



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADEMICO

FACTORES QUE PREDISPONEN EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED - JULIACA 2019

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

YOLANDA GENARA TINTAYA PAREDES

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA**

PUNO - PERÚ

2021



DEDICATORIA

A Dios con todo mi corazón le doy gracias por iluminarme para la culminación del presente trabajo.

A mi esposo René e hijo Gian Marco quienes me dieron el apoyo y paciencia en la realización de la monografía.

A mi padre Julio (Q.E.P.D.) por su bendición y apoyo incondicional



AGRADECIMIENTOS

Mi reconocimiento y agradecimiento a mi asesora de Monografía Dra. Angela Esteves Villanueva por todo su valioso asesoramiento en todo el trayecto del desarrollo del trabajo de Monografía.

Mi gratitud a los miembros del jurado por sus correctas observaciones y aportes que sirvieron para mejorar la calidad del trabajo.



ÍNDICE

ÍNDICE	4
RESUMEN	9
I. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. JUSTIFICACIÓN	11
1.3. OBJETIVOS	12
1.3.1. OBJETIVO GENERAL:	12
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	12
II. REVISIÓN TEÓRICA.....	14
2.1. Aspectos Generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas	14
2.2. Clasificación de las infecciones respiratorias agudas	14
2.3. Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas	15
2.4. Signos y síntomas de las IRAS	15
2.5. Complicaciones de las infecciones respiratorias agudas.....	18
2.6. Factores de riesgo que predisponen a las IRAS en niños menores de 5 años.....	18
2.6.1. Factores de riesgo	18
2.6.2. Factores de riesgo asociados a las IRAS	19
2.6.3. Factores del huésped:	19
2.6.4. Falsas contraindicaciones	22
2.6.5. Contraindicaciones	23
2.7. Vacuna BCG (Bacillus Calmette-Guérin).....	23
2.8. Factores ambientales	24
III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	28
3.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS.....	28



3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	28
3.3. Metodología	33
IV.ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	36
V.CONCLUSIONES	47
VI.RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	54

Área: Ciencias Médicas y de Salud: Ciencias de la Salud

Tema: Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas

Fecha de Sustentación: 24/02/2021



INDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1

Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 según edad en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019 36

CUADRO N° 2

Presencia de bajo peso al nacer en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019..... 38

CUADRO N° 3

Lactancia materna exclusiva en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019..... 40

CUADRO N° 4

Cumplimiento de vacunas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019..... 42

CUADRO N° 5

Hacinamiento en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019..... 44

CUADRO N° 6

Material predominante de los pisos de las viviendas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019.. 45

CUADRO N° 7

Tipo de combustible en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019..... 46



INDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1

Edad en la que presento infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019 56

FIGURA N° 2

Bajo peso al nacer en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019..... 56

FIGURA N° 3

Lactancia materna exclusiva en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019..... 57

FIGURA N° 4

Esquema de vacunación completo en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019..... 57

FIGURA N° 5

Material predominante de los pisos de las viviendas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019.. 58

FIGURA N° 6

Tipo de combustible que utiliza en la cocina en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud guadalupe, microred –juliaca 2019 58



TÍTULO:

**FACTORES QUE PREDISPONEN EN LAS INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE,
MICRORED – JULIACA 2019**



RESUMEN

La presente monografía titulada Factores que predisponen las Infecciones Respiratorias Agudas en Niños menores de 5 años en el Centro de Salud Guadalupe, MICRORED – Juliaca 2019. Investigación descriptiva simple, transversal, la población y muestra estuvo conformada por 186 madres de niños menores de 5 años que presentaron Infecciones Respiratorias Aguda (IRAS) durante los meses de abril a junio, la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario, para el análisis se aplicó la estadística descriptiva porcentual. Se realizó una búsqueda de investigaciones con las palabras clave de factores de riesgo, IRAS, niños. Llegándose a la conclusión: Los factores del huésped que predisponen a las infecciones respiratorias agudas según edad ocupan los niños de 1 a 5 años con 53%, seguido de 1 mes a 11 meses en el 44%, con vacuna incompleta en 70%. Según peso al nacer, el 13% tienen bajo peso al nacer y el 8% no recibe lactancia materna exclusiva. Los factores ambientales que predisponen son el hacinamiento en el 95% donde hay presencia de más de 3 personas por habitación, según material predominante de los pisos de las viviendas, el 81% tienen piso de cemento, finalmente según tipo de combustible el 8% utiliza fogón para cocinar.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, Infecciones Respiratorias Agudas, niños



I. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que la neumonía causa el 15% de las muertes en la primera infancia con una cifra de 920.136 infantes. Se presentan por diversos factores de riesgo sociales, ambientales e individuales, algunos de los cuales son susceptibles de intervención¹

La infección respiratoria aguda (IRA) constituye un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina, representando un problema de salud pública².

En el Perú, entre la Semana Epidemiológica (SE) 01 hasta la 23-2019, fueron reportados al sistema de vigilancia 1 014 316 episodios de infecciones respiratorias agudas, que equivale a una incidencia de 3600,5 episodios por cada 100 mil menores de 5 años ³.

En la región de Puno, la infección respiratoria aguda (IRA) es la primera causa de morbilidad en los niños menores de cinco años; esta enfermedad es más prevalente en la infancia⁴. Así mismo, el índice de episodios es de 13394 casos³. Esta situación, es un problema debido a que la salud de los niños es esencial para asegurar el futuro del desarrollo cultural, económico y social de una región y del país, por lo que es necesario velar por ella⁵. También gran parte de los episodios de las IRAS no son vistos en los servicios de salud, sino que son atendidos en un primer momento en los hogares, por las madres y otras personas responsables del cuidado de los niños; que proceden de diferentes partes del país, y en consecuencia adoptan prácticas tradicionales y caseras propias de su conocimiento ordinario en el manejo de las infecciones respiratorias agudas⁶.



Son diversos los factores de riesgo que hacen susceptible a un niño de sufrir de IRAS. Entre los más importantes constituyen: riesgos ambientales, riesgos demográficos, riesgos socioeconómicos, factores nutricionales y factores individuales⁷.

El centro de salud Guadalupe, MICRORED –Juliaca, los casos que se reportaron de Infecciones Respiratorias Agudas en el 2018 en menores de 12 años, fue 1781 casos, de ello 83.94% se presentó en menores de 5 años. Según casos de infección en IRAS no complicadas fue el 50.50%, Faringo amigdalitis 49%, y otitis media aguda con el 0.40%⁸. El establecimiento de salud es una institución de salud del Ministerio de Salud con gran demanda de atención en IRAS, en vista de que esta patología ocupa el primer lugar de morbilidad viene influida por múltiples factores, desconociendo la frecuencia de sus factores en nuestra realidad, es que se decide realizar la presente monografía con la finalidad de que nos pueda otorgar resultados que ayuden a identificar aquellos factores que predisponen en menores de 5 años, para dar una atención oportuna y de prevención.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas, constituyen un problema de salud pública en nuestro país, siendo la población más vulnerable, los menores de cinco años. De ahí que la enfermera que labora en el primer nivel de atención debe sensibilizar y concientizar a la población usuaria y en especial a las madres de los niños menores de cinco años, sobre las prácticas responsables y saludables, a través del desarrollo de actividades preventivo-promocionales, teniendo en cuenta la diversidad cultural de la población, así como los factores que predisponen las IRAS en el lugar de estudio a fin de disminuir el riesgo a complicaciones.



Esta monografía nos permitirá establecer conocimientos importantes concernientes a los factores que predisponen en las Infecciones Respiratorias Agudas, al mismo tiempo aporta evidencias que fundamentarán con bases teóricas las condiciones que hacen susceptible a un niño de padecer una invasión por gérmenes al sistema respiratorio.

En cuanto al aporte al profesional de enfermería responsable de control de IRA en menores de 5 años permitirá la identificación de factores de riesgo oportuno para la prevención de IRA.

Así mismo, esta patología acarrea consecuencias de diversos tipos, ya que representa un alto costo económico, gran impacto emocional y secuelas importantes, siendo la última la principal razón de preocupación tanto para el profesional de enfermería, el equipo de salud y las familias.

Finalmente presentando los resultados servirá como punto de partida para futuras investigaciones.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que predisponen las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud Guadalupe, MICRORED –Juliaca 2019

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar factores del huésped que predisponen las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años según: edad, bajo peso al nacer, lactancia materna exclusiva, cumplimiento de vacunas.



