hospital Tingo María, enero a junio 2017	47
Gráfico 12	Porcentaje es según Uso de antibióticos en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	48
Gráfico 13	Porcentaje es según Efectividad del tratamiento en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	49
Gráfico 14	Porcentaje es según Uso de antibióticos en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	50
Gráfico 15	Porcentaje según nivel de recuperación en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017	51
Gráfico 16	Porcentaje según respuesta de la madre a presencia de niños con Infecciones Respiratorias Agudas en comunidad Hospital Tingo María, enero a junio 2017	52
Gráfico 17	Porcentaje según respuesta de la madre a presencia de familiares con Infecciones Respiratorias Agudas en la vivienda, enero a junio 2017	53

# CAPITULO I

## 1.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Descripción del problema

Según la OMS, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en el mundo ocasionan la muerte de más de 4,3 millones en menores de 5 años, la cual representa el 30% del total de defunciones anuales en este grupo de edad.

El agente principal para la presencia de las neumonías es el *Streptococcus pneumoniae* y como segunda causa el *Haemophilus influenzae* de tipo b y el virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa más frecuente de neumonía vírica sobre todo en los niños más pequeños

En el año 2009 la pandemia de influenza agregó un agente etiológico más a las causas de neumonía por virus. El virus A (H1N1) reportado en nuestro país a partir de 2009 para luego ir disminuyendo mostrándose una reducción progresiva en los años posteriores; sin embargo, en el año 2013 se observó en todo el hemisferio sur un incremento de su incidencia.<sup>1</sup>

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), por sus elevadas morbilidad y mortalidad representan un problema de salud en niños y adultos<sup>2</sup>. Estas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades que varían desde un simple resfriado hasta un proceso broncopulmonar grave, producido por múltiples agentes, entre ellos los virus, tales como: influenza A, B y C, para influenza 1, 2, 3 y 4, sincitial respiratorio, adenovirus, rinovirus y coronavirus, por citar algunos<sup>3</sup>.



Generalmente, estos virus respiratorios penetran la mucosa nasofaríngea, se multiplican e infectan el árbol respiratorio y se transmiten de persona a persona. <sup>4</sup>

En el Perú, los datos indican que las neumonías causan mayormente la muerte entre los niños menores de 3 años. En el año 2013, se ha registrado 2'903,415 de casos de Infecciones Respiratorias Agudas; de las cuales el 29'994 corresponden a casos de neumonía, así mismo se registró 402 defunciones por neumonía.

Los factores que favorecen a la presencia de IRAs en los niños son básicamente el bajo peso al nacer, la lactancia materna no exclusiva, la falta de inmunización, la contaminación al interior de la vivienda y el hacinamiento, siendo las regiones como Puno, Loreto, Cusco, Lima, Huancavelica, Huánuco, Junín, entre otras, las más afectadas con este problema.

Las principales medidas de prevención en relación a las infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) son lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, brindar alimentación complementaria a partir de los seis meses, vacunación oportuna y llevar a la niña o niño al control crecimiento y desarrollo <sup>5</sup>

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuáles son los determinantes de relevancia que influyen en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital tingo María Enero – Junio 2017.?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los estilos de vida que influyen en la incidencia de infecciones respiratorias en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María Enero –Junio 2017?
- ¿Cómo el determinante medio ambiente influye en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María Enero –Junio 2017?
- ¿Cuál es la implicancia de la biología humana que incide de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María Enero -Junio 2017?
- ¿Cuál es el comportamiento del sistema sanitario para que influya en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María Enero – Junio 2017?

### **1.3. Objetivos**

#### **Objetivo general**

- Identificar los determinantes más relevantes que influyen en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María.

### **1.4. Objetivos específicos**

- Describir los estilos de vida que condicionan las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María.
- Determinar la implicancia del medio ambiente que influye en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María.
- Identificar la influencia la biología humana en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María.
- Determinar el comportamiento del sistema sanitario que influye en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María.

## **1.5. Justificación**

### **1.5.1. A nivel teórico**

El estudio se justifica en los aportes, contribuciones y aclaraciones, servirá para futuras investigaciones como antecedentes de investigación. También nos brinda mayor conocimiento sobre la actualidad de este problema sanitario de mayor importancia para la sociedad científica.

### **1.5.2. A nivel práctico**

Desde el punto de vista práctico nuestra investigación resalta la importancia de profundizar en el análisis de los determinantes relevantes relacionados con las infecciones Respiratorias Agudas atendidos en el Hospital Tingo María, y su relación con incidencia, en

tanto ello permite una mejor comprensión de la problemática. Pretende promover y acrecentar el nivel de información y conocimiento que tienen los profesionales de la salud de hoy, acerca de esta problemática, y poder ayudar a establecer estrategias de intervención sobre los determinantes de la salud en los diferentes escenarios donde se desarrolla el ser humano, afianzando como herramienta a las políticas regionales, gubernamentales para solucionar esta problemática y otras que tienen implicación en el sistema sanitario.

### **1.5.3. A nivel metodológico**

Con esta investigación se beneficia a la población infantil con los aportes que se plasman en la misma. Beneficiamos a los responsables de las diversas Estrategias sanitarias de Salud quienes velan por la salud infantil mejorar la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas con enfoque a intervenir en los principales determinantes que condicionan; también brinda aportes a madres cuidadoras o responsables del cuidado integral del menor de 36 meses en el ámbito de la Localidad de Tingo María, en relación a las buenas prácticas de prevención, curación y recuperación. A los médicos pediatras, generales y licenciados en Enfermería, para que dentro de sus actividades se incluya la Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas con enfoque hacia los determinantes negativos de la salud infantil .Por ende es de interés del investigador abordar el presente estudio y dotar esta herramienta de mucha importancia e impacto en la salud.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

Durante el desarrollo del estudio de investigación se presentaron limitaciones como el desplazamiento de la sede ciudad hasta el hospital de contingencia Mapresa, así como la incomodidad de profesionales y madres no facilitaron en un primer momento el desarrollo de los instrumentos a pesar del consentimiento, débese a la falta de información sobre el cambio, se modificaron las percepciones y el accionar de usuarios, asimismo los espacios para coordinar y aplicar el instrumento en el Hospital de Tingo María se tornaron distantes, finalmente problemas de salud inesperado por parte del investigador.

#### **1.7. Viabilidad de la investigación**

El estudio de investigación tuvo viabilidad por cuanto contamos con antecedentes de estudios nacionales, regionales e internacionales que sustentaron el marco teórico, la operatividad fue sostenible a pesar de las limitaciones se pudo abordar metodológicamente, con una hoja de ruta programada y un recorrido hacia el Hospital de Tingo María, al mismo tiempo tuvo viabilidad en el aspecto social por cuanto las madres al identificar la importancia de realizar práctica de estilos de vida saludables mejora y prolonga el bienestar, ofreciendo así una calidad de vida digna; el estudio fue desarrollado con las posibilidades económicas del investigador, fueron presupuestadas acorde a la realidad.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **A nivel internacional:**

**En Cuba 2014 - Juy Aguirre; Céspedes Floirian<sup>6</sup>.** Realizó un estudio descriptivo y transversal de 253 pacientes menores de 5 años de edad con diagnóstico de IRAs, titulado "Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años". En la serie predominaron el sexo masculino (55,7 %), los niños menores de 1 año (55,3 %), la exposición al humo pasivo como principal factor de riesgo asociado (75 %), la fiebre como manifestación clínica al ingreso (98 %), así como la neumonía/bronconeumonía en este mismo grupo de edades (88,6 %), de los cuales 58,7% recibió tratamiento con ceftriaxona. La estadía hospitalaria fue generalmente de 4 a 6 días y la mayoría de los afectados egresaron mejorados.

**En Ecuador 2011 Alvarado Rodríguez<sup>7</sup>** realizó un estudio descriptivo, titulado "Factores de riesgos de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 a 4 años de edad que acuden al hospital Dr. Humberto Molina" Se trabajó con una muestra de 72 personas. De los resultados, el 42 % de los niños son de etnia mestiza, el 33%, de etnia indígena, el 25% pertenece a la etnia afro ecuatoriano, el 65 % de los niños menores de 4 años son de sexo femenino, el 35% pertenece al sexo masculino, el 50% de los niños menores de 4 años las madres tienen un conocimiento regular, el 31% de las madres tienen un conocimiento bueno, el 19% tienen un conocimiento muy bueno, el 43% de las madres de los niños se informa sobre medidas preventivas de las infecciones respiratorias agudas mediante al médico, y el 25% se informa a través de la enfermera, el

18% de las madres se informa a través del internet, el 14% las madres a través de amistades. En cuanto a los signos y síntomas el 57% de los niños durante la última semana presentaron tos, el 21% catarro, el 15% fiebre, el 6% dolor, y el 1% diarrea; como factor de riesgo las calles donde viven los niños están sin pavimentar en un 84%, el 17% de las calles son pavimentadas; como otro factor de riesgo el 58% de los niños están expuestos a cambios climáticos, el 42% los menores no están expuestos a los cambios. Los beneficiarios del proceso educativo fueron 50 madres de los menores de 4 años, las que al final del taller terminaron motivadas.

**En Colombia 2014 Martínez González; Narváez Barrios<sup>8</sup>.**

Realizaron un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Titulado “Caracterización Epidemiológica de Pacientes con Infección Respiratoria Aguda (IRA) en un Hospital de Segundo Nivel en la Región Caribe colombiana”. La recolección de los datos se realizó a través de la revisión de las historias clínicas y las fichas de notificación epidemiológicas del Instituto Nacional de Salud. Se analizaron 663 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de IRA. De los resultados, el 57% correspondieron a casos de IRAs grave, el 43% corresponde a enfermedad similar a la influenza. El 66,1% de los pacientes con IRA se registraron durante el segundo semestre del año 2013; mientras que el 33,9% restante durante el primer semestre. El 52,2% eran del sexo masculino. El 36% eran lactantes menores, 13,7% adultez, adulto mayor 11,8%, lactantes mayores 11,6% y preescolar 11%. Los signos y síntomas más frecuentes en la población de estudio

fueron: tolerancia a vía oral (70,9%), tos (69,4%), fiebre (69,2%) y dificultad respiratoria (66,1%).

**En Ecuador 2013 Herrera A. Solano L.**<sup>9</sup> Realizaron un Estudio de tipo descriptivo. titulado “Factores de riesgo correlacionados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud 18 de octubre de la ciudad de Machala”. La muestra fue de 110 niños, se utilizó una encuesta para recojo de información. De los resultados: El 50.9% son de sexo femenino. Según la etnia el 54.5% son mestizos y un 45.4% afro ecuatorianos. De acuerdo al estado nutricional el 40% presentan peso normal, el 9% están en obesidad y un 35% en bajo peso. Según el tiempo de lactancia materna, el 42% son menores de 6 meses, el 9% son niños de 6 a 12 meses y más. De acuerdo a los Signos y Síntomas el 48% presentaron dificultad para respirar, el 46% presentan tos, el 48% fiebre, y el 50% rechazo a alimentos y líquidos. El 50% de la población se encuentran en hacinamiento.

**En Cuba 2012 Tamayo Pérez; Esquivel Lauzurique; González Fernández**<sup>10</sup>. Realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, titulado “Infecciones respiratorias recurrentes y estado nutricional en niños de 0 a 6 años”. Se evaluó el comportamiento de un conjunto de índices antropométricos (talla /edad, IMC/edad, área de grasa /edad y área de músculo/edad) en 116 niños de 0-6 años portadores de Infecciones Respiratorias Recurrentes de los resultados se encontró que las Infecciones Respiratorias Recurrentes altas fueron



más frecuentes que las bajas, con mayor afectación del sexo masculino y los menores de 5 años, predominaron valores altos de los índices antropométricos, excepto en el Índice Masa Corporal, pero hubo una mayor afectación nutricional en esta población que la reportada en un estudio previo en la provincia de La Habana. Aquellos que presentaron IRR bajas mostraron valores deficitarios con más frecuencia que los que padecían IRR altas. Concluyen que la población estudiada tuvo mayor afectación nutricional que la del estudio previo de su provincia de origen, lo que fue más evidente en las IRR bajas.

**En Cuba 2012 Torres Molina<sup>11</sup>** Estudio tipo casos y controles titulado “Factores de riesgo asociados con las infecciones respiratorias bajas complicadas en la infancia en la población infantil del municipio Moa”, La muestra se conformó con 225 pacientes, 75 que padecieron infecciones respiratorias bajas complicadas (grupo caso) y 150 controles escogidos entre los que no experimentaron complicaciones (grupo control). Se utilizó el Odds Ratio (OR) con una confiabilidad entre los límites de confianza superior e inferior 95%, que se comportó superior a uno para la corta edad (2,67), sexo masculino (1,563), enfermedades crónicas (1,772), desnutrición (1,939), lactancia materna inadecuada (1,987), exposición al humo ambiental de cigarro (3,316), asistencia a instituciones infantiles (1,220) y la antibiótico-terapia reciente (1,107); no así para el bajo peso al nacer (0,632) y la hospitalización reciente (0,486). Se demostró que todos los factores de riesgo analizados excepto el bajo peso al nacer y la hospitalización

reciente se asocian con la evolución de infecciones respiratorias bajas a formas clínicas complicadas en los niños de Moa.

#### **A nivel nacional:**

**En Cuzco 2013.Grajeda Annca<sup>12</sup>.** Realizó un estudio de Casos y Controles en 3 Hospitales de la ciudad del Cusco, titulado “Factores de riesgo asociados a mortalidad por nueva influenza A (H1N1) en la región Cusco-Perú”. Se identificaron 15 casos y 45 controles confirmados por PCRtr. Considerándose “caso” todo caso confirmado de nueva influenza A (H1N1), hospitalizado y fallecido y “control”, todo caso confirmado de nueva influenza A (H1N1), hospitalizado y dado de alta vivo. De los resultados: se identificaron como factor de riesgo Tiempo de inicio de tratamiento antiviral mayor de 3 días ( $p=0.001$ ); tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días ( $p=0.00001$ ); tiempo de ( $p=0.0003$ ) hospitalización mayor de 7 días ( $p=0.0003$ ); tiempo de terapia antibiótica mayor de 10 días ( $p=0.0001$ ); tiempo de medidas de soporte mayor de 10 días ( $p=0.001$ ); compromiso de conciencia moderado grave según Score APACHE II ( $p=0.000$ ); hipertensión arterial ( $p=0.001$ ); anemia ( $p=0.01$ ); hipokalemia ( $p=0.01$ ); hipoxia ( $p=0.0005$ ) y leucocitosis ( $p=0.01$ ). El análisis de regresión logística mostró que un sujeto incluido en el estudio con terapia antibiótica mayor de 10 días ( $p<0.007$ ), tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días ( $p<0.05$ ) e inicio del tratamiento antiviral mayor de 3 días ( $p<0.05$ ) tuvo elevada probabilidad de morir del 84%. Concluye que los factores de riesgo más importantes para mortalidad por nueva influenza A(H1N1) identificados fueron: Inicio del tratamiento antiviral mayor de 3 días,

tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días y terapia antibiótica mayor de 10 días.

