

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Tesis**

**Determinantes socioambientales relacionados a infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay-2024**

Asesor:

Lic. Enf. Contreras Merino Rómulo

Autoras:

Huamanñahui Arias, Yesica

Meza Meza, Rosmery Analí

Para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Abancay – Apurímac - Perú

2025

## Acta de sustentación



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Acta N°: 025-2025

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL



En la ciudad de Abancay, a los 28 días del mes de agosto del 2025, siendo las 08:00 horas, se reunieron los integrantes del Jurado designado por **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°0219-2025-UTEA-FCS-EPE** de la Escuela Profesional de **ENFERMERIA**, Facultad de Ciencias de la Salud:

Presidente	: Mg. Lizárraga Valer Rosa Evangelina
Dictaminante	: Mg. Espinoza Palomino Aydee
Replicante	: Mg. Cervantes Carrión Justina

Para evaluar la sustentación, en la modalidad de:

Tesis       Trabajo de suficiencia profesional

Titulada:

Determinantes socioambientales relacionados a infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay - 2024

Desarrollado por el (los) Bachiller (es):

Br.: Huamanñahui Arias Yesica  
Br.: Meza Meza Rosmery Anali

Para optar el Título Profesional de:

Licenciado (a) en enfermería

Concluido el acto, el Jurado dictaminó que el (la) (los) mencionado(a) (s) bachiller (es) fue (ron) **APROBADO (S)**:

Por: Unanimidad  
(Unanimidad o Mayoría) (\*)

Emitiéndose el calificativo final de:

Bachiller (Apellidos y Nombres)	Calificación (**)
Br. Huamanñahui Arias Yesica	Aprobado
Br. Meza Meza Rosmery Anali	Aprobado

Siendo las 11:40 horas concluyó la sesión, firmando los integrantes del Jurado.

**PRESIDENTE** : Mg. Lizárraga Valer Rosa Evangelina  
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

**DICTAMINANTE**: Mg. Espinoza Palomino Aydee  
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

**REPLICANTE** : Mg. Cervantes Carrión Justina  
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

Nota: Desaprobado: 0-10; Aprobado: 11-20

(\*) **Mayoría**: Dos integrantes del jurado aprueban o desaprueban; Unanimidad: Todos los integrantes del jurado aprueban o desaprueban, Art. 18 RGGAT.

(\*\*) 0 a 10: Desaprobado, 11 a 15: Aprobado, 16 a 18: Aprobado Notable, 19 y 20: Aprobado con Distinción, Art. 18 RGGAT.



## Metadatos

<b>Datos de autor(a)</b>	
Apellidos y nombre(s)	Huamañahui Arias Yesica
Tipo de documento de identidad	Documento Nacional de Identidad
Número	73752884
URL ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0007-1601-4668">https://orcid.org/0009-0007-1601-4668</a>
Apellidos y nombre(s)	Meza Meza Rosmery Anali
Tipo de documento de identidad	Documento Nacional de Identidad
Número	70794783
URL ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0001-2402-9583">https://orcid.org/0009-0001-2402-9583</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Apellidos y nombre(s)	Contreras Merino Rómulo
Tipo de documento de identidad	Documento Nacional de identidad
Número	31009724
URL ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-9037-6743">https://orcid.org/0000-0002-9037-6743</a>
<b>Datos de la investigación</b>	
Facultad	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional	Enfermería
Línea de Investigación	Salud Pública
Rango que se realizó la investigación	2024 - 2025
Fuente de Financiamiento	Autofinanciado
Porcentaje de similitud	24 %
URL de OCDE	<a href="https://purl.org/perepo/ocde/ford#3.03.03">https://purl.org/perepo/ocde/ford#3.03.03</a>

## **Dedicatoria**

A Dios por haberme bendecido en el logro de mi objetivo profesional

A Mis padres por el apoyo constante que me brindaron.

A mi hermana por ser motivo en mi superación

Rosmery

A Dios por darme salud y fortaleza

A Mis padres por brindarme su apoyo muy valioso.