- Identificar factores ambientales que predisponen las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años según: Hacinamiento, material predominante de los pisos de la vivienda, tipo de combustible que utiliza en la cocina.

II. REVISIÓN TEÓRICA

A continuación, se presenta la base teórica el cual ha permitido dar sustento a los hallazgos. Así tenemos:

2.1. Aspectos Generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), se denomina a toda infección que compromete una o más partes del aparato respiratorio, durante un lapso menor a 15 días.

Las IRAS agrupan a un variado conjunto de enfermedades cuyo factor común esta dado porque afecta al aparato respiratorio. Dentro de esta clasificación tenemos distintas entidades clínicas tales como resfrío común, influenza, otitis media, faringitis, traqueitis, laringitis, epiglotitis, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, etc.; de diferente etiología y gravedad, los que representan una preocupación en la infancia, debido a su incidencia y gravedad⁹.

2.2. Clasificación de las infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas se clasifican en:

- a) **Altas:** por encima de la epiglotis (faringe, nariz, oídos y senos)
- No complicadas: rinofaringitis aguda (catarro común), faringoamigdalitis.
 - Complicadas: sinusitis aguda (niños hasta los 3 años no presentan cuadro ya que los senos todavía no están neumatizados), otitis media aguda, abscesos (amigdalinos y retro faríngeos), adenitis e infecciones respiratorias agudas bajas.
- b) **Bajas:** por debajo de la epiglotis (laringe, parénquima pulmonar, bronquios): laringitis, bronquitis, bronquiolitis y neumonía⁵.



2.3. Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituye uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años, ya que representa una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. No obstante, en los 37 países de la Región de las Américas coinciden en que la causa principal de consulta externa pediátrica está representada por las IRA. En algunos estudios se ha comprobado que entre 40 y 60% de las consultas son por IRA. Es común que los niños tengan entre cuatro a seis consultas por año, con variaciones estacionales, lo cual implica una demanda de atención médica muy alta¹.

A nivel nacional, en el primer semestre 2019, el 14,2% de los menores de tres años de edad tuvieron Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; porcentaje que disminuyó respecto a la estimación del año 2018 (15,3%). Según área de residencia, en el área rural fue 15,6% y en la urbana 13,6%. A consecuencia de esto el MINSA ha desarrollado normas para su prevención y tratamiento, tomando en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud¹⁰.

2.4. Signos y síntomas de las IRAS

Los signos y síntomas de las IRAS son: tos con o sin expectoración, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, respiración ruidosa, complicación de la faringe, problema respiratorio. Los cuales consiguen estar o no escoltado de temperatura y que en ocasiones se complican con neumonía⁵.

Del mismo modo, los signos y síntomas varían y dependen de la edad, la severidad de la enfermedad y los organismos responsables de la misma. También, los síntomas pueden ser inespecíficos (fiebre escalofríos, cefalea, malestar general y síntomas gastrointestinales), pero con mayor frecuencia se manifiesta con signos



de afectación al sistema respiratorio (tos, taquipnea, dolor torácico) que de acuerdo a la severidad de la infección puede presentarse con datos clínicos de insuficiencia respiratoria (uso de músculos accesorios de la respiración, cianosis, quejido respiratorio, deterioro neurológico ¹¹.

Signos de neumonía: respiración rápida

La neumonía reduce la elasticidad de los pulmones, haciéndose más rígidos, y de la cantidad de oxígeno absorbido por la sangre procedente de éstos. El resultado neto es la estimulación del centro de control de la respiración en el cerebro para aumentar la frecuencia respiratoria produciéndose la respiración rápida y hacer que los pulmones trabajen más intensamente lo que produce tiraje a fin de hacer entrar oxígeno suficiente a los pulmones para evitar que los tejidos corporales queden privados de éste.

Signos de neumonía grave: tiraje, signos de peligro

Una pequeña proporción de niños están muy enfermos cuando los presentan para recibir tratamiento, o no responden al tratamiento con antibióticos. Estos niños tienen que ser internados en el hospital para aplicarles una terapia más intensiva. Por consiguiente, es importante no sólo reconocer que el niño tiene neumonía sino también evaluar su gravedad. La enfermedad grave se caracteriza por alteraciones físicas en los sistemas respiratorio, cardíaco y circulatorio. Los signos clínicos asociados con estos cambios son el tiraje, alteraciones en la esfera mental, (tales como estado de coma, confusión o crisis convulsiva), incapacidad de beber, cianosis e hipotermia¹².



2.5. Clasificación de la gravedad de la IRA

Las IRAS, se clasifican según aspectos causales, anatómicos, clínicos (según gravedad, complicaciones, tipicidad y topografía), por ejemplo, de acuerdo a la gravedad de los episodios de IRA se clasifica en leve, moderada o grave, a continuación, se describe cada uno de ellos.

- a) Infección respiratoria aguda leve (se trata solo con medidas paliativas y sin antibióticos: los síntomas característicos son: obstrucción nasal, catarro, tos sin expectoración, ronquera, dolor de garganta o enrojecimiento, dolor de oído pasajero, frecuencia respiratoria menor de 50 por minuto.
- b) Infección respiratoria aguda moderada se recomienda antibioticoterapia en el hogar: una infección respiratoria leve puede empeorarse y pasa a moderada; en este caso el enfermo presenta los siguientes síntomas: con secreción purulenta de la garganta, dolor constante de oído, salida de secreción por los oídos, tos con expectoración purulenta, respiración rápida 50 a 70 por minuto sin tiraje, secreción nasal verde o amarillenta, faringe con secreción purulenta.
- c) Infección respiratoria aguda grave la patología del sistema respiratorio que es de grado moderado, suele en ocasiones convertirse en una patología de grado grave, donde el paciente suele tener manifestaciones mayores como ser una tos acompañado de aleteo nasal, dificultad respiratoria, una piel cianótica , con una frecuencia de la respiración hasta de 70 respiraciones por minuto, además de presentar quejidos, estridor, agitación, imposibilidad para beber o comer, desfallecimiento e aturdimiento . Este tipo de IRA, requiere un manejo hospitalario¹³.



2.5. Complicaciones de las infecciones respiratorias agudas

La Organización Mundial de la Salud publicó un conjunto revisado de normas para ayudar a los agentes de salud en el tratamiento de infecciones respiratorias, empleando la observación de signos clínicos y haciendo preguntas sobre la salud del niño. Si un niño se presenta con tos o dificultad respiratoria, el personal de salud debe medir la frecuencia respiratoria y ver si tiene tiraje, así como preguntar por la salud general del niño, si puede beber y si tiene fiebre, y buscar otros signos clínicos.

Estas normas de tratamiento están basadas en estudios de investigación realizados en una gran variedad de países, que revelan que la evaluación empleando técnicas y signos sencillos puede ser tan exacta como el diagnóstico radiológico. Se han demostrado que la presencia de respiración rápida, y de tiraje en particular, guarda una relación muy estrecha y específica con la neumonía.

2.6. Factores de riesgo que predisponen a las IRAS en niños menores de 5 años.

2.6.1. Factores de riesgo

Un riesgo es la probabilidad, alta o baja, de que alguien resulte enfermo como consecuencia de factores de riesgo no controlados, junto con la indicación sobre la gravedad del daño que podría originar¹⁴.

Para la OMS, el riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión en el lugar donde labora². Los factores de riesgos es la probabilidad de alcanzar un daño a la salud como consecuencia de una exposición a determinado agente, en unas determinadas condiciones.



2.6.2. Factores de riesgo asociados a las IRAS

Los factores de riesgo de las IRAS, se dividen en factores del huésped y del medio ambiente, los cuales se detallan a continuación.

2.6.3. Factores del huésped:

a) Edad

La edad constituye un factor de riesgo, no solo por el sistema inmune que aún está en formación, sino también por aparato respiratorio que aún se encuentra inmaduro. Es así que las bacterias destruyen los cilios que son los encargados de la limpieza dentro de los pulmones creando un desbalance a favor de las bacterias, propiciando una mayor susceptibilidad. Los virus son la principal fuente etiológica en menores de 2 años, representando cerca del 80% de los casos; en el resto de los grupos etarios el porcentaje debido a infección viral es menor¹¹. Alrededor de los seis meses de edad la inmunidad transmitida por la madre se reduce dramáticamente y los lactantes se hacen más susceptibles a las infecciones del tracto respiratorio superior¹². Los niños menores de 5 años y, dentro de éstos, los lactantes resultan más vulnerables a padecer de IRAS que el resto de la población pediátrica.

b) Bajo peso al nacer

Se define por bajo peso al nacer menor a los 2.500 gr y prematuridad nacimiento antes de las 37 semanas, los dos tienen in grado de inmadurez. La prematuridad por que el niño no recibe las inmunoglobulinas transparentaría en el tercer trimestre de la gestación creando una inmunidad pasiva, y los de bajo peso al nacer por una disminución en todas las células involucradas en el sistema de defensa.