**En Arequipa 2013 Pablo; Niño de Guzmán<sup>13</sup>** Realizó un estudio de Casos y Controles en 2 Hospitales de la ciudad del Arequipa, titulado “Factores de riesgo asociados a mortalidad por nueva influenza A (H1N1) en la región Arequipa-Perú”. Se identificaron 11 casos y 30 controles, considerándose “caso” todo caso confirmado de nueva influenza A (H1N1), hospitalizado y fallecido y “control”, todo caso confirmado de nueva influenza A(H1N1), hospitalizado y dado de alta vivo. De los resultados, se identificaron los siguientes factores de riesgo: Tiempo de inicio de tratamiento antiviral mayor de 2 días ( $p=0.001$ ); tiempo de terapia corticoide mayor de 7 días ( $p=0.00001$ ); tiempo de ( $p=0.0003$ ) hospitalización mayor de 7 días ( $p=0.0003$ ); tiempo de terapia antibiótica mayor de 15 días ( $p=0.0001$ ); tiempo de medidas de soporte mayor de 10 días ( $p=0.001$ ); compromiso de conciencia moderado grave según Score APACHE II ( $p=0.000$ ); hipertensión arterial ( $p=0.001$ ); anemia ( $p=0.01$ ); hipokalemia ( $p=0.01$ ); hipoxia ( $p=0.0005$ ) y leucocitosis ( $p=0.01$ ). El análisis de regresión logística mostró que un sujeto incluido en el estudio con terapia antibiótica mayor de 10 días ( $p<0.007$ ), tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días ( $p<0.05$ ) e inicio del tratamiento antiviral mayor de 3 días ( $p<0.05$ ) tuvo elevada probabilidad de morir del 79%. Concluye que los factores de riesgo más importantes para mortalidad por nueva influenza A(H1N1) fueron el Inicio del tratamiento antiviral mayor de 3

días, tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días y terapia antibiótica mayor de 11 días.

#### **A nivel regional o local:**

**En Huánuco 2017, Carbajal Malpartida<sup>14</sup>** Realizo el estudio titulado “factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, usuarios de los servicios de consulta externa de la Microred Llata, Huánuco” cuyo objetivo fue. Determinar los factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, usuarios de los servicios de consulta externa de la Microred Llata, Huánuco; 2017. Fue un estudio analítico, transversal y observacional, con un diseño de caso y control. La muestra fueron 90 niños. Se aplicó una guía de entrevista, una ficha y un cuestionario de factores, previa validez y confiabilidad. El análisis estadístico fue mediante la prueba no paramétrica de Chi Cuadrada de Wald, con regresión logística binomial apoyándonos en el SPSS V22.0. Resultados. se determinó que la falta de consumo de vitamina C ( $p < 0,001$ ) y el ser menor de 3 años ( $p < 0,016$ ) mostraron asociación con las infecciones respiratorias agudas; en los factores sociales resultaron los bajos recursos económicos ( $p < 0,001$ ) y en los factores ambientales se halló que la ventilación nula o esporádica de la vivienda ( $p < 0,002$ ) está asociado a las infecciones respiratorias agudas en los niños en estudio, por lo que se tuvo que aceptar la hipótesis de investigación. Conclusiones. Existen factores del huésped, sociales y ambientales asociados a las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años en estudio.

**En Huánuco 2017, Cajaleón de la Cruz J.**<sup>15</sup> Realizó el estudio titulado uso tradicional de plantas medicinales en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años de la comunidad rural de Margos Cuyo Objetivo general fue: Determinar el uso tradicional de plantas medicinales en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años de la comunidad rural de Margos – Huánuco 2017. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo simple en 115 madres de niños menores de 5 años; utilizando una guía de entrevista y un cuestionario de uso de plantas medicinales en la recolección de los datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra con una significancia estadística  $p \leq 0,05$ . Resultados: El 74,8% de madres encuestadas utiliza las plantas medicinales en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas y el 25,2% no lo utiliza, siendo este resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,000$ ); el 58,3% utiliza siempre las plantas medicinales; la planta medicinal más utilizada fue el eucalipto (26,1%); preparado en infusión (32,2%); administrados por vía inhalatoria (30,4%); por 3 veces durante el día (32,2%) durante 3 días (40,9%). Asimismo, el 67,8% de encuestadas percibieron que el uso de plantas medicinales era efectivo en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas de los niños menores de 5 años en estudio ( $p < 0,000$ ); siendo estadísticamente predominante. Conclusiones: Las madres de la comunidad de Margos utilizan las plantas medicinales en el tratamiento de las infecciones

respiratorias agudas de los niños menores de 5 años; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

**En Tingo María 2017, Ventura Peralta.<sup>16</sup>** Realizo el estudio titulado “grado de conocimiento sobre el uso del Camú Camú myrciaria dubia en el control de los episodios de las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años” tuvo como objetivo determinar grado de conocimiento sobre el uso del Camú Camú myrciaria dubia en el control de los episodios de las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años. Es una investigación de tipo descriptivo correlacional, con una muestra conformada por 73 madres de niños menores de 5 años con infecciones respiratorias que acuden al servicio de pediatría. El análisis estadístico aplicando la U de Mann-Whitney, indica que el 98,6% de la muestra tiene un nivel de conocimiento y uso satisfactorio del camu camu en ambos casos (preventivo y tratamiento), el 68,5% usa camu camu 1 sola vez al día, el 39,7% utiliza el camu camu 1 solo día, el 49,3% reporta 2 episodios de infección respiratoria aguda en los últimos 3 meses, el 60,3% refiere tos como molestia motivo de consulta, el 79,5% utiliza camu camu en infecciones respiratorias cuyo nivel de conocimiento es satisfactorio. El análisis estadístico según la U de Mann-Whitman determina que el nivel de conocimiento no se relaciona con el uso del camu camu en las infecciones respiratorias agudas de niños menores de 5 años, con un valor  $p= 1,000000$ .

**En Huánuco 2016. Aranda Goñi.<sup>17</sup>** Realizó un estudio correlacional titulado “Conocimiento y su relación con prácticas en

madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de infecciones respiratorias agudas del Centro de salud PotracanCHA”. La muestra fue de 169 madres, se utilizó un cuestionario de conocimiento y prácticas de prevención de infecciones respiratorias agudas. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado con una significancia  $p \leq 0,05$ . De los resultados el 56,8% de las madres tuvo un nivel de conocimiento bueno, el 26% tuvo conocimiento regular y un 17,2% conocimiento deficiente. En cuanto a las prácticas de prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas, el 57,4% tuvieron prácticas saludables y el 42,6% presentaron prácticas inadecuadas. Al analizar la relación entre las variables se encontró que el conocimiento y la dimensión aspectos generales ( $p < 0,000$ ); manifestaciones clínicas ( $p < 0,001$ ); factores de riesgo ( $p < 0,002$ ); medidas de prevención ( $p < 0,001$ ); tratamiento ( $p < 0,003$ ); y complicaciones ( $p < 0,000$ ) se relacionaron significativamente con las prácticas de las madres en la prevención de las infecciones respiratorias agudas. Concluyendo que el conocimiento se relaciona con las prácticas de las madres de los niños menores de cinco años en la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el Centro de Salud de PotracanCHA – Huánuco.

## **2.2. BASES TEORICAS**

### **OREM E. “Teoría “Teoría general de Enfermería”<sup>18</sup>**

El modelo de OREM consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los

motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud). El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

**WATSON J. “Teoría de la promoción y restablecimiento de la salud”** <sup>19</sup> En esta teoría enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

**HENDERSON VIRGINIA. “Teoría de las 14 necesidades básicas del ser humano”** <sup>20</sup> El ser un humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas:

Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender.



La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

Necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas.

El modelo de Virginia Henderson se refiere a atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. El objetivo para Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible.

### **Teoría microbiana de las enfermedades.**

La palabra microbiano proviene de la combinación de las palabras griegas micro (pequeño) y bios (vida). Decir que las enfermedades infecciosas tienen origen microbiano, por lo tanto, es afirmar que son producidos por minúsculos organismos vivos. Hoy en día, naturalmente, tenemos bien claro que esto es así y que enfermedades

como el cólera, la malaria o la peste están producidas por organismos diversos: virus, bacterias, tripanosomas, amebas, etc. Sin embargo esta teoría de la enfermedad, la teoría microbiana o teoría germinal de las enfermedades infecciosas es muy reciente y durante milenios pensábamos que las infecciones estaban producidas por otras causas.

21

### **2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES**

**Determinante.**-Determinante es aquello que determina. El verbo determinar, por su parte, refiere a fijar los términos de algo, señalar algo para algún efecto, tomar una resolución, distinguir o discernir <sup>22</sup>

**Relevante.**

Relevancia es la característica de aquello que es relevante (es decir, que resulta fundamental, trascendente o substancial). Lo que tiene relevancia, por lo tanto, dispone de importancia

**Estilos de vida.**

Es la manera general de vivir, basada en la interacción, entre las condiciones de vida en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales

**Biología Humana.**

Se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.

**Medio ambiente.**

Se refiere a cualquier contaminación producida en el aire, suelo y agua que afecta a la salud de los individuos, tanto si la contaminación

es biológica, física, química o la llamada contaminación socio cultural y social, en la que incluiríamos la independencia, violencia, estrés, competitividad <sup>(22)</sup>

### **Sistema sanitario.**

Es el determinante de salud que menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población al menos en los países desarrollados.

### **Factor de riesgo**

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión <sup>23</sup>

### **Incidencia.**

Es el número de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona en esa población resulte afectada por la enfermedad <sup>24</sup>

### **Infección respiratoria aguda.**

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) viene hacer el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueitis, bronquiolitis y laringitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, Rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa,

dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre <sup>25</sup>

### **Etiología de la Infecciones Respiratorias Agudas:**

La etiología de las Infecciones Respiratorias Agudas está dada por agentes bacterianos o virales. Entre las bacterias pueden citarse: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Estreptococos B hemolíticos. Entre los agentes virales más comunes se encuentran: Sincitial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Coxsackie, entre otros. A pesar que todos pueden afectar varios niveles en la vía respiratoria, cada uno tiende a producir un síndrome característico, lo que permite diferenciarlos clínicamente <sup>26</sup>

**Signos y síntomas** de la IRA, Tos con o sin expectoración, Dolor de garganta, Rinorrea (secreción nasal) Fiebre mayor 38,5°C, Otagia (dolor en oído) Otorrea (secreción o pus en el oído) Aleteo nasal

### **Signos de alarma o peligro**

Tiraje subcostal

Dificultad respiratoria

Estridor en reposo

Como Signos generales de peligro se tiene:

No puede beber o tomar el pecho

Vomita todo lo que ingiere

Convulsiones

Letárgico o inconsciente <sup>27</sup>

### **Clasificación de las Infecciones Respiratorias Agudas IRA**

Según el Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) en el que indica examinar a todos los niños que presentan los criterios de entrada: TOS y/o DIFICULTAD AL RESPIRAR y en base a ello clasificarle de la siguiente manera:

- **Neumonía grave o enfermedad muy grave:** Un niño(a) clasificado como neumonía grave o enfermedad muy grave está muy enfermo. Presenta cualquier signo general de peligro o tiraje subcostal o estridor en reposo.
- **Neumonía:** Un niño(a) con neumonía presenta respiración rápida
- **No tiene neumonía:** Tos o resfriado, Un niño(a) que NO TIENE NEUMONIA no presenta ningún signo de neumonía o enfermedad muy grave.

### **Factores de riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas**

Dentro de los factores de riesgo asociado a la IRA, se encuentran:

#### **a. Factores Nutricionales:**

- **Desnutrición.** El déficit nutricional influye negativamente sobre los mecanismos de respuesta inmune, se incrementa la susceptibilidad a la acción de agentes biológicos y sus manifestaciones son más graves y rebeldes a la 24 intervención terapéutica en la infección respiratoria <sup>27</sup>
- **Privación de la lactancia materna.** La lactancia materna puede proteger contra la Infección Respiratoria Aguda mediante un cierto número de mecanismos, incluyendo sustancia antivirales y

antibacterianos, las células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes.

**b. Factores Ambientales.**

- **Factor Climático:** La exposición al frío puede iniciar infecciones respiratorias. Se sabe que se presentan los cambios reflejos de la mucosa nasal cuando se enfría bruscamente el cuerpo, es probable de que estos vayan seguidos de pérdida temporal de la resistencia local a los tejidos, y que permite la invasión de bacterias o de virus ya presentes en las vías respiratorias.
- **Hacinamiento:** Los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir Infecciones Respiratorias, pues los adultos pueden tener, en las vías respiratorias, 25 microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos.
- **Contaminación atmosférica** Los niños respiran más rápido y juegan al aire libre más a menudo, siendo, por su menor peso, mayor su exposición a los contaminantes por unidad de masa. Por otro lado, su sistema inmunológico y sus órganos están aún inmaduros, asimismo la irritación y la inflamación producida por los contaminantes obstruye con más nocividad sus vías respiratorias que son más estrechas.
- **Contaminación ambiental por humo de tabaco.** La aspiración pasiva de humo se asocia a disminución de la tasa de crecimiento

de la función pulmonar durante la niñez y mayor frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas ya que el humo contiene partículas respirables, gases irritantes: monóxido y dióxido de carbono, dióxido de nitrógeno, aldehídos y otras muchas sustancias.

#### **c. Factores demográficos**

Aunque la incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) es estable durante los primeros 5 años de vida, la mortalidad se concentra en la infancia. De hecho, cerca de la mitad de las muertes debido a enfermedades respiratorias entre los niños menores de 5 años ocurre en los primeros 6 meses de vida.

#### **d. Factores Socio culturales.**

El grado de escolaridad influye en la decisión de las personas en cuanto a tratamiento y auto cuidado como la medicación. Una serie de valores predominantes en la sociedad que se van transmitiendo de generación en generación, como los mitos, creencias y las costumbres (uso de hierbas para tratar los resfriados comunes).