A mis hermanas por su motivación y apoyo moral

Yesica

### **Agradecimiento**

A la Universidad por darnos la oportunidad de ser profesionales

A nuestro asesor por el apoyo brindado

A la directora del Centro de Salud por su valioso apoyo

Rosmery y Yesica

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre los determinantes socioambientales y las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños de 2 a 36 meses en el “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, Abancay-2024”. La población estuvo conformada por 252 madres con sus hijos, y la muestra seleccionada fue de 152 participantes. Se utilizó la técnica de entrevista, aplicando una guía de entrevista como instrumento. Los resultados revelaron que los determinantes socioambientales, como las condiciones de vivienda, el acceso a servicios básicos y las características ambientales, están estrechamente relacionados con la prevalencia de IRA en los niños. En particular, se encontró que la exposición a cambios bruscos de temperatura y la ventilación inadecuada en las viviendas aumentan significativamente la incidencia de faringitis y rinofaringitis. El análisis estadístico de chi-cuadrado (valor = 66,672,  $p < 0,05$ ) mostró una relación significativa entre los determinantes ambientales y la frecuencia de IRA, destacando que el 67,8% de los casos eran de faringitis. La conclusión de la investigación es que tanto los factores sociales como ambientales juegan un papel importante en la aparición de IRA, y mejorar las condiciones socioambientales puede contribuir a reducir la prevalencia de estas infecciones en niños pequeños. Se recomienda implementar políticas públicas para mejorar las condiciones de vida y el acceso a servicios básicos en la población vulnerable.

**Palabras clave:** Factor social, factor ambiental, infecciones respiratorias

## **Abstract**

The objective of this study was to determine the relationship between socioenvironmental determinants and acute respiratory infections (ARI) in children aged 2 to 36 months at the “Dr. Carlos Alfredo Ayestas Health Center in La Torre, Abancay, 2024”. The population consisted of 252 mothers and their children, and the selected sample consisted of 152 participants. An interview technique was used, applying an interview guide as an instrument. The results revealed that socioenvironmental determinants, such as housing conditions, access to basic services, and environmental characteristics, are closely related to the prevalence of ARI in children. In particular, exposure to sudden temperature changes and inadequate ventilation in homes were found to significantly increase the incidence of pharyngitis and nasopharyngitis. The chi-square statistical analysis (value = 66.672,  $p < 0.05$ ) showed a significant relationship between environmental determinants and the frequency of ARI, highlighting that 67.8% of cases were pharyngitis. The research concludes that both social and environmental factors play an important role in the occurrence of ARI, and improving socio-environmental conditions can contribute to reducing the prevalence of these infections in young children. Public policies are recommended to improve living conditions and access to basic services for vulnerable populations.

**Keywords:** Social factor, environmental factor, respiratory infections

## Índice general

Portada .....	i
Acta de sustentación.....	ii
Reporte de similitud .....	iii
Metadatos .....	iv
Dedicatoria .....	v
Agradecimiento.....	vi
Resumen .....	vii
Abstract .....	viii
Índice general .....	ix
Índice de tablas.....	xi
Índice de figuras .....	xiv
I. Introducción .....	17
II. Problema de Investigación .....	19
2.1. Descripción y formulación del problema .....	19
2.2. Objetivos .....	21
<b>2.2.1 Objetivo general</b> .....	21
<b>2.2.2 Objetivos específicos</b> .....	22
2.3. Justificación e importancia .....	22
2.4. Hipótesis .....	23
<b>2.4.1 Hipótesis general</b> .....	23
<b>2.4.2 Hipótesis específicas</b> .....	23

2.5. Variables .....	24
III. Marco Teórico.....	25
3.1. Antecedentes .....	25
3.2. Bases teóricas.....	30
3.3. Definición de términos .....	39
IV. Metodología.....	41
4.1. Tipo y nivel de investigación.....	41
4.2. Ámbito temporal y espacial.....	41
4.3. Población y muestra .....	42
4.4. Instrumentos .....	43
4.5. Procedimientos.....	43
4.6. Análisis de datos .....	43
4.7. Consideraciones éticas .....	43
V. Resultados y discusión .....	45
VI. Conclusiones.....	78
VII. Recomendaciones.....	80
<b>VIII. Bibliografía.....</b>	<b>82</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Nivel de Instrucción de la madre o cuidador en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	45
<b>Tabla 2</b> Nivel económico familiar mensual en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	46
<b>Tabla 3</b> Practica del lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	47
<b>Tabla 4</b> Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	48
<b>Tabla 5</b> Edad de lactancia materna exclusiva en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	49
<b>Tabla 6</b> Peso al nacer en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	50
<b>Tabla 7</b> Balanceo diario de alimentos en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	51
<b>Tabla 8</b> Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	52
<b>Tabla 9</b> Características de la ventilación de la vivienda en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	53
<b>Tabla 10</b> Servicios de saneamiento básico en su vivienda en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	54
<b>Tabla 11</b> Exposición del niño (a) a cambios bruscos ambientales en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	55
<b>Tabla 12</b> Prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	56
<b>Tabla 13</b> Nivel de Instrucción de la madre o cuidador relacionado a IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	57