Los recién nacidos de bajo peso tienen con frecuencia graves problemas para la adaptación a la vida extrauterina. La causa que con más frecuencia produce la muerte y las secuelas neurológicas es la hipoxia al nacer, pues estos niños son altos consumidores de oxígeno, la asfixia al nacer (puntaje Apgar bajo a los 5 minutos) es 11 veces mayor¹².

Aproximadamente el 16% de los niños nacidos en el mundo tienen bajo peso al nacer. Esto representa 20 millones de niños cada año, de los cuales el 90% nace en países en desarrollo. Según los estudios que la OMS ha realizado a nivel mundial un bebé que nace con menos de 2.5 kilos tiene veinte veces más probabilidad de morir. Este bajo peso condiciona una reducida inmunocompetencia y función pulmonar restringida. Los lactantes pre-término se encuentran en mayor riesgo de muerte que los niños pequeños para edad gestacional; los infantes severamente prematuros raramente sobreviven.

c) Lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud recomienda sólo lactancia materna durante los primeros seis meses de vida. La leche materna es ideal para los recién nacidos y lactantes, pues les aporta todos los nutrientes y anticuerpos que necesitan para un desarrollo sano, no sólo físico, protege al bebé de neumonía y diarreas entre otros males, sino también emocional por el vínculo que establecen madre e hijo con ella².

Otro de los factores de riesgo o predisponentes que pueden favorecer la presencia de la infección respiratoria al estar alterados algunos de estos mecanismos de defensa contra las infecciones es la lactancia materna. Es importante para el lactante y sobre todo en el recién nacido, debido a que se



presenta el riesgo mayor, y el bajo peso al nacer que favorece una mayor severidad en la infección y una elevada mortalidad¹⁵.

Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección que la misma aporta contra las IRA. Igualmente, los niños con enfermedades asociadas, presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las infecciones. Entre la ventaja que se encuentran de brindar lactancia materna están: favorece el vínculo afectivo y el desarrollo del infante, ayuda a retrasar un nuevo embarazo, protege la salud de la madre, tiene costo económico menor que la alimentación artificial, elimina el meconio, ayuda a prevenir la ictericia, ayuda a madurar el intestino del infante debido al factor bífido y previene de enfermedades. 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 por bacterias patógenas y protegen al niño pasivamente contra múltiples agentes infecciosos: virus sincitial respiratorio y virus de la influenza, estreptococo B, neumococo, Haemophilus influenzae y otros¹⁶.

d) Esquema nacional de vacunación

Es la representación secuencial cronológica, ordenado de la aplicación de las vacunas aprobadas por el Ministerio de Salud a nivel nacional para facilitar las intervenciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones y así contribuir a mejorar la calidad de la salud de la población infantil mediante el control de enfermedades inmunoprevenibles. Estas vacunas administradas para su acreditación deberán estar registradas en el carnet de vacunación que todo niño; el cual es único e intransferible.



El esquema de vacunación recomendado por la OMS para la serie primaria de vacunación en niños y niñas menores de un año es el resultado de un balance entre epidemiología y aspectos de orden práctico. Aunque las edades aproximadas y los intervalos entre dosis en los esquemas nacionales no deben variar de los recomendados por la OMS, no hay un solo esquema adecuado para todos los países. Hay que conocer la epidemiología local y las políticas nacionales para adaptar el esquema de vacunación a las necesidades particulares de cada país. En dicho proceso, los expertos nacionales siempre deben tener presente la importancia de limitar el número de contactos y de brindar cobertura a todos los niños tan pronto sus sistemas inmunológicos sean capaces de responder a la vacuna².

Las vacunas BCG, Pentavalente, Neumocócica, DPT, Influenza administradas durante el primer año de vida según las normas establecidas, las coberturas útiles de protección, tienden a aumentar la resistencia del niño a desarrollar episodios mucho más severos de IRA¹⁷.

2.6.4. Falsas contraindicaciones

A pesar de que las verdaderas contraindicaciones son raras, muchas veces se dan “falsas contraindicaciones”, lo cual ocurre por desconocimiento del personal de salud o creencias de la población. Las falsas contraindicaciones más frecuentes son: Infecciones de vías aéreas superiores con fiebre leve, diarreas. Alergias, asma u otras manifestaciones atópicas, nacimiento prematuro, desnutrición, lactancia materna, historia familiar de convulsiones, tratamiento con antibióticos, corticoides a dosis bajas o de acción local, enfermedades crónicas, enfermedades neurológicas no evolutivas (parálisis cerebral, síndrome de Down, etc.), historia de ictericia al nacimiento¹⁸.



2.6.5. Contraindicaciones

Enfermedades Graves, reacciones post vacunales graves, tales como con DPT y otras vacunas bacterianas, shock, colapso, temperatura mayor o igual a 40.5°C, episodio de hipotonía, convulsiones u otros síntomas neurológicos, trastornos cerebrales y enfermedades neurogénicas progresivas o recurrentes, especialmente con antipertussis, mal convulsivo, vacunas a virus atenuados en embarazadas.

2.7. Vacuna BCG (Bacillus Calmette-Guérin)

Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette-Guérin y protege contra las formas graves de tuberculosis, se administra en una dosis de 0.1 cc al recién nacido de 0 a 28 días. Teniendo en consideración el peso de 2,000 gr. Prioritariamente dentro de las primeras 12 horas de nacido o durante el primer año de vida si no recibió la vacuna. De 1 a 5 años previo descarte de infección por tuberculosis.

- **Vacuna pentavalente**

Vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetella pertussis, polisacárido conjugado de Haemophilus Influenzae tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía intramuscular en la cara antero lateral externo del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1".

- **Vacuna contra neumococo**

Vacuna Antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años,



previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media.

- **Vacuna contra influenza**

La vacuna contra influenza estacional es una vacuna trivalente de virus inactivado, incluye dos cepas de influenza A y una cepa de influenza B (actualmente incluye AH1N1 y AH3N2). La protección se obtiene generalmente en dos a tres semanas luego de administrada la vacuna. La duración de la inmunidad después de la vacunación es de un año, de acuerdo a la correspondencia existente entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna. Dos dosis de 0.25 cc con intervalo de un mes por vía intramuscular en el tercio medio de la cara antero lateral externa de muslo con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1¹⁸.

Cumplimiento de vacunas: Se divide en:

Completas: Es cuando la niña o niño de acuerdo a su edad ha recibido las vacunas, según el esquema nacional de vacunación vigente, a través del proceso de inmunización¹⁹.

Incompletas: Es cuando la niña o niño de acuerdo a su edad no ha recibido las vacunas, según el esquema nacional de vacunación vigente, a través del proceso de inmunización.

2.8. Factores ambientales

Teniendo en cuenta los antecedentes a nivel internacional, los efectos negativos de los factores de riesgo ambientales sobre las IRA de niños menores de cinco años constituyen: si viven con personas con enfermedad crónica del sistema respiratorio, condiciones de hacinamiento, la ventilación inadecuada, el tipo de



combustible utilizado en la cocina y la condición geográfica. Las condiciones de vivienda determinarían el riesgo de IRA y el área donde vive, sea área rural o urbana. Los niños menores de cinco años que viven en las áreas urbanas frecuentemente, está asociada a un mayor nivel de desarrollo socioeconómico, educativo, cultural y grupos asalariados de la población; mientras en el área rural se presenta un menor desarrollo de las misma; por lo tanto, en el área rural hay mayor probabilidad de que se presente las IRA que en el área urbana. Dentro de los principales factores de riesgo ambientales constituyen el hacinamiento, exposición al humo, acceso a servicios básicos de agua y desagüe y material utilizado en el piso de la vivienda.

a) Hacinamiento

Es la relación entre el espacio y el número de personas que lo habitan por cuarto o cuando la misma supera determinados niveles:

A los fines de este trabajo definimos como hacinamiento la presencia de más de tres personas por cuarto.

El hacinamiento es un factor de riesgo importante, ya que los adultos tienen en su sistema respiratorio una serie de microorganismos que se mantienen en su vía de manera asintomática, pudiendo transmitir a los niños que se encuentran vulnerables por que el sistema inmune aún está en formación y no tienen los adecuados sistemas de defensa si es que no se toman las medidas higiénicas adecuadas.