#### **Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs):**

**A. Inmunizaciones:** Las vacunas BCG, Pentavalente, Neumocócica, DPT, Influenza administradas durante el primer año de vida según las normas establecidas, tienden a aumentar la resistencia del niño a desarrollar episodios mucho más severos de IRA.

**B. Control de crecimiento y desarrollo:** El control de crecimiento y desarrollo del niño es definida como la actividad final de

enfermería, de naturaleza inminentemente preventivo promocional, teniendo como finalidad supervisar el crecimiento y desarrollo del niño, detectando precozmente síntomas de patología mediante actividades sistemáticas, periódicas y mensurables así como precoz e integral.

**C. Lactancia materna:** La leche materna es el alimento ideal de la especie y garantiza las necesidades del lactante. Contiene además anticuerpos, lactoferrina, células y productos celulares que impiden la colonización del tracto respiratorio superior <sup>28</sup> por bacterias patógenas y protegen al niño pasivamente contra múltiples agentes infecciosos.

**D. Nutrición apropiada:** La adecuada alimentación y nutrición de los niños durante los tres primeros años de vida, son esenciales para garantizar un buen desarrollo físico, mental y un desenvolvimiento laboral en la vida adulta.

**E. Control del ambiente doméstico:** Un amplio número de exposiciones ambientales han sido relacionadas con enfermedades respiratorias y problema de desarrollo en niños. Tanto en países industrializados como en desarrollo, la mala calidad del aire, tanto intradomiciliario como exterior, aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias junto a otros factores como condiciones habitacionales, falta de higiene y otras conductas no saludables.

## **Cuadros clínicos**

### **Faringoamigdalitis**



Las Faringoamigdalitis son de etiología vírica en un importante porcentaje de casos.

### **Laringitis**

Obstrucción de la vía aérea superior acompañada de estridor con o sin fiebre. El PIV tipo 1 es responsable de epidemias de laringitis en niños de 2 a 5 años. El PIV tipo 2 es numéricamente mucho menos importante en niños, pero también se asocia clínicamente con este cuadro. Aunque estos virus son los más frecuentes cualquier otro virus respiratorio puede ser detectado en pequeños porcentajes.

### **Bronquiolitis**

Es una infección aguda de causa viral que afecta a las vías aéreas inferiores y que tras un período catarral cursa fundamentalmente con obstrucción e inflamación de los bronquiolos terminales inferiores. Se caracteriza por ser el primer episodio de taquipnea y disnea espiratoria en los 24 primeros meses de vida o por la presencia de hipoxia ( $\text{sat} < 95\%$ ). Los síntomas que asocia son congestión nasal, tos y fiebre en grado variable seguidos de dificultad respiratoria, aleteo nasal, tiraje y dificultad para la alimentación por vía oral. Solo el 1-2% de las bronquiolitis presentan suficiente gravedad como para requerir ingreso hospitalario.

### **Episodios de sibilancias recurrentes**

Estos episodios han recibido muy distintas denominaciones, como bronquitis disneizante del lactante, bronquitis espástica, etc. Actualmente el término más utilizado y aceptado es el de episodio

de sibilancias asociado a infección vírica. El término asma del lactante hace referencia a la presencia de al menos 3 episodios de sibilancias y/o tos en un marco clínico en el que el diagnóstico de asma es el más probable y se han excluido otros diagnósticos menos frecuentes<sup>28</sup>

### **Neumonía**

Infiltrado focal con consolidación en la radiografía de tórax en ausencia de sibilancias. Las bronquiolitis o episodios de sibilancias recurrentes se acompañan a menudo de infiltrados radiológicos y/o atelectasias que forman parte del propio cuadro clínico viral. Hablamos en este apartado pues de las neumonías sin sibilancias. Es sabido que la etiología viral está presente entre un 30 y un 50% de las neumonías de forma aislada o en coinfección con bacterias, siendo más frecuente la asociación con virus en los niños más pequeños (< 3 años)<sup>(26)</sup>. Los virus implicados son prácticamente todos los virus respiratorios siendo más frecuentes los VRS, adenovirus, RV y HBoV. Sin embargo, el principal problema en las neumonías reside en discriminar entre etiología vírica y bacteriana. Numerosos estudios se han llevado a cabo para intentar despejar este problema sin haberse llegado a unos criterios o parámetros únicos.

### **Factores asociados a las infecciones respiratorias agudas.**

En la génesis de las IRA en edades pediátricas, la OMS/OPS señala diversos factores de riesgo. De ellos son frecuentes los referentes a

la inmadurez del sistema inmunológico. Existe un estado fisiológico que es el síndrome de inmunodeficiencia transicional de la infancia, donde el sistema inmunológico tiene que pasar por un período de aprendizaje para reconocer los antígenos que pueden provocar la enfermedad. En esta etapa, son frecuentes las infecciones respiratorias a repetición, tales como otitis, amigdalitis y neumonías, que generalmente se asocian a la infección casi permanente del adenoides, que es la primera línea de defensa en el aparato respiratorio, al igual que las amígdalas. En realidad, existen factores que agravan estos síntomas, como es una base alérgica y la sobre infección por parásitos o bacterias; tal es el caso del parasitismo intestinal y la presencia de estreptococo y estafilococo. El uso repetitivo de antibióticos como una posible terapéutica eficaz para estas afecciones, tiene como consecuencia bloquear la respuesta inmunológica, por el efecto inmunosupresor que tienen estos fármacos. Lo anterior agrava aún más el cuadro, de manera que hace interminable y de por años el tratamiento en estos pacientes, lo cual desespera a los familiares que prácticamente se ven envueltos en un círculo vicioso de enfermedad-terapéutica-enfermedad.<sup>29</sup>

### **Respuesta inmunológica en la infancia**

El traspaso transplacentario de IgG materna hacia el feto posibilita que el recién nacido tenga un nivel de inmunidad que le permita defenderse hasta aproximadamente el quinto mes de vida, cuando supuestamente debe comenzar a producirse niveles detectables de

IgM. La respuesta inmunológica adaptativa celular tiene un buen desarrollo en el momento del nacimiento. Como la respuesta inmunológica adaptativa humoral tiene un desarrollo más lento, es necesaria por parte del sistema inmunológico una especie de aprendizaje. Esto constituye la base del síndrome de inmunodeficiencia de la infancia, el cual transcurre con infecciones respiratorias altas, cuadros de otitis y amigdalitis aislados o concomitantes.<sup>30</sup>

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. Hipótesis general**

#### **H Alternativa:**

Los determinantes de la salud como factores desfavorables SI influyen en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María Enero – Junio 2017.

#### **H Nula:**

Los determinantes de la salud como factores desfavorables NO influyen en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María Enero – Junio 2017

### **2.4.2. Hipótesis específicas**

**Ha1:** Los estilos de vida desfavorable si condicionan a las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 36

meses atendidos en el Hospital de Tingo María Enero –Junio 2017

**Ha2:** El medio ambiente contaminado desfavorable si condicionan a las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María Enero – Junio 2017

**Ha3:** Los patrones genéticos y biológicos como antecedente si condicionan a las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María Enero –Junio 2017

**Ha4:** El sistema sanitario y la atención inapropiada en el servicio de salud si condicionan incidencias de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María Enero –Junio 2017

## **2.5. Variables**

### **2.5.1 Variable de interés**

Determinantes

### **2.5.2 Variable de caracterización**

Incidencia de infecciones respiratorias agudas

### **2.5.3 Variables intervinientes (indicadores)**

- Toma de decisiones
- Hábitos de vida
- Físico
- Químico

- Biológico
- Cultural
- herencia genética
- maduración
- sistemas sanitarios
- prevención
- curación
- restauración

➤ **2.6.Operacionalización de las variables**

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición.
<b>Variable de interés</b>				
<b>Determinantes relevantes</b>	Estilos de Vida	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de decisiones</li> <li>➤ Hábitos de vida</li> </ul>	Nominal
	Medio ambiente	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Físico</li> <li>➤ Químico</li> <li>➤ Biológico</li> <li>➤ Cultural</li> </ul>	Nominal

	Biología humana – genética	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ herencia genética</li> <li>➤ maduración</li> <li>➤ sistemas internos complejos</li> </ul>	Nominal
	Sistema sanitario	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ prevención</li> <li>➤ curación</li> <li>➤ restauración</li> </ul>	Nominal

<b>Variable de caracterización.</b>				
Infecciones respiratorias agudas.	Infecciones respiratorias agudas altas.	Cuantitativa s.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incidencia alta</li> <li>➤ Incidencias baja</li> </ul>	Ordinal
	Infecciones respiratorias agudas bajas.	Cuantitativa s.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incidencia alta</li> <li>➤ Incidencia baja</li> </ul>	Ordinal

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El estudio realizado se basó en la investigación transversal, porque se obtuvo información en una sola medición, según la presencia de los hechos es retrospectiva, porque la información se recogió de hechos anteriores.

##### **3.1.1. Enfoque**

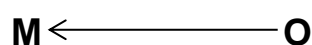
El presente estudio se trabajó con el enfoque cuantitativo de tipo observacional descriptivo se recolectó información y se analizaron a fin de contestar las preguntas de investigación, porque solamente se describe los hechos tal como se presentan.

### **3.1.2. Alcance o nivel**

El trabajo de investigación corresponde al nivel descriptivo porque se registraran información de hechos ocurridos anteriormente, se realizó a partir de documentos o fuentes secundarias y con un nivel de confianza aceptada. Los instrumentos se aplicaron en un solo momento y las variables se midieron una sola vez

### **3.1.3. Diseño de estudio**

La investigación fue un diseño descriptivo, con el esquema



Dónde:

**M** : Muestra

**O** : Observación

## **3.2. Población y muestra**

### **3.2.1. Población**

La población de estudio, estuvo conformada por todos los casos presentados de infecciones respiratorias agudas de niños menores de 36 meses atendidos de enero a junio del 2017 en el Hospital Tingo María, siendo 990.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### **a. Inclusión**

✓ Niños menores de 36 meses ambos sexos.



✓ Niños atendidos en el Hospital Tingo María en los meses seleccionados.

✓ Madres de niños menores de 36 meses que aceptaron participar en el proyecto de investigación

#### **b. Exclusión**

✓ Niños que cumplieron 3 años en adelante

✓ Niños atendidos en otro establecimiento de salud

✓ Madres de niños menores de 36 meses que no aceptaron participar en la investigación

#### **Ubicación de la población en espacio y tiempo**

- La población en estudio se encuentra ubicada en la localidad de Tingo María específicamente en los consultorios diferenciados del sub componente Infecciones Respiratorias Agudas dentro de la estrategia de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y pediatría ambulatorio.

- En relación al tiempo el estudio se realizó durante los meses de enero a junio del 2017 conjuntamente con las madres de niños menores de 36 meses que participaron del estudio de investigación.

### **3.2.2. Muestra y muestreo**

#### **Unidad de análisis**

La unidad de análisis en el presente estudio, estuvo conformado por 277 niños menores de 36 meses que fueron atendidos en el periodo seleccionado del Hospital Tingo María, del cual se obtuvo toda la información.

#### **Unidad de muestreo**

La unidad de muestro, estuvo conformada por los mismos sujetos considerados como unidad de análisis, es decir los niños menores de 36 meses atendidos por Infecciones Respiratorias Agudas, madres a quienes se le aplicó el instrumento de recolección de datos.

### **Marco muestral**

El marco muestral, para el estudio de investigación estuvo conformado por los infantes del grupo etéreo seleccionado metodológicamente que aceptaron participar.

### **Tamaño de la muestra**

Para el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de aleatorio simple en la que se utilizó un nivel de confianza del 95%, un error del 5%

Calculo:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{e^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

- N = total de la población.
- Z = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- P = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1- 0.5 = 0.5)
- d = error = 5%

Reemplazando:

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2(0.5)(1 - 0.5)(990)}{(0.5)^2(990 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} \\ &= 277 \text{ niños menores 36 meses} \end{aligned}$$

Al aplicar la fórmula se obtiene un tamaño de muestra igual a 277 niños menores de 36 meses, quienes formaron parte del estudio.

### **Tipo de muestreo**

Por la naturaleza y tipo de investigación se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, en función a que se aplicó el instrumento de recolección de datos a los niños menores de 36 meses según se vayan presentando su implementación.

La población de estudio, estuvo conformada por todas los casos presentados de infecciones respiratorias agudas de niños menores de 36 meses atendidos de enero a junio del 2017 en el Hospital tingo María, siendo 990.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

- El método que se utilizó fue el inductivo deductivo.
- Para la recolección de datos se utilizó, como técnica la encuesta y la guía de observación.
- El instrumento fue el cuestionario, además de la ficha de observación estructurada.
- El instrumento o cuestionario se aplicó a las madres de niños atendidos en los diferentes consultorios externos diferenciados CRED y pediatría que solicitaron una consulta, el cual estuvo conformado por preguntas cerradas dicotómicas y politómicas con un lenguaje adaptado a las características de la entrevista del mismo nos sirvió para recoger información concerniente a datos los

determinantes relevantes sobre las infecciones Respiratorias Agudas.

- La guía de observación sirvió para recoger información concerniente a las actitudes de las madres frente a las incidencias de las IRAS.

### **Validez y confiabilidad de los instrumentos**

Para determinar la validez del instrumento de recolección de datos, se utilizó el juicio de expertos, con la finalidad de validar el contenido. Para ello se seleccionó de manera independiente un grupo de 7 expertos en el área, para que juzguen los ítems del instrumento en términos de relevancia del contenido, de la redacción y de la claridad del mismo.

Con la información que aportan los expertos, se hicieron los ajustes necesarios del instrumento y se procedió a aplicar en la muestra seleccionada. Se utilizó el Alfa de Cronbach para la validación en la que se considerara como válido el instrumento de recolección de datos, como es debido.

#### **3.3.1. Para la recolección de datos**

Para el procedimiento de recolección de datos se siguió los siguientes procedimientos:

- Se envió un oficio solicitando el permiso al director del Hospital Tingo María para realizar dicha investigación.
- Se solicitó así mismo el permiso a la Responsable de la estrategia Crecimiento y Desarrollo (CRED) y pediatría de hospitalización y consultorio externo.

- Se aplicó a los pacientes atendidos en la estrategia Crecimiento y Desarrollo (CRED) y pediatría consultorio externo el consentimiento informado e indicándoles sobre su participación voluntaria en la investigación.