<b>Tabla 14</b> Nivel económico familiar mensual relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses.....	58
<b>Tabla 15</b> Práctica de lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	59
<b>Tabla 16</b> Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	60
<b>Tabla 17</b> Edad de lactancia materna exclusiva a su niño (a) relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	61
<b>Tabla 18</b> Peso del niño (a) al nacer relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	62
<b>Tabla 19</b> Balanceo diario de alimentos del niño (a) relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	63
<b>Tabla 20</b> Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	64
<b>Tabla 21</b> Características de la ventilación de la vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	65
<b>Tabla 22</b> Servicios de saneamiento básico en su vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	66
<b>Tabla 23</b> Exposición a cambios bruscos ambientales relacionados con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	67
<b>Tabla 24</b> Chi cuadrado del nivel de instrucción de la madre o cuidador con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	68
<b>Tabla 25</b> Chi cuadrado del nivel económico familiar mensual con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	69

<b>Tabla 26</b> Chi cuadrado de la práctica de lavado de manos de la madre al alimentar a su hijo con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	69
<b>Tabla 27</b> Chi cuadrado del cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	70
<b>Tabla 28</b> Chi cuadrado de la edad de lactancia materna exclusiva al niño con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	71
<b>Tabla 29</b> Chi cuadrado del peso del niño al nacer con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	71
<b>Tabla 30</b> Chi cuadrado del balanceo diario de alimentos del niño con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	72
<b>Tabla 31</b> Chi cuadrado del número de personas que ocupan por habitación en su vivienda con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	73
<b>Tabla 32</b> Chi cuadrado de las características de la ventilación de la vivienda con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024 .....	74
<b>Tabla 33</b> Chi cuadrado de los servicios de saneamiento básico en su vivienda con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	74
<b>Tabla 34</b> Chi cuadrado de la exposición del niño a cambios bruscos ambientales con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	75

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Nivel de Instrucción de la madre o cuidador en niños de 2 a 36 meses .....	45
<b>Figura 2</b> Nivel económico familiar mensual en niños de 2 a 36 meses.....	46
<b>Figura 3</b> Practica del lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo en niños de 2 a 36 meses .....	47
<b>Figura 4</b> Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación en niños de 2 a 36 meses.....	48
<b>Figura 5</b> Edad de lactancia materna exclusiva en niños de 2 a 36 meses.....	49
<b>Figura 6</b> Peso al nacer en niños de 2 a 36 meses.....	50
<b>Figura 7</b> Balanceo diario de alimentos en niños de 2 a 36 meses.....	51
<b>Figura 8</b> Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda en niños de 2 a 36 meses .....	52
<b>Figura 9</b> Características de la ventilación de la vivienda en niños de 2 a 36 meses .....	53
<b>Figura 10</b> Servicios de saneamiento básico en su vivienda en niños de 2 a 36 meses ...	54
<b>Figura 11</b> Exposición del niño (a) a cambios bruscos ambientales en niños de 2 a 36 meses.....	55
<b>Figura 12</b> Prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en niños de 2 a 36 meses .....	56
<b>Figura 13</b> Nivel de Instrucción de la madre o cuidador relacionado a IRA en niños de 2 a 36 meses.....	57
<b>Figura 14</b> Nivel económico familiar mensual relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.....	58
<b>Figura 15</b> Práctica de lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses .....	59
<b>Figura 16</b> Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses .....	60
<b>Figura 17</b> Edad de lactancia materna exclusiva a su niño (a) relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses.....	61

<b>Figura 18</b> Peso del niño (a) al nacer relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses .....	62
<b>Figura 19</b> Balanceo diario de alimentos del niño (a) relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses .....	63
<b>Figura 20</b> Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses .....	64
<b>Figura 21</b> Características de la ventilación de la vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses .....	65
<b>Figura 22</b> Servicios de saneamiento básico en su vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses .....	66
<b>Figura 23</b> Exposición a cambios bruscos ambientales relacionados con IRA en niños de 2 a 36 meses .....	67

## Índice de anexos

Anexo 01: Matriz de consistencia.....	81
Anexo 02: Matriz de operacionalización de variables.....	84
Anexo 03: Instrumento de recolección de datos.....	87
Anexo 04: Validación de expertos.....	90
Anexo 05: Documentos de autorización.....	96
Anexo 06: Evidencias fotográficas.....	101

## I. Introducción

Tras advertir un incremento de las infecciones respiratorias agudas (IRA) desde la semana 15 del 2024, y en línea con las tendencias pasadas (salvo los años de pandemia 2020-2022), el “Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, o CDC Perú”, reportó un aumento de casos en diversas zonas del país: En respuesta, las ciudades de Ancash, Apurímac, Arequipa, Cusco, Huánuco, Junín, Madre de Dios, Puno, Tacna y Tumbes reforzaron sus sistemas de vigilancia contra virus respiratorios, influenza e infecciones respiratorias agudas (IRA). (OVR)(1)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan el 24,4% de las muertes pediátricas en el mundo y en América Latina, lo que las convierte en la principal causa de mortalidad en menores de cinco años. En Perú, los ancianos y los niños menores de cinco años presentan las tasas más elevadas de morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA). Tanto los adultos como los niños son susceptibles a estas enfermedades, comunes en todo el mundo. (2).