El mayor contacto interhumano contribuye a la transmisión de infecciones mediante gotas de secreciones. La presencia de 3 o más niños menores de 5 años en la vivienda o la concurrencia a guarderías se asocia a un incremento de 2,5 veces en la mortalidad por neumonía.



Además, para evitar el contagio de una persona enferma por enfermedades respiratorias, de la piel y otras, ésta debe dormir en espacios separados para no contagiar a los demás miembros de la familia.

El hacinamiento también tiene un efecto directo sobre la frecuencia de las IRAs, es decir, a mayor número de personas por dormitorio, mayor número de infecciones se debe a la mayor posibilidad de contagio mediante las secreciones expulsadas al hablar, al respirar o toser del enfermo, cerca de otras personas todavía no infectadas. Los niños que duermen en una habitación donde existe más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir las IRAs, pues los adultos pueden tener, en las vías respiratorias, 25 microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos²⁰

b) Piso de la vivienda.

Factor de riesgo considerado ya que al no tener el cuidado óptimo del piso podrían generar alergias en el futuro.

La vivienda saludable es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables de sus moradores, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud.

Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Un suelo húmedo o de tierra es el sitio ideal para que vivan muchos parásitos e insectos que pueden poner en peligro la salud.

c) Uso de combustible para cocinar

Los niños y niñas en hogares de áreas rurales menores de dos años están expuestos a la cocina con el uso de leña o bosta, pueden producir monóxido de



carbono (CO); asimismo, el gas para cocinar, que se usa ampliamente en áreas urbanas, es una fuente de dióxido de carbono ante una fuga de gas. La contaminación producida por el uso de combustible está asociada a infecciones respiratorias agudas, debido a que comprometen su función respiratoria y así generan los signos de IRA

Otro contaminante del hogar es el combustible utilizado para cocinar, los que también generan partículas, gases tóxicos y otros compuestos, son particularmente nocivos los gases que se liberan de la combustión de madera o materia orgánica, así como del keroseno y petróleo, sobre todo cuando no hay una adecuada ventilación en la cocina, o los alimentos se elaboran en la misma habitación donde se duerme y realizan otras actividades.

La contaminación exterior dada por los gases liberados de las industrias o la combustión de los vehículos automotores es menos importante, pero debe tenerse en cuenta sobre todo en las grandes urbes²¹.



III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS

Se realizó una búsqueda de investigaciones con las siguientes palabras clave, Infecciones respiratorias agudas, niños, factores de riesgo.

Diversos estudios se realizaron acerca de factores que predisponen en las IRAs en cuanto a sus características y factores asociados, encontrándose publicaciones a nivel local, nacional e internacional los cuales nos muestran datos estadísticos importantes sobre este tema.

3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

a) Antecedentes Internacionales.

En un artículo titulado factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Se realizó un estudio analítico, retrospectivo de casos y controles, para conocer algunos factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años del reparto La Yaba, pertenecientes al policlínico Este de Camagüey. El universo fueron 90 niños que padecieron infecciones respiratorias agudas durante este período. La fuente de obtención de datos fue la historia clínica familiar e individual. El registro primario fue la encuesta con las variables: lactancia materna, desnutrición, enfermedades asociadas, fumador pasivo, hacinamiento. Se concluyó que la lactancia materna inadecuada, la desnutrición, la enfermedad parasitaria, el fumador pasivo y el hacinamiento se comportaron como factores de riesgo²⁴.

Otro artículo titulado Factores de riesgo de infección respiratoria aguda. Se realizó un estudio descriptivo, corte transversal, para identificar factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas en menores de un año, en la



policlínica Ramón Heredia Umpierre, del municipio Yara, provincia Granma, en el periodo Enero - agosto 2018. El universo estuvo constituido por 86 infantes menores de un año con infección respiratoria aguda. Se confeccionó una planilla que recogió factores de riesgo, que constituyeron las variables: edad, sexo, lactancia mixta y artificial, bajo peso al nacer, hacinamiento, inmunización incompleta, padres fumadores, posesión de animales domésticos y enfermedades asociadas. Los factores de riesgo más significativo fueron: lactancia mixta y artificial (68,6 %), posesión de animales domésticos (60,4%) y el hábito de fumar de los padres (44,1 %). La modificación de factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas puede disminuir la incidencia de la enfermedad²⁵.

El artículo titulado Infecciones respiratorias graves en pacientes pediátricos, con el objetivo de caracterizar infecciones respiratorias agudas en pacientes ingresados en cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Provincial Docente “Pepe Portilla”. Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo y de corte transversal. La muestra quedó conformada por todos los pacientes que ingresaron con alguna infección respiratoria aguda en el período estudiado (n=261), seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico. Para el procesamiento de la información obtenida se emplearon las técnicas de estadística descriptiva. Resultados: predominaron los pacientes del sexo masculino y menores de cinco años (43,3 %). La bronconeumonía (48,5 %) en menores de cinco años y la neumonía (39,2 %) en niños de seis a 10 años, fueron las formas clínicas más frecuentes. El abandono de la lactancia materna, la corta edad, el tabaquismo pasivo y la convivencia con animales, constituyeron los factores de riesgo de mayor incidencia. El derrame pleural paraneumónico fue la complicación intratorácica más representada (51,8 %). Conclusiones: los infantes



masculinos y menores de cinco años son propensos a infecciones respiratorias graves, donde la neumonía resulta la forma clínica de mayor incidencia. Estas son un problema de salud en la provincia, que genera a su vez, altos costos hospitalarios²⁶.

El artículo titulado infecciones respiratorias agudas bajas graves en niños menores de 6 meses hospitalizados. análisis de factores de riesgo de gravedad. con el objetivo de describir características clínicas y socio ambientales de niños < de 6 meses hospitalizados por infección respiratoria aguda baja (IRAB) y factores de riesgo de gravedad. Metodología: estudio observacional, transversal. se excluyeron niños con infección respiratoria intrahospitalaria y comorbilidades. variables: edad, sexo, puntuación de tal, educación materna, hacinamiento, tabaquismo, prematurez, número de consultas previas al ingreso, demora en la consulta, diagnóstico etiológico al ingreso. procesamiento datos: software spss. resultados: 396 niños, 167 casos, 229 controles. mediana edad (días) casos: 77, controles: 76. Explorando modelos de regresión logística binaria para explicar la presencia de IRAB grave resultaron predictores estadísticamente significativos: número de consultas previas ($p=0.035$) y diagnóstico etiológico al ingreso ($p=0.003$). el modelo no fue satisfactorio, solo logró explicar 4,6% de la variabilidad total. Se observó que 56 niños eran menores de 1 mes (28,6% casos y 71,4% controles); 166 tenían entre 1 y 2 meses 29 días (45.2 % casos y 54.8% controles) y 174 entre 3 y 6 meses (43,7% casos y 56.3% controles). Conclusiones: futuros estudios, con muestras más representativas, son necesarios para profundizar en el conocimiento de los factores predictores de gravedad²⁷.

Romero Bernal, en México, realizó un estudio titulado “Creencias sobre Infecciones Respiratorias en niños menores de cinco años”. El objetivo fue



conocer como las madres de dos comunidades indígenas de dos comunidades indígenas de diferentes regiones del estado de Oaxaca, perciben e identifican a la IRA, y a qué prácticas médicas recurren. El estudio fue de tipo etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca-México. La muestra estuvo conformada por madres de dos comunidades diferentes de Oaxaca cuyos niños sean menores de cinco años y que tengan algún antecedente o presenten algún cuadro de infección respiratoria aguda en el último año. La técnica fue la entrevista a profundidad y el instrumento un formulario con preguntas norteadoras. Las consideraciones finales fueron entre otras: “El desconocimiento de las percepciones maternas del proceso de salud -enfermedad, atención de la IRA, puede hacer que las actividades de capacitación, prevención y control, planteados bajo el módulo biomédico, les resultan ajenos, contribuyendo a mantener la morbimortalidad en sus comunidades así mismo algunas prácticas importantes de cuidados en el hogar tales como continuar alimentando al niño, mantenerlo abrigado y limpiar la nariz si la congestión interfiere con la alimentación, se encontraron ya como prácticas comunes en las comunidades estudiadas, pero sin embargo son aplicables en un número reducido de madres²⁸.