### **3.3.2. Para la presentación de datos**

Una vez recolectado los datos se procedió a elaborar una base de datos en SPSS Versión 21 y Excel del entorno Windows.

### **3.3.3. Para el análisis e interpretación de los datos**

Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística descriptiva teniendo en cuenta las medidas de tendencia central tales como media y mediana, así mismo se utilizó la desviación estándar, la información se presenta a través de tablas y gráficos con sus respectivas frecuencias absolutas y porcentuales, los cuales se realizaron en el SPSS V. 21 y el EXCEL.

## **CAPITULO IV**

### **4. RESULTADOS**

#### **4.1 Procesamiento de datos**

Tabla N° 1: Distribución según edad de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas atendidos en el Hospital de Tingo María, enero - junio 2017

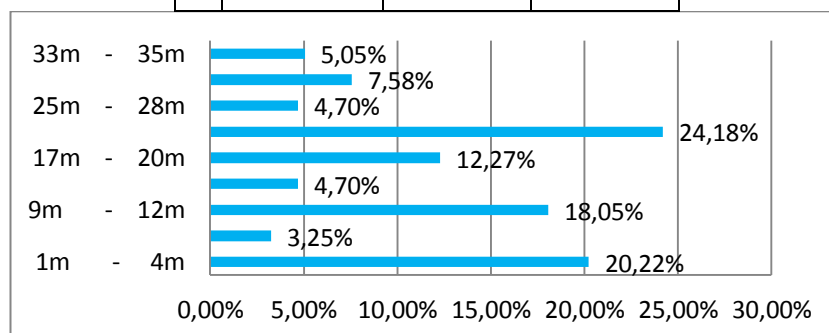
N°	edad meses	Frecuencia	porcentaje
1	1m - 4m	56	20.22%
2	5m - 8m	9	3.25%
3	9m - 12m	50	18.05%
4	13m - 16m	13	4.70%
5	17m - 20m	34	12.27%
6	21m - 24m	67	24.18%
7	25m - 28m	13	4.70%
8	29m - 32m	21	7.58%
9	33m - 35m	14	5.05%
		277	100.00%

Fuente

:Entrevista elaboración propia

**Grafico N°**  
según edad de  
36 meses con  
Respiratorias  
atendidos en el  
María , enero -

**01Porcentaje**  
niños menores de  
Infecciones  
Agudas  
Hospital de Tingo  
junio 2017



**Interpretación:** El grupo etáreo de mayor participación están entre 21 y 24 meses, representa el 24.18%, seguido con 20.22% de 1 a 4 meses, siendo menos los participantes de 5 a 8 meses con 3.25% configurándose en proporciones equidistantes con similar representación para el estudio.

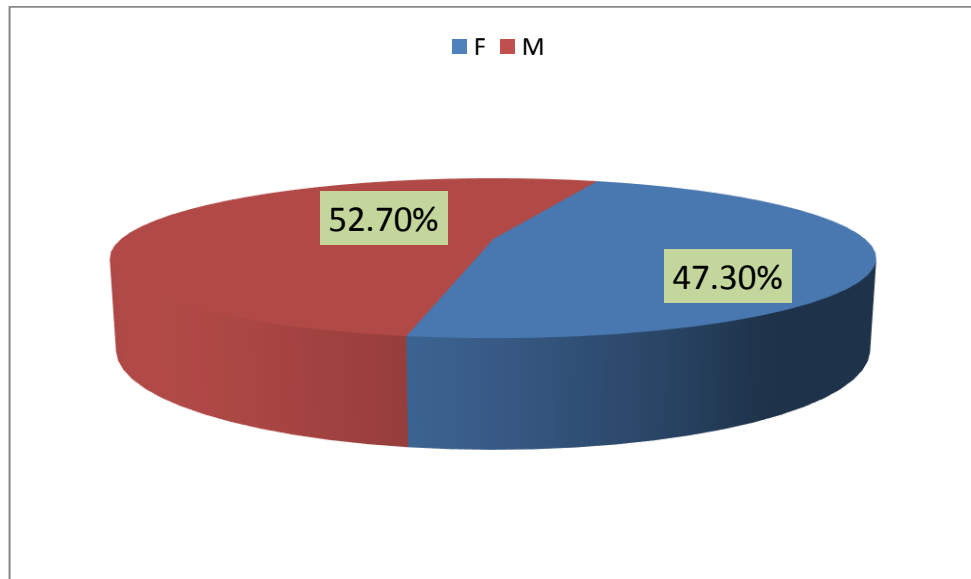
**Tabla N° 02: Distribución según, Sexo de niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**

N°	sexo niño(a)	frecuencia	Porcentaje
----	--------------	------------	------------

1	Femenino	131	47.30%
2	Masculino	146	52.70%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 02: Porcentaje según, Sexo de niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**



**Interpretación:** De la muestra entrevistada se reconoce que el 52.70% de casos pertenecen al sexo masculino y el 47.30% del género femenino, orienta que las Infecciones Respiratorias Agudas no discriminan sexo por ello las incidencias cuasi compartidas para el estudio.

**Tabla N° 03: Distribución según, nivel de decisión de la madre ante Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**

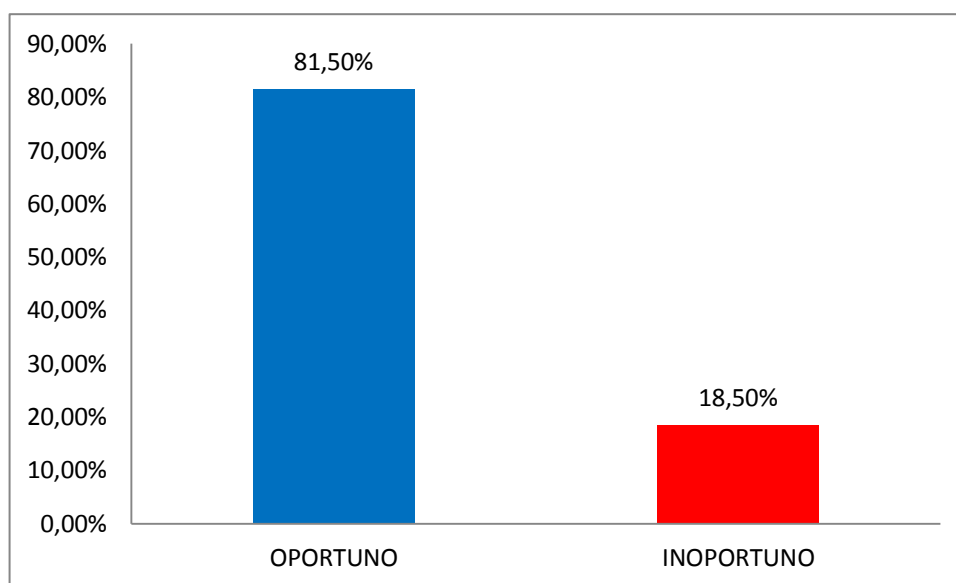
N°	Su decisión es	frecuencia	Porcentaje
----	----------------	------------	------------



1	OPORTUNO	226	81.50%
2	INOPORTUNO	51	18.50%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 03: Porcentaje según, nivel de decisión de la madre ante Infecciones Respiratoria Agudas para acudir al Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**



**Interpretación:** En torno a la decisión de la madre el grafico representa que ante una incidencia de caso de infección respiratoria aguda la madre acude oportunamente en un 81.50%, en tanto que el 18.50% se observa que esperan demasiado para decidir acudir a un establecimiento de salud

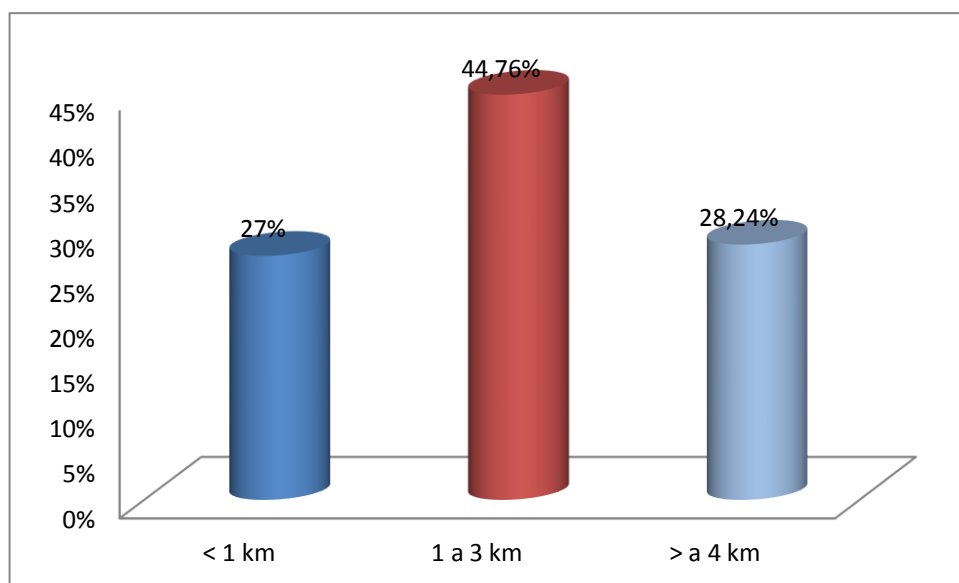
**Tabla N° 04: Distribución según, distancia de la vivienda de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**

N°	Distancia de vivienda	frecuencia	porcentaje
----	-----------------------	------------	------------

1	< 1 km	75	27%
2	1 a 3 km	124	44.76%
3	> a 4 km	78	28.24%
		277	100%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 04: Porcentaje según, distancia de la vivienda de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**



**Interpretación:** en el grafico se demuestra el dato porcentual de distancias de un establecimiento de salud en relación a las viviendas, siendo el 44.76% se encuentran a 3 km, en tanto que el 27% se encuentra cercano considerando 1 km de la vivienda.

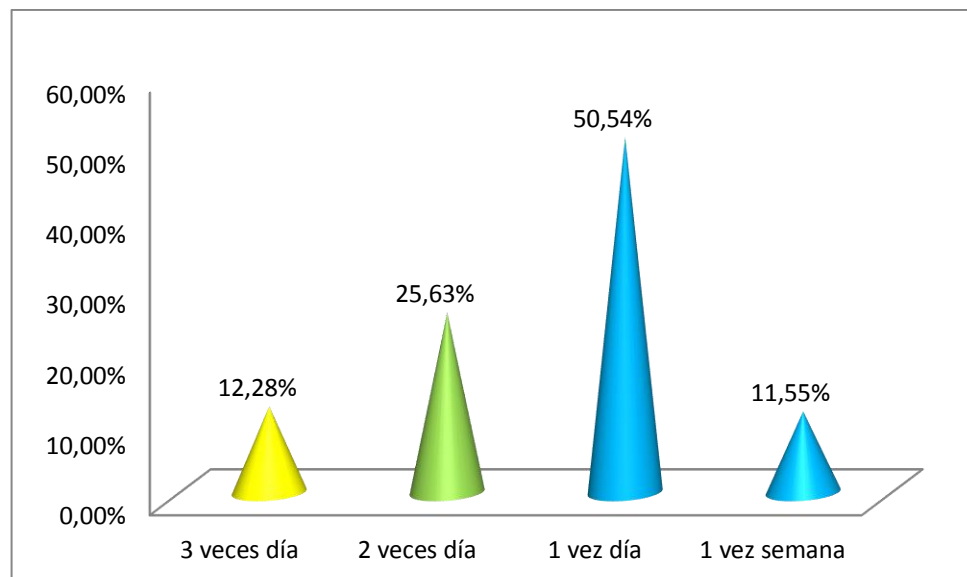
**Tabla N° 05: Distribución según, frecuencia de bañar al niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital de Tingo María, enero - junio 2017.**

N°	Frecuencia del bañar	frecuencia	porcentaje
----	----------------------	------------	------------

1	3 veces día	34	12.28%
2	2 veces día	71	25.63%
3	1 vez día	140	50.54%
4	1 vez semana	32	11.55%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 05: Porcentaje según, frecuencia de bañar al niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**



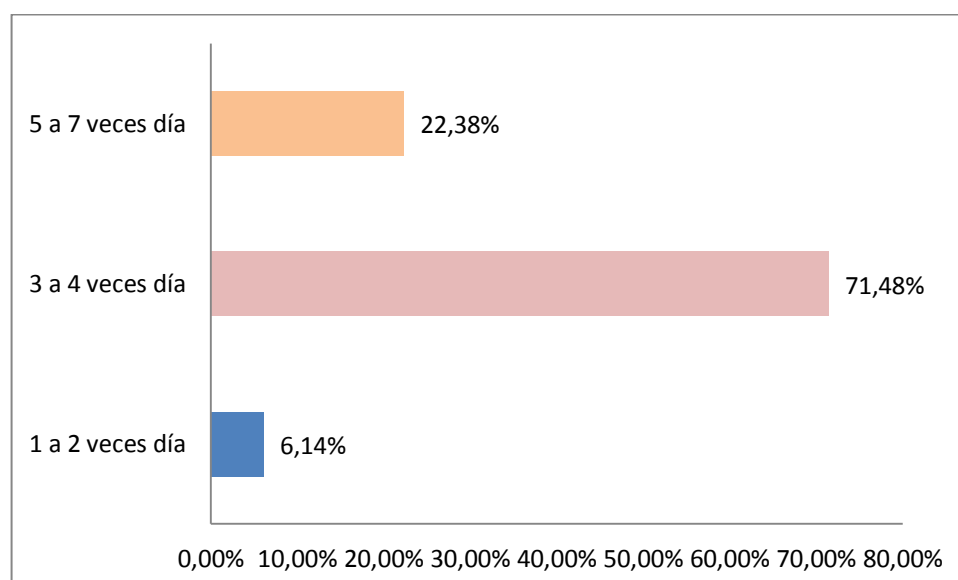
**Interpretación:** En torno a la frecuencia de bañar al niño las madres respondieron el 50.54% lo bañan 1 vez por día, siendo preocupante en acumulado el 37.91% que lo realizan de 2 a 3 veces día, condicionando a cambios de temperatura como consecuencia Infecciones Respiratorias Agudas.