En un estudio sobre los factores demográficos sociales y la prevalencia de IRA en menores de cinco niños que viven en la zona urbana y rural del distrito de Meerut. El estudio fue de tipo de diseño transversal con una muestra de 450 niños que viven en la zona urbana y rural del distrito de Meerut. El 52% de niños menores de cinco años son afectados en promedio el número promedio de episodios fue de 2.25 por niño por año; las IRA se representa con mayor frecuencia en niños con nivel socioeconómico bajo (35,89%), madre analfabeta (49.14%), las condiciones de hacinamiento (70,94%), la ventilación inadecuada



(74,35%), y el tipo de combustible usado en la cocina (56,83%), la desnutrición (26,49%) y tabaquismo de los padres (78,20%) (13). En el trabajo realizado en la India, nuevamente pone lo relevantes que es analizar los factores de riesgo ambientales en relación a las IRA²⁹.

En otro estudio de investigación titulada, Factores de riesgo de la neumonía en el niño del Hospital Aballi- Cuba de enero a junio del año 2010, concluyó que la lactancia materna inadecuada presentó un OR =3.12, demostrando así el efecto protector de la LME; y que el factor niños menores de 5 años presentó un OR=1.79, validando que son el grupo etario más susceptible; el factor sexo masculino presentó un OR=1.05³⁰.

b) Antecedentes nacionales.

Una investigación titulada Factores de Riesgo para Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 1 año. Con el objetivo de evaluar la asociación entre algunos factores del huésped y las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 año atendidos. Las consideraciones finales fueron entre otras: En relación al factor de riesgo “lactancia materna no exclusiva”, se encontró que los niños que se amamantan con lactancia materna no exclusiva, incluyendo lactancia materna mixta y sólo formula presentan 4 veces más posibilidades de presentar infecciones respiratorias agudas que los que recibieron lactancia materna exclusiva (OR=4,813 , P= 0,00), resultados similares a los encontrados por Hernández Marroquín, quien menciona que la lactancia materna inadecuada de los niños expuestos fue (OR= 2.09), lo que significa que los niños con lactancia materna inadecuada tienen 2 veces más posibilidades de presentar la enfermedad que los niños con LME. Es posible corroborar así que la LME tiene un efecto protector debido a que la leche contiene células vivas (Macrófagos, neutrófilos,



linfocitos, células epiteliales), membranas y glóbulos de grasa, rodeados de membranas. Los bebés alimentados a pecho presentan también un mejor estado nutricional en los primeros meses de vida, lo que puede contribuir a la reducción en la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas³¹.

Así mismo, otro estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo individuales y ambientales asociados a los signos de IRA en la población objetivo durante el año 2013. La muestra fue de 729 niños(as); obtenido mediante muestreo probabilístico, de áreas, estratificada, bietápico y auto ponderado a nivel departamental por área de residencia urbana y rural, determinada por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y la hipótesis se contrastó con el estadístico Chi-cuadrado. El estudio es tipo de descriptivo-analítico, el diseño de investigación es transversal correlacional y la técnica utilizada fue la revisión documentaria y como instrumento las hojas de registro. Los resultados permiten concluir que las inmunizaciones incompletas, el hacinamiento, el uso de combustible en la cocina, el lugar de eliminación de excretas o desagüe y el material utilizado en el piso de la vivienda están fuertemente asociados con los signos de IRA en niños y niñas menores de cinco años, mientras los factores de riesgo lactancia materna, el bajo peso al nacer y uso del agua porque son independientes de los signos de IRA de la población bajo estudio³²

3.3. Metodología

a) Tipo de investigación

En la presente monografía se aplicó el tipo de investigación cuantitativa descriptiva, porque permitió identificar los factores que predisponen en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años.

Transversal: porque permitió obtener la información en momento determinado.



b) Población de estudio

La población y muestra estuvo conformada por 186 madres con niños que presentaron IRAS, en el establecimiento de salud Guadalupe-Juliaca de abril a junio 2019.

c) ..Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica:

Se aplicó la encuesta a las madres para obtener información de factores que predisponen en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años.

Instrumento:

El instrumento que se empleó fue elaborado por Sarnaque, M.³³ la cual se sometió a juicio de experto. Participaron cinco profesionales para la validación del instrumento, con confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.82.

a) Estructura del instrumento:

- Título
- objetivo

Datos a recolectar son:

Factores del huésped que predisponen en las IRAS según: edad, lactancia materna exclusiva bajo peso al nacer, esquema de vacunación (estos dos últimos indicadores se verificaron en el carnet de Crecimiento Desarrollo e inmunizaciones)

Factores ambientales que predisponen en las IRAS según: hacinamiento, material predominante de los pisos de las viviendas, tipo de combustible que utiliza en la cocina (anexo N° 1)



d) Procedimiento de recolección de datos

De la **coordinación** se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó autorización al jefe del Establecimiento de Salud.

De la Ejecución

- Realizados los trámites administrativos y coordinaciones pertinentes.
- Se aplicó el cuestionario de manera individual a cada madre después de la consulta en medicina aproximadamente en 15 minutos.
- Se verificó en el carnet de Crecimiento y Desarrollo para ver si el niño tiene bajo peso al nacer y revisar el esquema de vacunación.

e) Tratamiento estadístico

Los métodos para el procesamiento de los datos recolectados se realizaron en base a la estadística descriptiva porcentual.

Se inició primeramente con el conteo, codificación y calificación del instrumento según la categoría, posteriormente los datos obtenidos se procesaron, se elaboraron tablas y cuadros estadísticos, teniendo en cuenta la variable y los objetivos y finalmente la interpretación de resultados.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

CUADRO N° 1

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 SEGÚN EDAD EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORRED – JULIACA 2019

EDAD	N°	%
Menores de 29 días	05	03
1 mes – 11 meses	82	44
1 año - 5 años	99	53
Total	186	100%

Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

En el presente cuadro se observa que el porcentaje más alto de niños con IRAS fueron niños de 1 – 5 años de edad con 53%, seguido de niños de 1 mes a 11 meses con 44%.

Álvarez LA, Peralta Y.²⁶ concluye que los pacientes menores de cinco años representan el 78.2 % de la muestra estudiada confirmando que las IRA son más frecuentes en edades tempranas de la vida por inmadurez de los mecanismos inmunológicos. Por otro lado, Olivera ND et al²⁷ observó que el 43,7 % de niños de 3 a 6 meses presentaban infecciones respiratorias aguda baja (IRAB).

En niños menores de 5 años, las IRA se encuentran dentro de las diez causas más frecuentes de morbilidad, y dentro de las tres primeras que ocasionan la muerte. En países en desarrollo, las IRA son la principal causa de mortalidad en menores de 5 años³⁴.

En los primeros años de vida, hay una disminución funcional de la inmunidad celular, del sistema fagocítico, de la activación del macrófago y del sistema del complemento, además la proteína C3 se encuentra cuantitativamente disminuida. En el caso de los niños de menos edad existe mayor gravedad del episodio de infección respiratoria, ya que estos niños aún el mecanismos defensivos es insuficientes, tiene pobre respuesta al reflejo tusígeno, poco desarrollo mucociliar, los macrófagos alveolares son insuficientes, existe



hipofunción del sistema de complemento y linfocitos, hay aumento a la predisposición de las infecciones por tendencia a la fatiga diafragmática, ya que existe respiración obligatoria por vía nasal, las vías aéreas centrales son mayores que las periféricas, la caja torácica es más rígida y más débil, la elasticidad torácica está disminuida, no existe circulación colateral y hay respuesta intensa de los mecanismos receptores laríngeos – apnea ³³.

La incidencia de casos reportados de infecciones respiratorias agudas en el Centro de Salud Guadalupe, se debe a la facilidad en la diseminación de los agentes causantes (de persona a persona, a través de fómites). Según Sejas C. & Condori B ³⁵ el contagio ocurre por la inhalación de aerosoles y microgotas que contienen al agente causal y también por contacto directo de las manos con objetos contaminados con secreciones respiratorias de personas infectadas, que pueden auto inocularse en las mucosas nasal y bucal.

Los casos IRAS que más se presentaron en el establecimiento de salud Guadalupe corresponde a niños de 1 a 5 años de edad, probablemente se deba a que los niños acuden a los centros de cuidado infantil (Cuna Más) y centros educativos iniciales donde existe mayor riesgo de contagio.

CUADRO N° 2

PRESENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019

BAJO PESO AL NACER	N°	%
SI	24	13
NO	162	87
TOTAL	186	100

Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

En el presente cuadro se observa que el 87% no presentaron bajo peso al nacer y solo el 13% tienen bajo peso al nacer, en IRAS en menores de cinco años.

Los resultados muestran que a pesar de no presentar bajo peso al nacer que es la mayor proporción presentaron IRA, por lo que no es predominante para el desarrollo de esta patología, resultados similares a los encontrados por Quilca, C.³² quien concluye que esta variable es independiente de los signos de IRA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 g. Esto puede deberse a muchas causas; como problemas de salud de la madre, factores genéticos, problemas con la placenta o el uso de drogas durante el embarazo³⁶. El peso al nacer es, sin dudas, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud¹⁴.

La presencia de bajo peso al nacer en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud Guadalupe, se presentó en menor porcentaje por lo que pueden obedecer a otros factores. Según Lemus et al ³⁷ entre las consecuencias del bajo peso al nacer figuran la morbilidad fetal y neonatal, las deficiencias en el



desarrollo cognitivo y el aumento del riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida. Cuando la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino, este puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales, además de secuelas neurológicas e intelectuales. El problema del bajo peso al nacer (BPN) constituye una preocupación mundial, y es mucho más frecuente en los países subdesarrollados.

CUADRO N° 3

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019

LME	N°	%
SI	171	92
NO	15	8
TOTAL	186	100

Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

En el presente cuadro se observa que el 92% recibió lactancia materna exclusiva y un 8% no recibe LME, en Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de cinco años.

Resultados que difieren a los de Paredes, M.31 donde encontró que existe asociación entre algunos factores del huésped y las Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 año, tales como: lactancia materna inadecuada, factor determinante para el desarrollo de las infecciones respiratorias agudas ya que la leche materna cuenta con una serie de componentes que están involucrados con el sistema inmunológico. Así mismo, Prieto ME, Russ G, Reitor L 24 indica que la lactancia materna inadecuada, se comportaron como factores de riesgo. Quevedo I. et al²⁵ menciona los factores de riesgo más significativo fueron: lactancia mixta y artificial (68,6 %). También Gutiérrez P. 30 en su investigación, concluyó que la lactancia materna inadecuada ayuda a validar que son el grupo atareo más susceptible al desarrollo de Infecciones respiratorias agudas demostrando así el efecto protector de la LME.

Los resultados reflejan que los niños con LME presentaron en su mayoría infecciones respiratorias agudas, resultados semejantes a los encontrados por Quilca, C. 32 quien concluye que la LM es una variable independiente de los signos de IRA. Por lo que esto podría deberse a otros factores ya que leche materna es el alimento ideal de la especie y garantiza las necesidades del lactante, ya contiene además anticuerpos, lactoferrina,



células y productos celulares que impiden la colonización del aparato respiratorio superior por bacterias patógenas y protegen al niño de mortalidad por neumonía, comparado con aquellos niños con LME durante los primeros seis meses de vida, los niños no amamantados presentan casi quince veces más mortalidad³⁸

CUADRO N° 4

CUMPLIMIENTO DE VACUNAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019

VACUNAS	N°	%
Completas	56	30
Incompletas	130	70
TOTAL	186	100

Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

En el presente cuadro se observa que presentaron Infecciones Respiratorias Agudas el 70% de niños con vacunas incompleta, seguido de 30% de niños con vacunas completas, en niños menores de cinco años.

Estos resultados son similares a los de Quilca, C.³² donde concluye que las inmunizaciones incompletas, está fuertemente asociados con los signos de IRAS, en un porcentaje considerable.

Las vacunas son excelentes herramientas para la salud pública, han demostrado alto impacto en reducción de morbimortalidad para infecciones respiratorias, con un perfil de seguridad adecuado³⁹. La decisión de no vacunar, no solo comporta riesgos a nivel individual sino también a nivel colectivo, y esto se ha visto recientemente con el descenso de las coberturas, llegado a producir muertes por complicaciones de esta enfermedad. La eficacia y seguridad de las vacunas es incuestionable, todos los años la inmunización evita una cifra estimada de 2,5 millones de muertes entre niños menores de cinco años⁴⁰.

Las inmunizaciones son un medio ampliamente eficaz de prevenir las enfermedades infecciosas, y es uno de los logros más destacados de la salud pública y de la pediatría. La vacunación es considerada por la mayoría del personal de salud como una de las estrategias más eficaces de prevenir las enfermedades, discapacidades y mortalidad en la población infantil⁴¹.



La vacunación en menores de cinco años es una de las intervenciones más eficaces y costo-efectivas que existen para reducir la mortalidad infantil en el mundo. Sin embargo, al menos 20% de los niños que nacen cada año no reciben los beneficios de la vacunación y quedan expuestos a los riesgos de enfermar y morir antes de los cinco años de vida, por lo tanto, es importante continuar avanzando en eliminar las brechas de baja cobertura que influyen en el incumplimiento de los esquemas de vacunación en niños y niñas⁴²

En el establecimiento de Salud Guadalupe en su mayoría las vacunas en los niños son incompletos, debido a que las madres no completan las vacunas por reacciones adversas como dolor, fiebre, llanto en el niño, lo que ocasiona temor en la madre.

CUADRO N° 5**HACINAMIENTO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019**

HACINAMIENTO	N°	%
Menos de 3 personas por habitación	07	05
Mas de 3 personas por habitación	179	95
TOTAL	186	100

Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

En el presente cuadro se observa que predispone el hacinamiento en el 95% con presencia de más de 3 personas por habitación, seguido del 5% que hay menos de 3 personas por habitación, en niños con Infecciones Respiratorias Agudas.

Los resultados reflejan que el hacinamiento predispone a las IRAS, los mismos que son semejantes a los de Prieto ME, Russ G, Reitor L²⁴ quien concluye que hacinamiento se comportaron como factores de riesgo para las infecciones respiratorias agudas. Así mismo Goel et al ²⁹ indica que con mayor frecuencia presentan IRAS en condiciones de hacinamiento. La prevalencia de bacterias productoras de neumonía se incrementa en países en desarrollo debido al hacinamiento, las condiciones de vida y los altos índices de desnutrición. Así mismo, los niños que duermen en una habitación donde hay más de tres personas se muestran más predispuestos a adquirir IRA, pues los adultos pueden tener en las vías respiratorias microorganismos que se comportan de forma asintomática y son capaces de transmitirlos ⁴³

En un hogar hacinado, la falta de espacio, determina la forma en que los miembros de la vivienda se relacionan y enfrentan la cotidianidad. Un espacio más hacinado podría propagar con mayor facilidad enfermedades respiratorias, determinando así el nivel de ausentismo del niño al establecimiento educacional⁴⁴.

CUADRO N° 6

MATERIAL PREDOMINANTE DE LOS PISOS DE LAS VIVIENDAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019

PISO DE VIVIENDA	N°	%
Tierra	14	08
Cemento	150	80
Cerámico	22	12
TOTAL	186	100

Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

En el presente cuadro el 80% vive en piso de cemento, seguido de 12 pisos de cerámico y el 8% en piso de tierra, en niños con Infecciones Respiratorias Agudas. Los hallazgos indican que el material utilizado en el piso de la vivienda de los hogares en su mayoría es el cemento lo que podría predisponer a las IRAS ya que el piso de cemento es frígido, además estamos en la región altiplánica con clima frígida lo que incrementar el número de casos de esta enfermedad. Estos resultados son semejantes a los encontrados por Quilca C. ³² quien concluye que el material utilizado en el piso de la vivienda está fuertemente asociado con los signos de IRA en niños y niñas menores de cinco años

La vivienda ha sido reconocida como espacio fundamental para el desarrollo de la vida en familia al constituirse en ambiente y hábitat; conforma el escenario para la reproducción social y es, a su vez, satisfactor de necesidades, determinante de la salud, entorno para la promoción del bienestar y derecho fundamental. Las condiciones habitacionales deficientes de la vivienda ocasionan un deterioro generalizado a la calidad de vida, con múltiples efectos en salud pública: riesgo de enfermedades transmisibles, infecciones respiratorias agudas y enfermedades respiratorias crónicas, entre otras de allí que esta sea considerada como determinante de múltiples dimensiones del proceso salud-enfermedad⁴⁴.



CUADRO N° 7

TIPO DE COMBUSTIBLE EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019

TIPO DE COMBUSTIBLE	N°	%
Fogón	14	08
Gas	172	92
TOTAL	186	100

Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

En el presente cuadro se observa el tipo de combustible que utilizan en el 92% es gas y tan solo el 08% utiliza el fogón, en niños con Infecciones Respiratorias Agudas.

En el estudio de Goel, et al ²⁹ confirma esta asociación entre los signos de IRA y la contaminación general por usar leña o bosta o kerosene.