**Tabla N° 06: Distribución según, consumo de alimentos en niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital de Tingo María, enero - junio 2017.**

N°	Consumo de alimentos	Frecuencia	porcentaje
1	1 a 2 veces día	17	6.14%
2	3 a 4 veces día	198	71.48%
3	5 a 7 veces día	62	22.38%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 06: Porcentaje según, frecuencia de consumo de alimentos en niños menores de 36 meses atendidos Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**



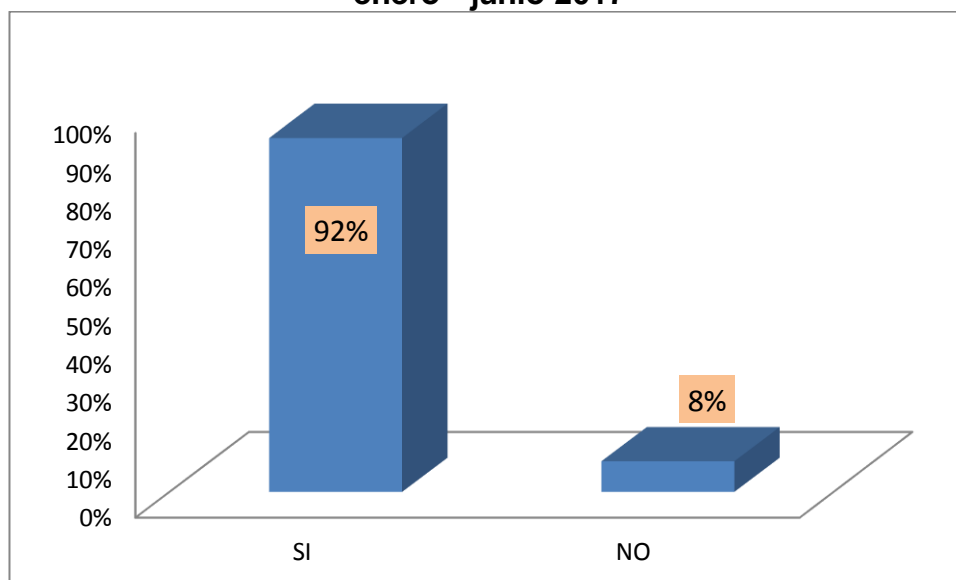
**Interpretación:** el grafico demuestra el 71.48% los niños reciben sus alimentos de 3 a 4 veces por día, en tanto que el 22.38% alimentan en un promedio de 5 a 7 veces; observándose un resultado del 6.14% que brindan alimentos de forma esporádica e inusual.

**Tabla N° 07: Distribución según, cumplimiento de calendario de vacunación en niños menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas en el Hospital de Tingo María, enero - junio 2017.**

N°	calendario de vacunación	frecuencia	porcentaje
1	SI	255	92%
2	NO	22	8%
		277	100%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 07: Porcentaje según, cumplimiento de calendario de vacunación en niños menores 36 meses en el Hospital de Tingo María, enero - junio 2017**



**FUENTE: instrumento elaborado/ BGGR/ 2017**

**Interpretación:** En el gráfico se demuestra el 92% de niños cumplen con el calendario de vacunación, donde mediante la vacuna Antineumocócica se prevén las Infecciones Respiratorias Agudas, no considerando a las virales, en tanto que el 8% de niños no cumplen con el calendario de vacunación existiendo una gran probabilidad de Infecciones Respiratorias quizás por el acceso a los servicios de salud.

**Tabla N° 08: Distribución según, humedad, ventilación y presencia de basura en la vivienda de niños menores 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017**

N°	Humedad y filtración	frecuencia	porcentaje
1	SI	96	34.66%
2	NO	181	65.34%
		277	100.00%

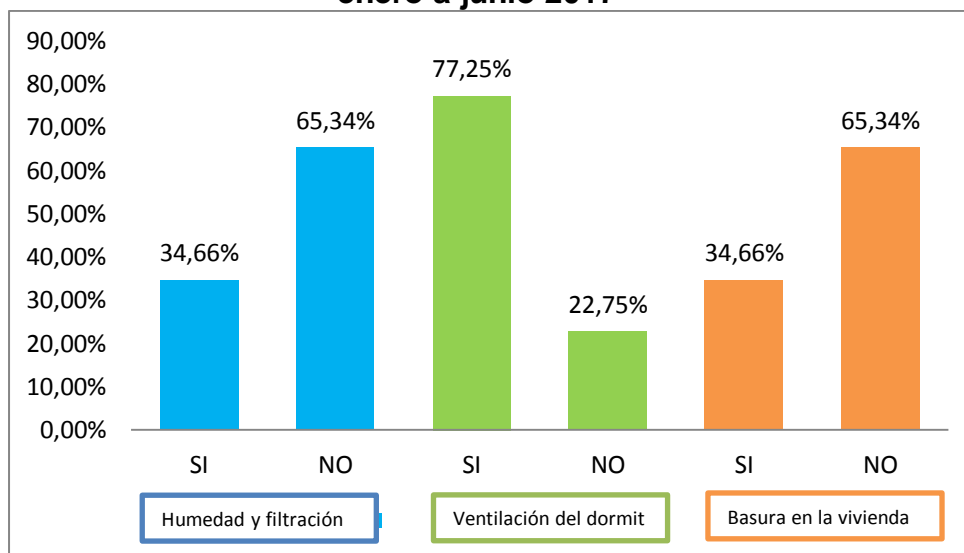
N°	Ventilación del dormitorio	frecuencia	Porcentaje
1	SI	214	77.25%
2	NO	63	22.75%
		277	100.00%

N°	basura en vivienda	frecuencia	Porcentaje
1	SI	96	34.66%
2	NO	181	65.34%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 08: Porcentaje según, humedad, ventilación y presencia de basura en la vivienda de niños menores 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017**

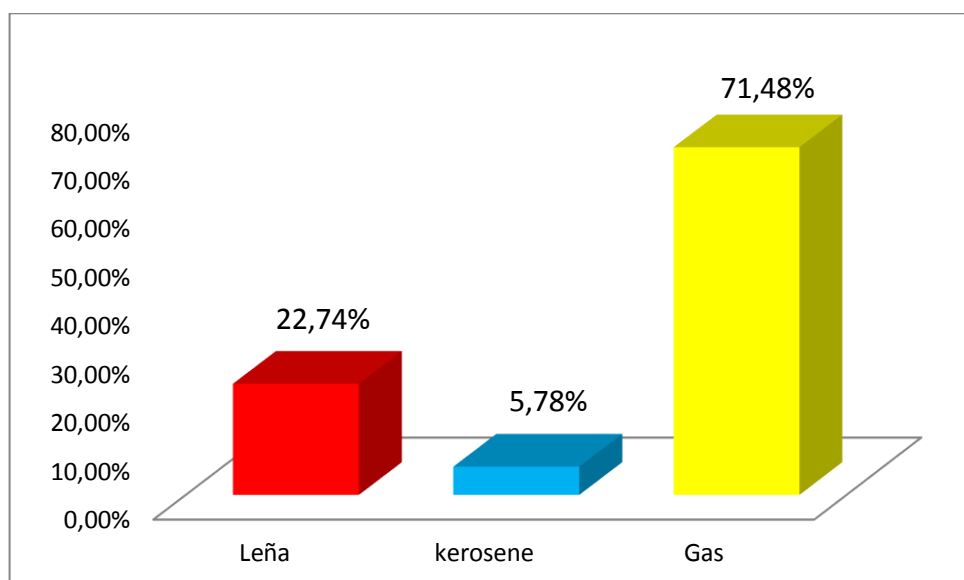


**Tabla N° 09: Distribución según, tipo de combustible que usa para cocinar la madre de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017.**

N°	tipo de combustible	frecuencia	porcentaje
1	Leña	63	22.74%
2	Kerosene	16	5.78%
3	Gas	198	71.48%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 09: Porcentaje según, tipo de combustible que usa para cocinar la madre de niños menores 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017**



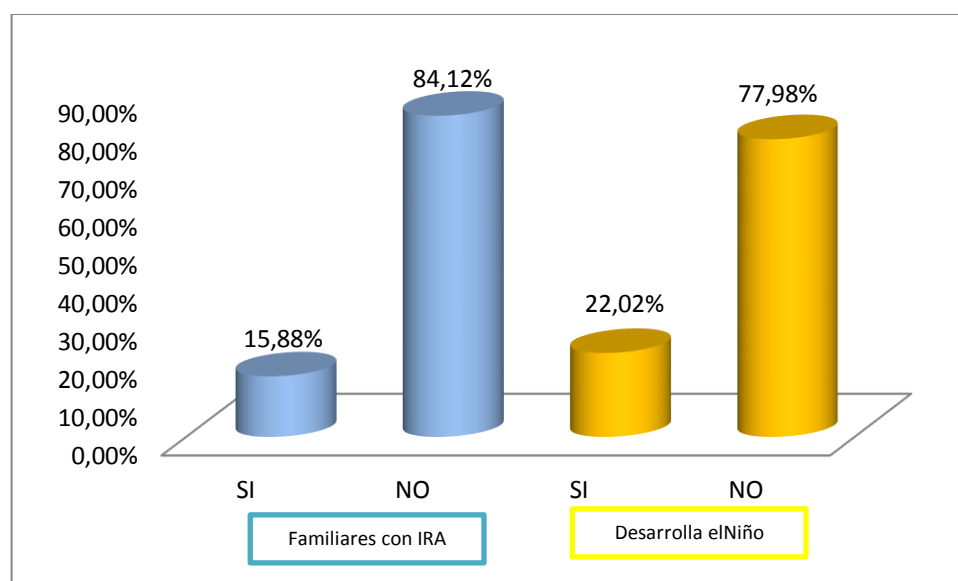
**Interpretación:** El 71.48% de la muestra estudiada reportan el combustible que utilizan es el gas, en tanto que el 22.74% utilizan la leña, factor del medio ambiente que estaría influenciando en las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 36 meses; existiendo también la posibilidad del 5.78% que emplean kerosene para la preparación de los alimentos, estaría inmerso en las posibilidad de ser un riesgo para la salud infantil.

**Tabla N° 10: Distribución según, antecedentes familiares de Infecciones Respiratorias Agudas y nivel de desarrollo de niños menores 36 meses atendidos Hospital Tingo María, enero a junio 2017.**

N°	Antecedentes. Familiar IRAS	frecuencia	porcentaje
1	SI	44	15.88%
2	NO	233	84.12%
		277	100.00%
N°	Desarrollo del niño	frecuencia	porcentaje
1	SI	61	22.02%
2	NO	216	77.98%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 10: Porcentaje según, antecedentes familiares de Infecciones Respiratorias Agudas y nivel de desarrollo de niños menores 36 meses atendido Hospital Tingo María, enero a junio 2017**



**Interpretación:** Mediante la gráfica de pares se representa que el 15.88% de entrevistadas responde que hay antecedentes familiares con Infecciones Respiratorias Agudas, en tanto que el 77.98% indican observar que su niño no está desarrollado.

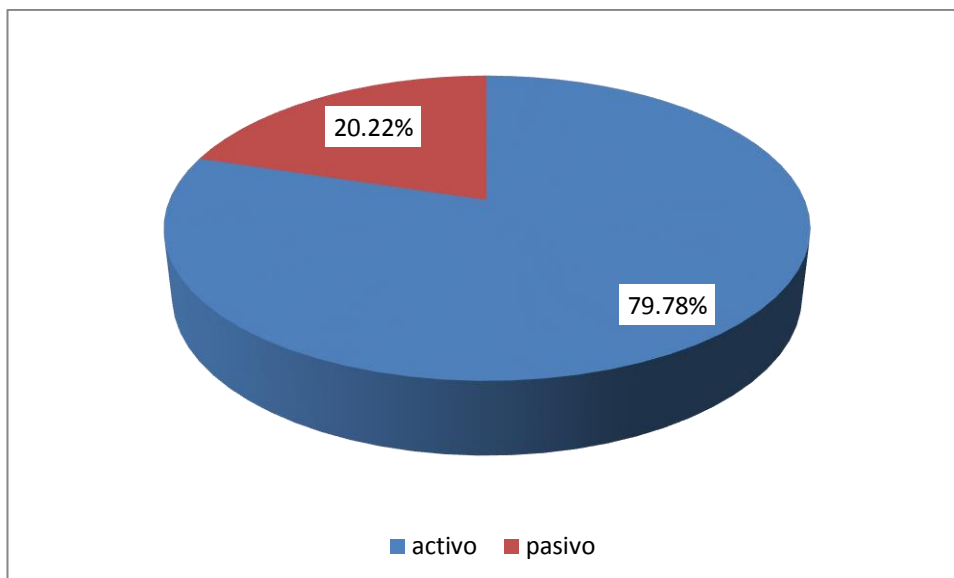


**Tabla N° 11: Distribución según, nivel desarrollo de niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017**

N°	Defensa del niño	frecuencia	porcentaje
1	activo	221	79.78%
2	pasivo	56	20.22%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 11: Porcentaje según, defensa corporal de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017**



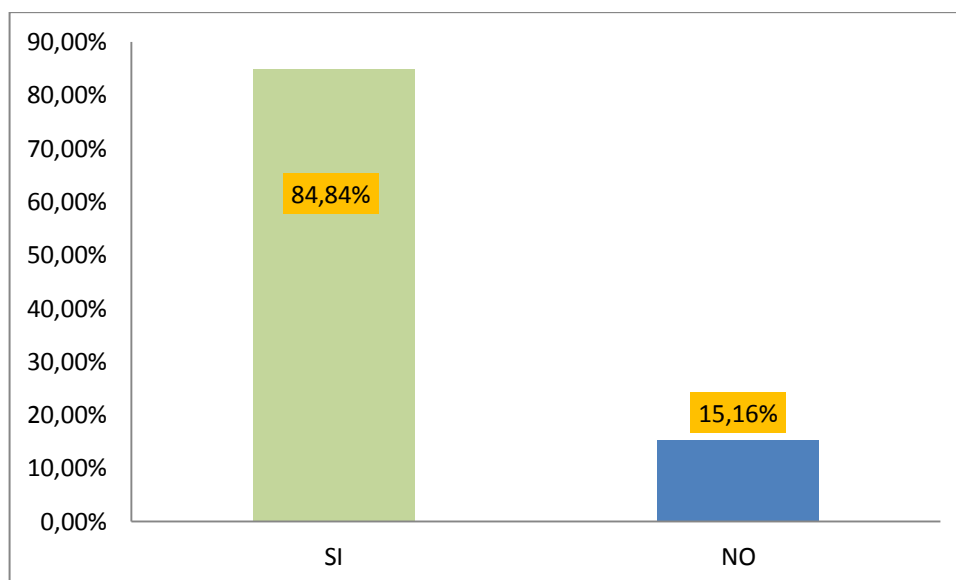
**Interpretación:** el grafico demuestra el 79.78% de los niños tienen inmunidad o defensas activas, responde a las enfermedades, sin embargo existe el 20.22% de niños que están condicionados biológica y genéticamente por defensas inactivas por los constantes episodios de Infecciones Respiratorias Agudas, por la urbanidad y las condiciones familiares están asociadas a un desequilibrio permanente.