Otro contaminante del hogar es el combustible utilizado para cocinar, los que también generan partículas, gases tóxicos y otros compuestos, son particularmente nocivos los gases que se liberan de la combustión de madera o materia orgánica, así como del keroseno y petróleo, sobre todo cuando no hay una adecuada ventilación en la cocina, o los alimentos se elaboran en la misma habitación donde se duerme y realizan otras actividades⁴⁵.



V. CONCLUSIONES

Los factores del huésped que predisponen a las infecciones respiratorias agudas según edad ocupan los niños de 1 a 5 años, con vacunas incompletas y en menor porcentaje el bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva.

Los factores ambientales que predisponen en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en su mayoría es el hacinamiento, material predominante de los pisos de la vivienda es el cemento y el tipo de combustible que utiliza en menor porcentaje es el fogón.



VI. RECOMENDACIONES

Considerando los hallazgos de la presente monografía se presentan las siguientes recomendaciones:

Realizar campañas de vacunación y seguimiento a los domicilios de los niños y niñas para lograr que estén protegidos con vacunas completas según el esquema nacional de vacunación.

Incrementar las medidas de promoción respecto al efecto de los factores de riesgo ambientales: hacinamiento, tipo de piso de la vivienda.

Concientizar a las madres respecto al lavado de manos y medidas de protección a los niños con abrigo en temporadas de frío para mejorar las condiciones de vida para el bienestar del niño y familia.

Al personal de Enfermería del programa de IRA debe realizar seguimiento a los niños con exposición a factores de riesgo de huésped y ambientales.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Neumonía, datos y cifras. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
2. Arredondo García JL, Méndez Herrera A. Infección de vías respiratorias agudas en población pediátrica. Revista de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. 2015. Disponible en: http://www.materiamedica.ru/news/1Garcia_Herrera.pdf
3. Ministerio de salud. Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 28-SE 23. Lima 2019. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/28.pdf>
4. Plan Operativo Institucional. Diresa Puno. 2020. Disponible en: <http://www.diresapuno.gob.pe/wp-content/uploads/2020/01/plan-operativo-institucional-poi-2020-u.e.-400-salud-puno-LAMPA.pdf>
5. Ministerio de Salud. Situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB (asma) en el Perú, hasta la SE 52-2013. Boletín Epidemiológico. 2013; 22(52): p. 1084-88.
6. Reyes B. Cuidar en la Transculturalidad. Revista de Enfermería, España: N° 15. Abril, Año 2002.p.11
7. Victoria CG, Benguigui Y, Antuñano FJ, Schmunis G, Yunes J, editors. Infecciones respiratorias en niños. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p. 45-57.
8. Oficina de estadística e informática. Reporte de casos del Establecimiento de Salud Guadalupe, MICRORED –Juliaca. 2018.
9. Boletín Epidemiológico de Vigilancia N° 6 Junio. Perú: 2005. Disponible en: [file:///C:/Users/hp/Downloads/Infecciones%20respiratorias%20en%20ninios%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/Infecciones%20respiratorias%20en%20ninios%20(1).pdf)



10. INEI. Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre. 2019. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>
11. Organización Mundial de la Salud. Infecciones del tracto respiratorio. 2000. Disponible en: http://www.who.int/topics/respiratory_tract_diseases/es/
12. Torres Sobrevilla E. Factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas complicadas en una población de pacientes. [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano]. Xalapa: Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina; 2006.
13. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño. Perú: 2006. p.61, p.63, p.65.
14. Otazú Escobar F. Percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el Hospital Distrital de Horqueta. [Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería]. Horqueta: Universidad Tecnológica Intercontinental. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
15. Tamayo Reus CM, Bastart Ortiz EA. Nuevo enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. *MediSan*. 2015; 19(5):684-94.
16. Romero P JC. Manual de Obstetricia. 2° ed. Lima-Perú: REP SAC; 2007
17. Ministerio de Salud. Gerencia de Inmunizaciones USAID, editor. Perú; 2010.
18. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación NTSN° 080-MINSA/DGSPV.03-2013 Lima: MINSA; 2013.
19. MINSA. Norma Técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación N. ° 141-MINSA.2018, pág. 9.



20. Quilca, C. Factores de riesgo individuales y ambientales asociados a signos de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años [Tesis para pre grado] Puno-2015.
21. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vida saludable. 1° ed. SAC S, editor. Lima-Perú: OPS; 2009
22. Herrera P ME, Duran R G, Landrian R L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 2004 Marzo-abril; 16(2): p. 160-4.
23. Ospina M, Martínez M, Pacheco O, Bonilla H. Infección respiratoria aguda (IRA). Protocolo de vigilancia en salud pública. Colombia; 2016.
24. Prieto ME, Russ G, Reitor L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000 Apr; 16(2):160-4.
25. Quevedo I, Gainza BA, Montero AE, More YY, Escalona J. Factores de riesgo de infección respiratoria aguda en menores de un año. Veguitas. Yara. Granma. 2018. Multimed. 2019 Oct; 23(5):1000-14.
26. Alvarez LA, Peralta Y. Infecciones respiratorias graves en pacientes pediátricos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2020 Feb; 24(1):15-20.
27. Olivera ND, Giachetto G, Haller A, Figueroa C, Cavalleri F. Infecciones respiratorias agudas bajas graves en niños menores de 6 meses hospitalizados. Análisis de factores de riesgo de gravedad. In Anales de la Facultad de Medicina 2019 junio Vol. 6, No. 1, pp. 109-129. Universidad de la República. Facultad de Medicina.
28. Romero, Bernal. Creencias sobre infecciones respiratorias en niños menores de cinco años México. [Tesis] 2000.



29. Goel K, Ahmad S, Agarwal G, Goel P, Vijay Kumar (2012) Un estudio transversal sobre la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de cinco años del distrito de Meerut, India. *J Community Med Health Educ* 2: 176. DOI: 10.4172 / 2161-0711.1000176
30. Gutiérrez P. Factores de riesgo de la neumonía en el niño del Hospital Aballí-Cuba. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul176n.pdf>
31. Paredes, M. Factores de Riesgo para Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 1 año en el Centro de Salud Santa Fe- Callao. [Tesis] 2010
32. Quilca, C. Factores de riesgo individuales y ambientales asociados a signos de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años [Tesis]Puno-2015.
33. Sarnaque, M. “Factores de Riesgo relacionados a infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Centro de Salud La Libertad” [Tesis] 2018.
34. Prieto ME, Russ G, Reiter L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(2): 160-4.
35. Sejas Claros A, Condori Bustillos R. Prevalencia de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en niños de Villa Carmen-Quillacollo, 2017. *Rev Cient Cienc Méd.* 2018; 21(1)
36. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales para 2025. Para mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. 2,000.
37. Lemus Lago ER, Lima Enríquez E, Batista Moliner R, Rosa Ocampo L. Bajo peso al nacer, crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 1997;13(2):150-8.



38. Brahm, Paulina, & Valdés, Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 07-14. 2017. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
39. Villena R. Quezada A. Vacunas neumocócicas. Alergia e Inmunología Respiratoria, Primera edición, Santiago, Chile. 2013.
40. Cáceres Bermejo, G.G. Un momento de reflexión acerca de las vacunas. *Sanidad Militar*, 68(2), 109-114 2012. <https://doi.org/10.4321/S1887-85712012000200009>
41. Boscan, M. Salinas, B. Trestini, M. y Tomat M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. *Salus*, 16 (1), 25-30. 2012. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3759/375939531006>
42. Escobar-Díaz F, Osorio-Merchán MB, De la Hoz-Restrepo F. Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 2017; 41:e123. doi: 10.26633/RPSP.2017.123
43. Ministerio de Salud. NTS N° 021-MINSA: Categorías de establecimientos del sector salud. 2010.
44. Londoño O, Chaparro P. Condiciones de hábitat y percepción de los estados de salud: conceptos categoriales emergentes. *Hacia Promoción Salud*. 2011; 16(2):13-31.
45. Organización Panamericana de la Salud. Vivienda saludable: reto del milenio en los asentamientos precarios de América latina y el Caribe. Guía para las autoridades nacionales y locales. Caracas: OPS/OMS. 2006.



ANEXOS



INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE FACTORES QUE PREDISPONEN A LAS IRAS

INSTRUCCIONES:

- Lea detenidamente y responda todas las preguntas.
- Marcar con (X) la respuesta o respuestas que crea apropiada.

DATOS GENERALES

Dirección del niño.....

1.- Edad del niño en la que presento infección respiratoria aguda:

- a) 0 - 1 años ()
- b) 2 - 3 años()
- c) 4 - 5 años()

2.- Su hijo presento bajo peso al nacer? Se verifico en el carnet de CRED.

- a) SI ()
- b) NO ()

3.- ¿Su hijo recibió lactancia materna exclusiva?

- a) SI..... ()
- b) NO..... ()

4.- ¿Su hijo tiene el esquema de vacunación completo? Verificar el carnet de inmunizaciones.

- a) SI.....()
- b) NO.....()

5.- ¿Cuántas personas duermen en la habitación de su hijo?

- a) Menos de 3 personas por habitación..... ()
- b) Más de 3 personas por habitación..... .()

6.- ¿Cuál es el material predominante de los pisos de su vivienda?

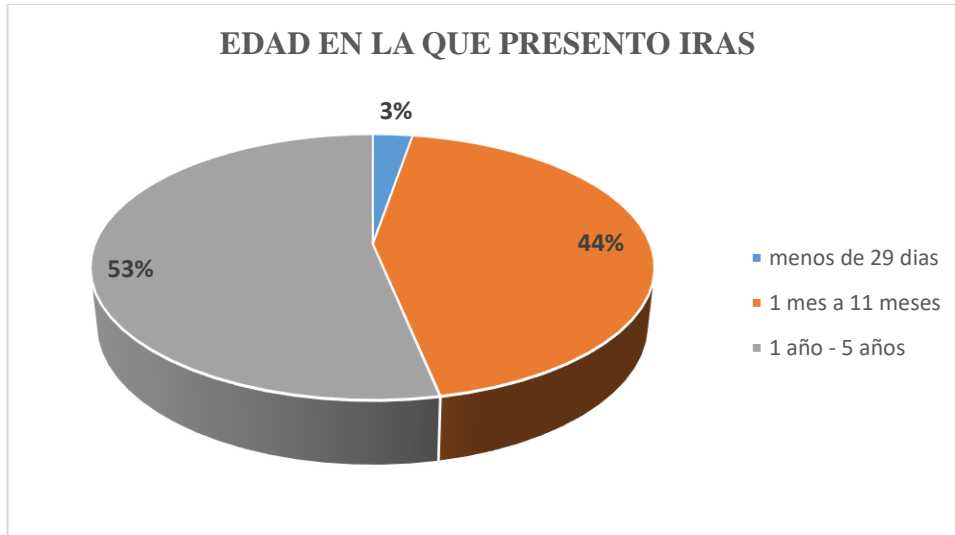
- a) Tierra..... .()
- b) Cemento..... ()
- c) Cerámico..... .()

7.- ¿Qué tipo de cocina que utiliza?

- a) Fogón..... .()
- b) Gas..... ()

FIGURA N° 1

EDAD EN LA QUE PRESENTO INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019



Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

FIGURA N° 2

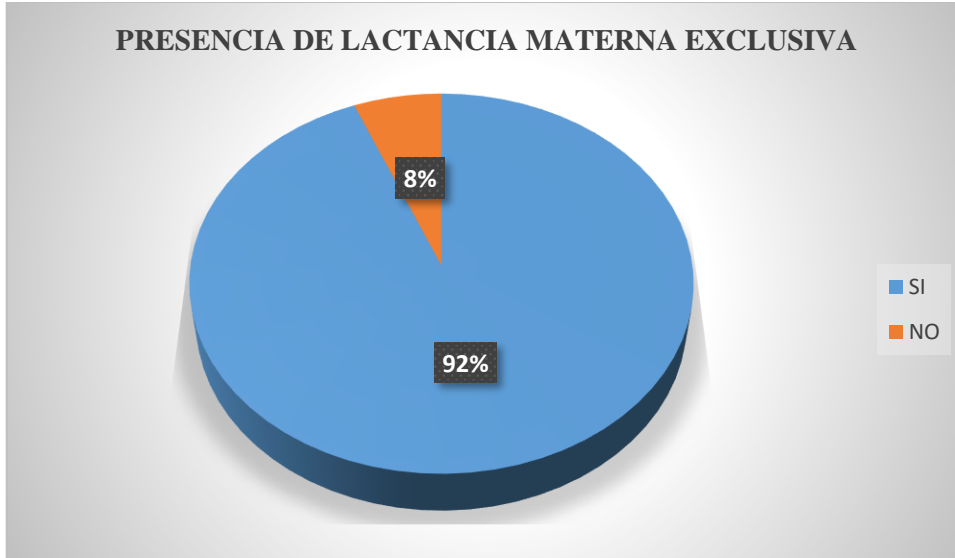
BAJO PESO AL NACER EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019



Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

FIGURA N° 3

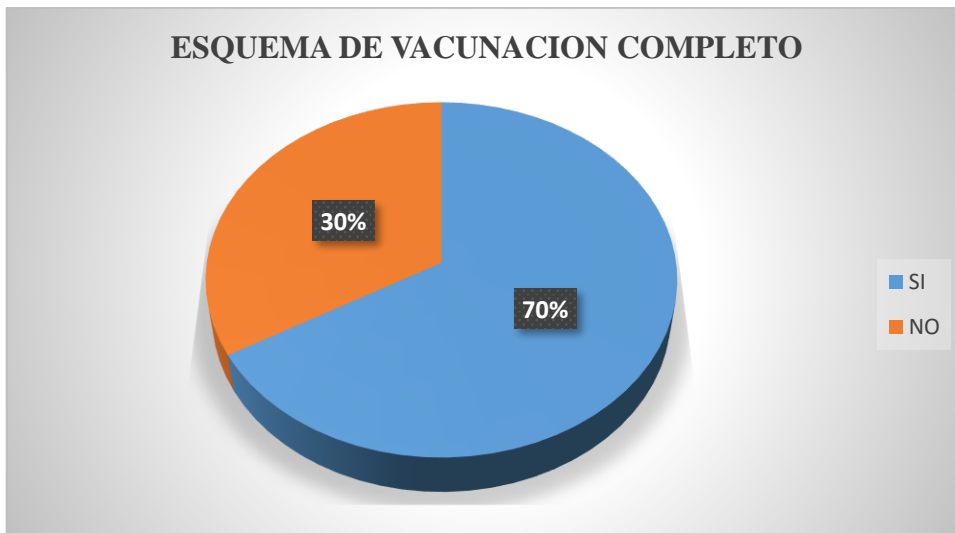
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019



Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

FIGURA N° 4

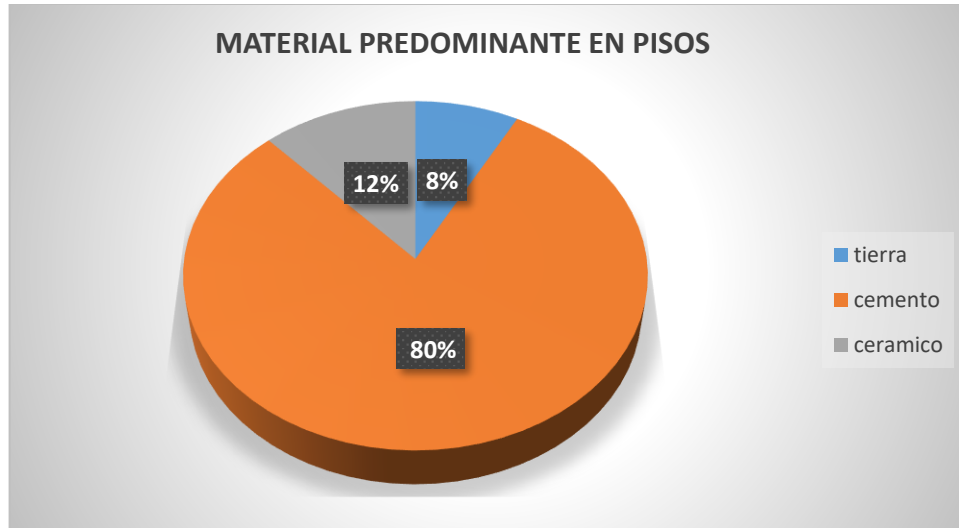
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019



Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

FIGURA N° 5

MATERIAL PREDOMINANTE DE LOS PISOS DE LAS VIVIENDAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019



Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.

FIGURA N° 6

TIPO DE COMBUSTIBLE QUE UTILIZA EN LA COCINA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE, MICRORED –JULIACA 2019



Fuente: cuestionario aplicado a las madres con niños con IRAS 2019.