**Tabla N° 12: Distribuciones según Uso de antibióticos en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María , enero a junio 2017**

N°	Cumplió CRED	frecuencia	porcentaje
1	SI	235	84.84%
2	NO	42	15.16%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 12: Porcentaje según Crecimiento y Desarrollo completo de niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017**



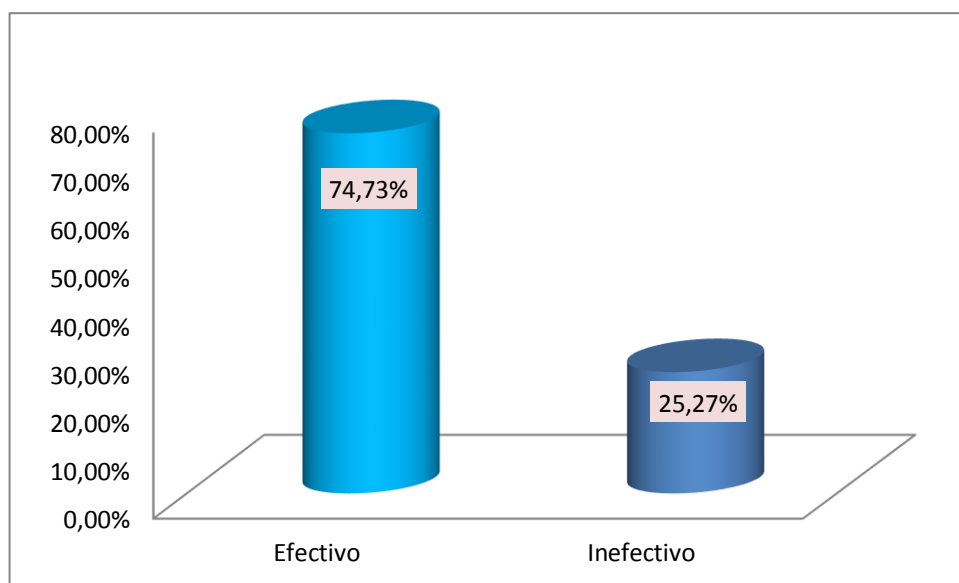
**Interpretación:** el grafico demuestra el 84.84% los niños cumplieron con el Crecimiento y Desarrollo para la edad, muy a pesar de ello hay debilidad en la cultura preventiva de los prestadores, se presenta el 15.16% de niños que no cumplieron con el Crecimiento y Desarrollo demostrando abandono por las infecciones respiratorias agudas.

**Tabla N° 13: Distribuciones según Efectividad del tratamiento en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017**

N°	Efectividad del tratamiento	Frecuencia	porcentaje
1	Efectivo	207	74.73%
2	Inefectivo	70	25.27%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 13: Porcentaje según Efectividad de tratamiento de niños menores 36 meses atendidos por Infecciones Respiratoria Aguda en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017**



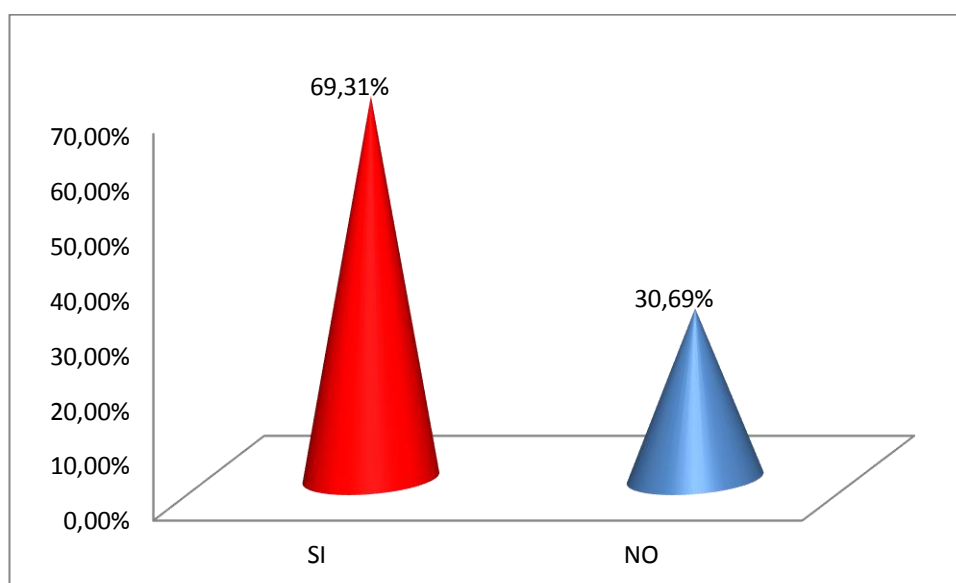
**Interpretación:** El 74.73% demuestra el tratamiento recuperativo de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 36 meses no alcanzando el umbral a falta de información sobre la prescripción e indicaciones, por ello el 25.25% identifica que niños no cumplen con el tratamiento, por ello los servicios de salud determinan influencia en el daño no resuelto.

**Tabla N° 14: Distribuciones según Uso de antibióticos en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017**

N°	Uso de Antibióticos	frecuencia	porcentaje
1	SI	192	69.31%
2	NO	85	30.69%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 14: Porcentaje según Uso de antibióticos en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017**



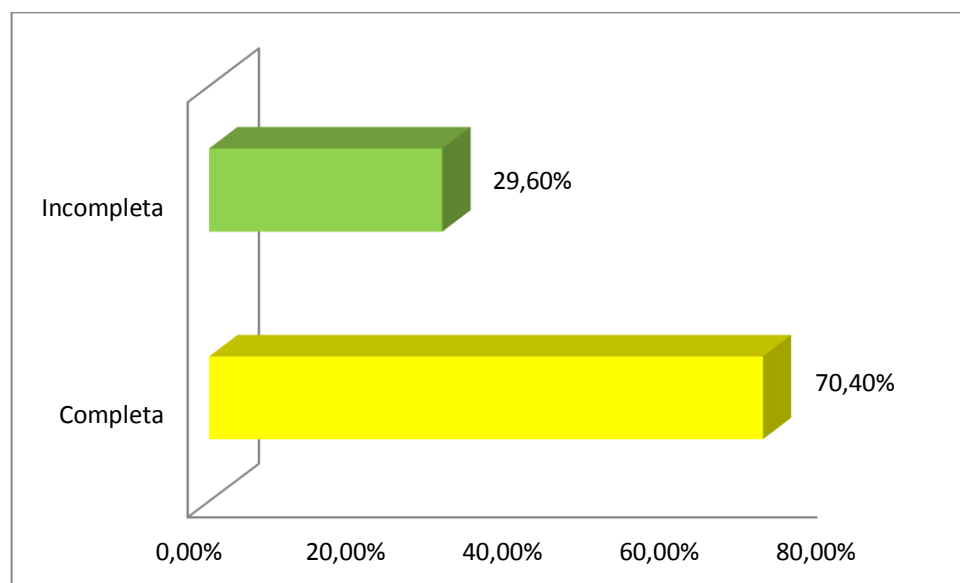
**Interpretación:** el grafico demuestra el 69.31% los niños toman antibióticos como primera medida de curación de las Infecciones Respiratoria Agudas , en tanto el 30.69% a pesar de la prescripción no las toman bajo las recomendaciones, creándose recidivas y prevalencia de los daños no resueltos. Considerando influyente la determinante servicios de salud por falta de comunicación preventiva.

**Tabla N° 15: Distribuciones según nivel de recuperación en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017**

N°	nivel de recuperación IRA	frecuencia	porcentaje
1	Completa	195	70.40%
2	Incompleta	82	29.60%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 15: Porcentaje según nivel de recuperación en niños menores 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María , enero a junio 2017**



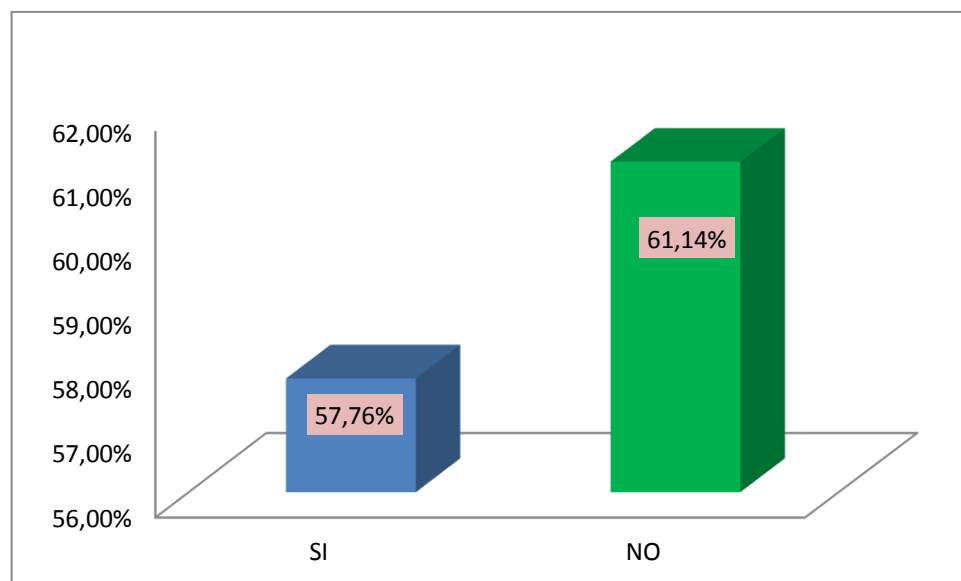
**Interpretación:** el grafico demuestra el 70.40% los niños tienen una recuperación completa asociándose a la toma de antibióticos frente a las Infecciones Respiratorias Agudas , en tanto el 29.60% a pesar de la participación materna y familiar no las cumplen con el tratamiento siendo incompleta, ello indica que los determinantes siguen presente sin variación en el tiempo.

**Tabla N° 16: Distribución según respuesta de la madre a presencia de niños con Infecciones Respiratorias Agudas en la comunidad Hospital Tingo María, enero a junio 2017**

N°	Niños con IRAS en la Cx.	frecuencia	Porcentaje
1	SI	160	57.76%
2	NO	17	61.14%
		177	118.90%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Grafico N° 16: Porcentaje según respuesta de madre a presencia de niños con Infecciones Respiratoria Agudas en comunidad Hospital Tingo María, enero a junio 2017**



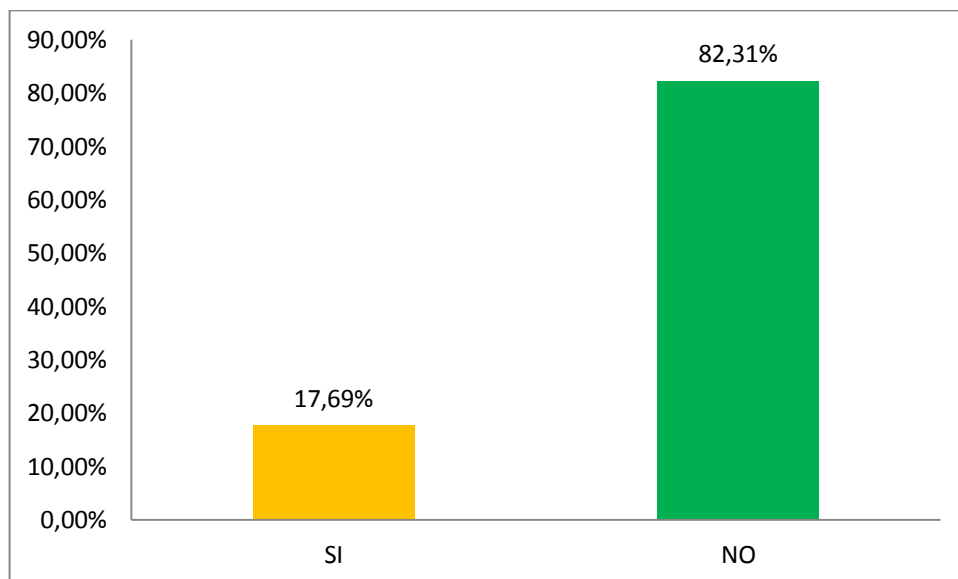
**Interpretación:** Las madres responde que el 61.14% en la comunidad no ha observado niños con enfermedad respiratoria, en tanto que un porcentaje de ellos indican que si hay niños con Infecciones Respiratorias Agudas no acudiendo a los servicios de salud, representa el 57.76% cifra alta que se identifica para la determinante servicios sanitarios no cubiertos.

**Tabla N° 17: Distribución según respuesta de la madre a presencia de familiares con Infecciones Respiratorias Agudas en la vivienda, enero a junio 2017**

N°	Incidencia IRA familiar	frecuencia	porcentaje
1	SI	49	17.69%
2	NO	228	82.31%
		277	100.00%

Fuente: Entrevista elaboración propia.

**Gráfico N° 17: Porcentaje según respuesta de madre a presencia de familiares con IRAS en la vivienda, enero a junio 2017**



**Interpretación:** Según manifestación de la madre, resulta que el 82.31% no hubo familiares con Infecciones Respiratorias Agudas lo cual podría contagiar a los menores de edad, siendo el 17.69% que responden que si hubo familiares con infección respiratoria el cual identifica la probabilidad de contagiosidad en el menor de 36 meses.

## CAPITULO V

### 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 5.1 CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

La Infección respiratoria aguda a nivel de países en vías de desarrollo es producido por el microorganismos patógenos como los *Streptococcus pneumoniae* en sus variedades o subtipos, Se estima la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo de edad, así mismo pueden tener consecuencias graves.

En el Perú, las cifras muestran que este mal causa mayor muerte entre los niños menores de 3 años. Se registraron en el 2013 en total 2'903,415 casos de Infecciones Respiratoria Agudas; 29'994 casos de neumonía y 402 defunciones por neumonía.

Los factores que contribuyen a que las niñas y niños tengan Infecciones Respiratoria Aguda son: bajo peso al nacer, la lactancia materna no exclusiva (durante los primeros 4 meses de vida), la falta de inmunización, la contaminación al interior de la vivienda y el hacinamiento. Entre las regiones priorizadas por estas enfermedades figuran: Puno, Loreto, Cusco, Lima, Huancavelica, Huánuco, Junín, entre otras.

Este problema sanitario es interés por el sector salud que debe incorporarse con ahínco las autoridades locales, regionales y nacionales para un trabajo eficiente y articulado en medidas preventivas sobre los determinantes de la salud y población vulnerable



para evitar las enfermedades que cursan con la muerte a temprana edad, siendo los más beneficiados con las intervenciones los niños menores de 36 meses quienes poseen diferentes realidades.

Tabla N° 1: Distribución según edad del niño menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017

En los resultados del estudio, se observa que de los menores de 36 meses el 24.18% representa a los meses 21 y 24 aquellos que presentaron infección respiratoria aguda, seguido por lo de 1 mes a 4 meses representando el 20.22% en las que se presentan diagnóstico de mal pronóstico, ello constituye una proporción que tendrá mayor repercusión en las respuestas que se conocen en materia conocimientos de prevención y curación de las Infecciones Respiratorias Agudas, siendo la edad de 5 a 8 meses que presentaron menor porcentaje de Infecciones Respiratorias Agudas representando el 3.25% la identificación pasa por ser una variable de interés por el caso estudiado. Tiene similitud de interpretación con el estudio realizado por Juy Aguirre, "Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años" concluye En la serie predominaron el sexo masculino (55,7 %), los niños menores de 1 año (55,3 %), la exposición al humo pasivo como principal factor de riesgo asociado (75 %), la fiebre como manifestación clínica al ingreso (98 %), así como la neumonía/bronconeumonía en este mismo grupo de edades (88,6 %)".

Tabla N° 2: Distribución según, Sexo de niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017.

De la muestra entrevistada se reconoce que el 53% de casos pertenecen al sexo masculino y el 47% del género femenino, orienta que las Infecciones Respiratorias Agudas no discriminan sexo por ello las incidencias casi compartidas para el estudio. Martínez González, “Caracterización Epidemiológica de Pacientes con Infección Respiratoria Aguda (IRA) en un Hospital de Segundo Nivel en la Región Caribe colombiana”. Colombia. 2014 concluye la mayoría de los pacientes eran del sexo hombre (52,2%) y las etapas del desarrollo más frecuentes fueron: lactantes menores (36%), adultez (13,7%), adulto mayor (11,8%), lactantes mayores (11,6%) y preescolar (11%). Los signos y síntomas más frecuentes en la población objeto de estudio fueron: tolerancia a vía oral (70,9%), tos (69,4%), fiebre (69,2%) y dificultad respiratoria (66,1%). Los resultados del presente trabajo contribuyen al género como características epidemiológicas de las personas afectadas por esta enfermedad

Tabla N° 3: Distribución según, nivel de decisión de la madre ante Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017

En torno a la decisión de la madre se representa que ante una incidencia de caso de infección respiratoria aguda la madre acude oportunamente en un 81.50% al establecimiento de salud más cercano, en tanto que el 18.50% se observa que esperan demasiado para decidir acudir a un establecimiento de salud.

Así lo considera en la investigación Herrera, Ana; “Factores de riesgo correlacionados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud 18 de octubre de la ciudad de Machala, durante julio 2011- marzo 2012”. Machala, Ecuador el año 2013 implementó un programa educativo a 42 madres, con los temas de factores de riesgo, signos, síntomas y medidas preventivas para mejorar las decisiones relacionados a la Infecciones Respiratorias Agudas, quienes finalmente se mostraron satisfechas por los conocimientos recibidos.

Tabla N° 4: Distribución según, distancia de la vivienda de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017

Se demuestra el dato porcentual de distancias de un establecimiento de salud en relación a las viviendas, siendo el 44.76% se encuentran a 3 km, en tanto que el 27% se encuentra cercano considerando 1 km de la vivienda con posibilidad de incumplimiento al tratamiento curativo recuperativo.

Importante identificación que se asocia a la variable, accesibilidad de la familia formando parte de un estilo de vida que demuestra particularidad.

Tabla N° 5, 6 y 7: Distribución según, frecuencia de bañar al niño menores de 36 meses, riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017.

En torno a la frecuencia de bañar al niño las madres respondieron el 50.54% lo bañan 1 vez por día, de otro lado se identificó una preocupante situación acumulado el 37.91% que lo realizan de 2 a 3 veces día, condicionando a cambios de temperatura como consecuencia Infecciones Respiratorias Agudas.

Asimismo se demuestra que el 71.48% los niños reciben sus alimentos de 3 a 4 veces por día, en tanto que el 22.38% alimentan en un promedio de 5 a 7 veces; observándose un resultado del 6.14% que brindan alimentos de forma esporádica e inusual.

De otro lado se demuestra el 92% de niños cumplen con el calendario de vacunación, donde mediante la vacuna Antineumocócica se prevén las Infecciones Respiratorias Agudas , no considerando a las virales, en tanto que el 8% de niños no cumplen con el calendario de vacunación existiendo una gran probabilidad de Infecciones Respiratorias por el acceso a los servicios de salud. Al respecto de estas variables, según Tamayo Pérez, “Infecciones respiratorias recurrentes y estado nutricional en niños de 0 a 6 años”. Habana Cuba. 2012. Concluye mostró que en esta población las Infecciones Respiratorias Recurrentes altas fueron más frecuentes que las bajas, con mayor afectación del sexo masculino y los menores de 5 años, predominaron valores altos de los índices antropométricos, excepto en el Índice de Masa Corporal (IMC), pero hubo una mayor afectación nutricional en esta población que la reportada en un estudio previo en la provincia de La Habana. Aquellos que presentaron Infecciones Respiratorias Recurrentes bajas mostraron valores deficitarios con más

frecuencia que los que padecían Infecciones Respiratorias Recurrentes altas.

Tabla N° 8: Distribución según, humedad, ventilación y presencia de basura en la vivienda de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas Hospital Tingo María, enero a junio 2017

En el presente estudio de investigación se logró importantes resultados que demuestran la convivencia con el medio ambiente son negativas, que influye en la presencia de Infecciones Respiratorias Agudas, siendo la humedad y filtraciones de las viviendas que están propiciando los episodios, con el 34.66% de SI como respuesta de evidencias en las viviendas; con respecto a la ventilación se determinó que no hay adecuada ventilación en las viviendas con el 22.75%, asociado también a la presencia de basura en el entorno de la vivienda con el 34.66% determinando con certeza que existen predominantes ambientales que están condicionando a las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 36 meses. El estudio realizado por Alvarado Rodríguez, maría Fernanda. “Factores de riesgos de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 a 4 años de edad que acuden al hospital Dr. Humberto molina en la ciudad Zaruma, durante el primer trimestre del año 2011” tiene similitud por cuanto en sus interpretaciones indica como factor de riesgo las calles donde viven los niños están sin pavimentar en un 84%, el 17% de las calles son pavimentadas; como otro factor de riesgo el 58% de los niños están expuestos a cambios climáticos, el 42% los menores no están expuestos a los cambios. Los

beneficiarios del proceso educativo fueron 50 madres de los menores de 4 años, las que al final del taller terminaron motivadas.

Tabla N° 9: Distribución según, tipo de combustible que usa para cocinar la madre de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas para acudir al Hospital Tingo María, enero a junio 2017.

El 71.48% de la muestra reportan el combustible que utilizan es el gas, en tanto que el 22.74% utilizan la leña, factor del medio ambiente que estaría influenciando en las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 36 meses; existiendo también la posibilidad del 5.78% que emplean kerosene para la preparación de los alimentos, estaría inmerso en las posibilidad de ser un riesgo para la salud infantil. El estudio realizado por Herrera, Ana; Solano, Lilian. “Factores de riesgo correlacionados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud 18 de octubre de la ciudad de Machala, durante julio 2011- marzo 2012” determina que el 50% de la población se encuentran en hacinamiento donde la forma de preparar los alimentos con los medios se almacenan en el mismo ambiente de 1 a 5 personas por habitación. Se implementó un programa educativo a 42 madres, con los temas de factores de riesgo, signos, síntomas y medidas preventivas relacionadas a las Infecciones Respiratorias Agudas, quienes finalmente se mostraron satisfechas por los conocimientos recibidos

Tabla N° 10: Distribución según, antecedentes familiares de Infecciones Respiratorias Agudas y Nivel Desarrollo del niño menores de 36 meses atendidos Hospital Tingo María, enero a junio 2017

Mediante la gráfica de pares se representa que el 15.88% de entrevistadas responde que hay antecedentes familiares con Infecciones Respiratoria Aguda, en tanto que el 77.98% indican haber observado a ningún familiar estar enfermo que entró en contacto con su niño. Al identificar la influencia la biología humana en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo se demuestra que la constitución física del individuo desde la concepción obtiene características genéticas de los padres en relación de en algún momento del crecimiento y desarrollo infantil vaya a manifestarse, por ello se ha considerado en el estudio la alta probabilidad de como el comportamiento familiar y el desarrollo del niño estén presentes a menos que trabajemos sobre esta determinante como resultado de impacto.

Tabla N° 11: Distribución según, defensa corporal de niños menores de 36 meses con Infecciones Respiratorias Agudas en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017.

Se ha identificado el 79.78% de los niños tienen inmunidad o defensas activas, responde a las enfermedades, sin embargo existe el 20.22% de niños que están en condiciones biológica y genéticamente con defensas inactivas por los constantes episodios de Infecciones Respiratorias Agudas , y las condiciones familiares están asociadas a

un desequilibrio permanente. En el estudio de Grajeda Annca, Pablo “Factores de riesgo asociados a mortalidad por nueva influenza A (H1N1) en la región Cusco-Perú”. Cusco, Perú 2013, demuestra el análisis de regresión logística mostró que un sujeto incluido en el estudio con terapia antibiótica mayor de 10 días ( $p < 0.007$ ), tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días ( $p < 0.05$ ) e inicio del tratamiento antiviral mayor de 3 días ( $p < 0.05$ ) tuvo elevada probabilidad de morir del 84% por baja defensa. Concluyendo que los factores de riesgo más importantes para mortalidad por nueva influenza A(H1N1) identificados fueron: Inicio del tratamiento antiviral mayor de 3 días, tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días y terapia antibiótica mayor de 10 días; habiéndose comunicado los resultados de la investigación al personal de salud.

Tabla N° 12: (13,14 y 15) Distribuciones según Uso de antibióticos en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María, enero a junio 2017 (efectividad y recuperación)

En el estudio de Grajeda Annca, Pablo “Factores de riesgo asociados a mortalidad por nueva influenza A (H1N1) en la región Cusco-Perú”. Cusco, Perú 2013, identificaron los siguientes: Tiempo de inicio de tratamiento antiviral mayor de 3 días ( $p = 0.001$ ); tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días ( $p = 0.00001$ ); tiempo de ( $p = 0.0003$ ) hospitalización mayor de 7 días ( $p = 0.0003$ ); tiempo de terapia antibiótica mayor de 10 días ( $p = 0.0001$ ); tiempo de medidas de soporte mayor de 10 días ( $p = 0.001$ ); compromiso de conciencia moderado grave según Score APACHE II ( $p = 0.0000000$ ); hipertensión arterial



( $p=0.001$ ); anemia ( $p=0.01$ ); hipokalemia ( $p=0.01$ ); hipoxia ( $p=0.0005$ ) y leucocitosis ( $p=0.01$ ). concluyendo que los factores de riesgo más importantes para mortalidad por nueva influenza A(H1N1) identificados fueron: Inicio del tratamiento antiviral mayor de 3 días, tiempo de terapia corticoide mayor de 5 días y terapia antibiótica mayor de 10 días resultaron alternativas de tratamiento de los servicios sanitarios para el control de las Infecciones Respiratorias Agudas .

Tabla N° 16: Distribución según respuesta de la madre a presencia de niños con Infecciones Respiratorias Agudas en comunidad Hospital Tingo María, enero a junio 2017

Las madres responde que el 61.14% en la comunidad no ha observado niños con enfermedad respiratoria, en tanto que un porcentaje de ellos indican que si hay niños con Infecciones Respiratorias Agudas no acudieron a los servicios de salud, representa el 57.76% cifra alta que se identifica para la determinante servicios sanitarios no cubiertos. Para esta determinante existen pocos resultados de investigación sin embargo se cumple con el objetivo de determinar el componente sanitario su comportamiento dentro de las políticas públicas habiendo aún falencias de tipo actitudinal, comunicacional y de seguimiento para el cumplimiento con el control sanitario de las Infecciones respiratorias agudas, más aún en las comunitarias.

Tabla N° 17: Distribución según respuesta de la madre a presencia de familiares con Infecciones Respiratorias Agudas en la vivienda, enero a junio 2017

Según manifestación de la madre, resulta que el 82.31% no hubo familiares con Infecciones Respiratorias Agudas lo cual no pudo contagiar a los menores de edad, siendo el 17.69% que responden que si hubo familiares con infección respiratoria el cual identifica la probabilidad de contagiosidad en el menor de 36 meses. Sobre la discusión en relación al objetivo planteado se demuestra el comportamiento del sistema sanitario es muy carente, aún falta una cultura de prevención y realizar seguimiento de casos para que no se tornen prevalentes, ya que el estudio demuestra e identifica que los determinantes están concadenados en cada individuo dependiente de asistencia sanitaria y no suman al autocuidado familiar de esta forma contrarrestar el incremento de Infecciones Respiratorias Agudas en este grupo de edad.

## **CONCLUSIONES**

- Los cuidados fundamentales para preservar la salud no cumplida en estilos de vida, permiten enfermedades respiratorias en el grupo de

niños vulnerables, demostramos mediante comportamientos obtenidos en el estudio.

- Se establece la importancia de mejorar el entorno donde se desarrolla el niño, permite la exposición frente a enfermedades respiratorias.
- Se concibe la repercusión genética de los padres para desencadenarse en la transición de la vida frente a enfermedades respiratorias principalmente en los extremos de las etapas de vida del ser humano
- Presenta variabilidad en los establecimientos de salud frente a las atenciones, demuestra debilidades en el sistema preventivo promocional, curativo recuperativo.

## **RECOMENDACIONES**

- Intensificar en todas las entidades públicas del estado el fomento de preservar los cuidados fundamentales de la salud, ejerciendo estilos de vida que favorezcan al bienestar
- Propiciar en las comunidades los enfoques de persona, familia, comunidad y municipios saludables, partiendo de mejorar el saneamiento ambiental, y promover viviendas saludables en el ámbito donde existe incidencia y prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas.
- En los centros de atención de salud, trabajar sobre los eslabones del círculo virtuoso del hombre, disminuyendo la anemia en gestantes, en niños, la desnutrición y el cumplimiento de los controles periódicos e inmunización del niño menor de 36 meses.
- En los establecimientos de salud, mejorar en calidad y calidez de los servicios, basados en principios de acceso a los servicios y cumplir con la asistencia preventiva promocional, curativa recuperativa, siendo esta una determinante que debemos contribuir a nivel nacional.

## **REFERENCIA BIBLIOGRAFIA**

1. OMS. "Infecciones respiratorias agudas en el Perú". [Online]; 2014 [citado el 06 de marzo del 2015].
2. Alonso B, Boulay M, Giachetto G. "Ventilación no invasiva en infecciones respiratorias agudas fuera del área de cuidados intensivos". Rev. ChilPed. Marzo del 2011.
3. Acosta B, Piñón A, Valdés O. "Fortalecimiento del diagnóstico molecular para la vigilancia de virus respiratorios en Cuba. Rev. Biomed. Abril 2009.
4. Cuan Y, Tejeda O, O ÁJ. "Infecciones Respiratorias agudas virales: comportamiento en el niño menor de un año". Rev. Habancienc Méd. 2009 diciembre; 8(5): p. 65-70.
5. MINSA. "Prevención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Neumonía 2014". [Online]; 2014 [citado el 06 de marzo del 2015].
6. Juy E, Céspedes E. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. MEDISAN. 2014 junio; 18(11).
7. Alvarado F. Factores de riesgos de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 a 4 años de edad que acuden al hospital Dr. Humberto molina en la ciudad Zaruma. 2012. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA.
8. Martínez L, Narváez J, Rua Z. Caracterización Epidemiológica de Pacientes con Infección Respiratoria Aguda (IRA) en un Hospital de Segundo Nivel en la Región Caribe colombiana. ISSN: 2344-8636. 2014 junio; 2 (2): p. 82 – 87.
9. Herrera A, Solano L. Factores de riesgo correlacionados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud 18 de octubre de la ciudad de Machala, durante julio 2011- marzo 2012. 2013. Tesis.
10. Tamayo V, Esquivel M, González C. Infecciones respiratorias recurrentes y estado nutricional en niños de 0 a 6 años. Rev. Habancienc Méd. 2012 enero; 11(1): p. 37-44.
11. Torres Molina A. Factores de riesgo asociados con las infecciones respiratorias bajas complicadas en la infancia. ISSN 1560-4381. 2012; 16(1).

12. Grajeda P, Niño de Guzmán O. Factores de riesgos asociados a mortalidad por nueva influenza A (H1N1) en la región Cusco-Perú. Acta Méd. peruana. 2013 octubre; 30(4): p. 97-104.
13. Niño de Guzmán, Pablo. Factores de riesgo asociados a morbilidad por nueva influenza A (H1N1) en la región Arequipa-Perú. Acta Méd. Peruana. 2013
14. Carbajal Malpartida O. factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. [Internet]. 2017 [citado mayo 2017]; 222-229: [aprox. 24 p.]. Disponible en:  
<http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/856>.
15. Cajaleón de la Cruz J. uso tradicional de plantas medicinales en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años de la comunidad rural de Margos. [Internet]. 2017 [citado mayo 2018]; 222-229: [aprox. 24 p.]. Disponible en:  
<http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/1099>.
16. Ventura Peralta K. grado de conocimiento sobre el uso del Camú Camú myrciaria dubia en el control de los episodios de las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años. [Internet]. 2017 [citado mayo 2017]; 222-229: [aprox. 24 p.]. Disponible en:  
<http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6317>.
17. Aranda Goñi, Medaly. Conocimiento y su relación con prácticas en madres de niños menores de cinco años sobre prevención de infecciones respiratorias agudas del Centro de Salud Potracancha. [Tesis licenciatura], Huánuco 2016
18. Orem, D.E. Teoría y modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Teoría general de enfermería. Ed. Masson-Salvat; Barcelona; 2002
19. Hernández Conesa, J. Teoría y modelos de enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. McGraw-Hill. Interamericana, Jean Watson "Teoría del cuidado humano" Madrid; 1995

20. Henderson, V. La naturaleza de la Enfermería, Reflexiones 25 años después. Inter-Americana McGraw-Hill. Madrid; 1995
21. Eltamiz. La teoría microbiana de las enfermedades. [Online]; 2013 [citado el 06 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://eltamiz.com/2013/12/19/teoria-microbiana-enfermedad/>.
22. Lalonde Mark, (2002). Determinantes sociales de la salud. Canadá 2002 [www.infosalud.com.ar](http://www.infosalud.com.ar)
23. Torres Molina A. Factores de riesgo asociados con las infecciones respiratorias bajas complicadas en la infancia. [Tesis de grado] 2012.
24. OMS. Factores de riesgo e incidencias. [Online]; 2014 [citado el 06 de marzo del 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
25. Martínez L, et.al. Caracterización Epidemiológica de Pacientes con Infección Respiratoria Aguda (IRA) en un Hospital de Segundo Nivel en la Región [Tesis doctoral] Colombiana; 2014.
26. García M, Ordobas M. Infecciones virales de vías aéreas inferiores en lactantes hospitalizados etiología, características clínicas y factores de riesgo. AnEspPediatr. 2008 junio; 55(1).
27. INS. Infecciones respiratorias agudas. 2014. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública.
28. Ferreira Guerrero E. Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. salud pública de México. 2013 junio; 55(2): p. 307-313
29. García M. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. RevMéd Electrón. 2011 junio; 32(3).
30. OMS. Factores de riesgo. [Online]; 2014 [citado el 06 de marzo del 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).

# Anexo



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



## PROGRAMA ACADÉMICA DE ENFERMERIA

Estimada madre de familia o cuidadora del menor de 36 meses, espero su colaboración, respondiendo con sinceridad el presente cuestionario. La prueba es anónima.

El presente tiene por objetivo, **determinantes de relevantes que influyen en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María Enero- Junio 2017.**

Lea Ud. Con atención y conteste a las preguntas marcando con “x” la alternativa que crea conveniente.

1.- Edad del niño en meses:.....

2.- Sexo del niño: F ( ) M ( )

### **Determinante: Estilo de vida**

3.- ¿la decisión de usted para llevar al establecimiento de salud, cuando el niño está con tos, fiebre y llanto es?:

- Oportuno ( )
- inoportuno ( )

4.- ¿a qué distancia de su vivienda se encuentra el establecimiento de salud - HTM?

- < de 1 kilometro ( )
- De 1 Km a 3 Km. ( )
- > de 4 Km. ( )

5.- ¿Cuál es la frecuencia de bañar a su niño o niña?

- 3 veces al día ( )
- 2 veces al día ( )
- 1 vez al día ( )
- 1 vez a la semana ( )

6.- ¿el consumo de alimentos de que brinda a su niño, es?

- 1 a 2 veces / día ( )
- 3 a 4 veces / día ( )
- 5 a 7 veces / día ( )

7.- ¿Cumple usted con el calendario de vacunación de su niño?

- Si ( )
- No ( )

### **Determinante: Medio ambiente**

8.- Existen humedad y filtraciones de agua en donde permanece el niño.

- Si ( )
- No ( )

9.-El ambiente donde duerme su niño cuenta con ventilación.

- Si ( )
- No ( )

10.- Observa Ud. basura cerca de su vivienda donde juega su niño.

- Si ( )
- No ( )

11.- ¿Qué tipo de combustible utiliza para cocinar?

- a) Leña ( )                      b) Kerosene ( )                      c) Gas ( )

### **Determinante: Biología humana – genética**

12.- ¿Tiene algún familiar que sufre de enfermedad respiratoria crónica en el hogar?

- Si ( )
- No ( )

13.- ¿Con las enfermedades que presenta su niño cree que está desarrollándose para su edad?

- Si ( )
- No ( )

14.- ¿Con respecto a las defensas de su niño, Cómo considera usted que se encuentra?

- Activo( )
- Pasivo( )

**Determinante: Sistema sanitario**

15.- El niño tiene completo sus controles de crecimiento y desarrollo.

- Si ( )
- No ( )

16.- Cuál es su pensamiento, frente a la atención medica curativa?

- Es efectiva( )
- Es inefectiva ( )

17.- ¿Considera Ud. que los antibióticos curan la Infecciones Respiratoria Aguda?

- Si ( )
- No ( )

18.-Transcurridas 48 horas de la consulta en pediatría, la recuperación de su niño frente a la infección respiratoria aguda es:

- Completa ( )
- Incompleta ( )

19.-En su comunidad, existen niños que se han enfermado con Infecciones respiratorias Agudas que le preocupa

- Si ( )
- No ( )

20.-Cree usted que en la familia su hijo es el único que se enferma de Infecciones Respiratorias Agudas.

- Si ( )
- No ( )

**ANEXO 02**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“Determinantes de relevancia que influyen en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María enero - junio 2017”

♦ **Auspiciado:**

Autofinanciado por la alumna.

♦ **Nombre del investigador y su número telefónico :**

Brigitte Guiliana Guere Ruíz

**OBJETIVO**

Identificar los determinantes de relevantes que influyen en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María Enero – Junio 2017.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Si usted no desea participar en este estudio, no habrá ningún problema. Será usted quien decida libremente si desea o no participar en la encuesta.

Si usted acepta participar lo hace en forma voluntaria, luego de haber leído y entendido el contenido. En señal de ello, firmará este documento en el lugar que corresponde.

♦ **Nombre en letra imprenta:**

.....

♦ **Firma y Huella digital, (si es iletrado).....**

**Fecha:**

**ANEXOS 03:**

**TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO  
SEGÚN COEFICIENTE DE AIKEN (MODELO)**

Items	JUECES							TOTAL	V
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Acuerdo	
1	1	1	1	1	1	0	1	6	0.86
2	1	1	1	1	1	0	1	6	0.86
3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00
5	1	0	1	1	1	1	1	6	0.86
6	0	0	0	1	1	1	1	4	0.57
7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00
Total	0.86	0.71	0.86	1.00	1.00	0.71	1.00	6.14	0.88

Se considera válido a un valor de AIKEN = 0,60

### GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN

IA=	Ta	x 100	43	x100	87.7551
	Ta+Td		49		

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### “DETERMINANTES DE RELEVANCIA QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA ENERO - JUNIO 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	VALOR FINAL	METODOLOGIA
<p><b>Problema Central:</b></p> <p>¿Cuáles son los determinantes de relevancia que influyen en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital tingo María Enero-Junio 2017 .?</p> <p>DIMENSIONES. Estilos de vida Medio ambiente Biología Humana-genética Sistema sanitaria</p> <p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p>¿Cuáles son los estilos de vida que influyen en la incidencia de infecciones respiratorias en niños menores de 36 meses?</p> <p>¿Cómo el determinante medio ambiental influye en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>Identificar los determinantes más relevantes que influyen en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María Enero-Junio 2017.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>Describir los estilos de vida que condicionan las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital tingo María.</p> <p>Determinar la implicancia del medio ambiente que influye en las infecciones</p>	<p><b>Hipótesis General:</b></p> <p><b>H Alternativa:</b></p> <p>Los determinantes de la salud como factores desfavorables en niños menores de 36 meses <b>si</b> influyen en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas.</p> <p><b>H Nula:</b></p> <p>Los determinantes de la salud como factores desfavorables en niños menores de 36 meses <b>NO</b> influyen en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas.</p> <p><b>Hipótesis Específicos:</b></p> <p><b>Ha 1</b> Los niños menores de 36 meses con estilos de vida desfavorable si condicionan a las infecciones respiratorias agudas</p>	<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Determinantes relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de decisiones</li> <li>➤ Hábitos de vida</li> <li>➤ Físico</li> <li>➤ Químico</li> <li>➤ Biológico</li> <li>➤ Cultural</li> <li>➤ herencia genética</li> <li>➤ maduración</li> <li>➤ sistemas internos complejos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OPORTUNOS</li> <li>- INOPORTUNOS</li> <li>- APROPIADOS</li> <li>- INAPROPIADOS</li> <li>- CONTAMINACIÓN</li> <li>- DESCONTAMINACIÓN</li> <li>- TOXICOS</li> <li>- NO TOXICOS</li> <li>- SALUD</li> <li>- ENFERMEDAD</li> <li>- PATRON ADECUADO</li> <li>- PATRON INADEC.</li> <li>- INFLUYENTE</li> <li>- NO INFLUYENTE</li> <li>- PROGRESIVA</li> <li>- NO PROGRESIVA</li> <li>- DEFENSA ACTIVA</li> <li>- DEFENSA PASIVA</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación:</b> cuantitativo</p> <p><b>Diseño de Investigación:</b> Observacional - descriptivo</p> <p><b>Población</b> 990 NIÑOS <b>Muestra:</b> 277 niños</p> <p><b>Técnicas e Instrumento de Investigación:</b> se utilizará la observación como técnica y el cuestionario.</p> <p><b>Validez y confiabilidad:</b> Se utilizaron juicio de expertos Alfa de cronbach</p>

<p>menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María Enero-Junio 2017?</p> <p>¿Cuál es la implicancia de la biología humana que incide de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses?</p> <p>¿Cuál es el comportamiento del sistema sanitario para que influya en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María Enero – Junio 2017?</p>	<p>respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María.</p> <p>Identificar la influencia la biología humana en la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María.</p> <p>Determinar el comportamiento del sistema sanitario que influye en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 36 meses atendidos en el Hospital Tingo María.</p>	<p><b>Ha 2</b> Los niños menores de 36 meses expuestos a un medio ambiente contaminado si condicionan a las infecciones respiratorias agudas</p> <p><b>Ha 3</b> Los niños menores de 36 meses con patrones genéticos y biológicos como antecedente si condicionan a las infecciones respiratorias agudas</p> <p><b>Ha 4</b> Los niños menores de 36 meses que acuden a un sistema sanitario y la atención es inapropiada si condicionan a las incidencias de infecciones respiratorias agudas</p>	<p>➤ prevención</p> <p>➤ curación</p> <p>➤ restauración</p> <p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Infecciones respiratorias Agudas</p>	<p>No específico</p> <p>Específico</p> <p>Efectiva</p> <p>Inefectiva</p> <p>Completa</p> <p>Incompleta</p> <p>IRAS Altas</p> <p>IRAS Bajas</p>	<p><b>Procesamiento de datos:</b></p> <p>Estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones presentadas en tablas y gráficos</p> <p><b>Análisis de datos:</b></p> <p>Se utilizará los datos cuantitativos de la para la interpretación.</p> <p>Análisis descriptivo e inferencial</p>
---	--	---	--	--	---