El marco socioeconómico y político actual da lugar al supuesto de intervención, la estratificación social, que afecta a los numerosos grupos de población que se han clasificado en función de diversos criterios, como el sexo, el nivel de ingresos, la etnia y la educación. Como resultado, la población se divide en grupos en función de su estatus socioeconómico, lo que tiene efectos diversos en cada individuo. Esto se manifiesta en situaciones en las que la salud de las personas se ve perjudicada en diversos grados y en su capacidad real para gestionar dichos problemas de salud (3).

Varios estudios coinciden en identificar las determinantes sociales y ambientales asociadas a las infecciones respiratorias agudas en la población infantil, así se sabe que existen que en esa variedad se cita al grado de instrucción incompleto de los padres , el aspecto laboral identifica a quienes tienen trabajo eventual e ingresos económicos menores de los 750 nuevos soles, en cuanto al acceso a atención

sanitaria los niños menores de 5 años que se atienden en estos tiempos en un centro de salud por que tienen seguro SIS-MINSA. Que aun así no resuelve las demandas del niño enfermo, por otro lado se demuestran en los estudios las barreras y las características socioculturales de las madres: su idiosincrasia y consumo de agua no potable, esquema de vacunación incompleto , el consumo de alimentos no desinfectados y la practicas erróneas del cuidado de sus niños menores, estos son determinantes, un único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, es abordar todos en forma sistemática desde el gobierno central regional y local.

## II. Problema de Investigación

### 2.1. Descripción y formulación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que las enfermedades respiratorias mataron a 920.136 bebés menores de un año en todo el mundo en 2015, lo que representa el 15% de todas las muertes de niños menores de cinco años. Según la región a la que pertenece, los factores determinantes se atribuyen a una serie de cuestiones, como una atención sanitaria inadecuada y deficiente, la mala alimentación de los niños y las condiciones insalubres del país.

Los panoramas epidemiológicos de las enfermedades en América Latina muestran que las enfermedades respiratorias tienen una alta prevalencia y una elevada tasa de morbilidad, lo que supone una pesada carga para las economías y el bienestar social de la región. Estas enfermedades son también una de las principales razones por las que los niños menores de cinco años necesitan ser consultados e ingresados en los hospitales, representando entre el 40% y el 60% de las consultas pediátricas en los países en desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una parte importante de Perú aún se dan las circunstancias vinculadas a las infecciones en niños. La cuestión es que son difíciles de controlar debido a su alta frecuencia y al desconocimiento de los síntomas de alerta, lo que, unido a otras variables como el hacinamiento, los cambios bruscos de temperatura y el contacto con personas enfermas, favorece su propagación en los más pequeños.

Cada año, el Ministerio de Salud (MINSU) estima que un elevado número de niños menores de cinco años presentan deficiencias. Existen diversas causales que origina las infecciones respiratorias del tercer grupo (IRA), que representan la mayoría de estas funciones. Según el Centro Peruano de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en el 2017 se notificaron más de 2 588

620 casos de IRA a nivel nacional, mientras que en el 2018 se reportaron 2 618 118 episodios de IRA, de los cuales 662 311 fueron notificados en menores de cinco años en Lima. Dado que las infecciones respiratorias agudas tienen una influencia significativa en la morbilidad y mortalidad a nivel mundial, se puede concluir que esta ciudad es la más propensa a presentar casos de IRA. El Boletín Epidemiológico del Perú SE 5-2024 (28 de enero al 3 de febrero del 2024) señala.

Hubo más episodios de infección respiratoria aguda (IRA) (una media de 41625 episodios por semana) en 2023 que en 2022 (una media de 37597 episodios por semana). En total, hubo 2164520 episodios de IRA, o 839,3 episodios por cada 1000 niños menores de cinco años; 105452 episodios de SOB/Asma, o 40,9 episodios por cada 1000 niños menores de cinco años; y 31771 episodios de neumonía, o 12,3 episodios por cada 1000 niños menores de cinco años, de los cuales el 31,3% requirieron hospitalización. Finalmente, se notificaron 248 defunciones por neumonía en menores de 5 años y en Apurímac 52,441 episodios de IRAS en niños menores de 5 años, los casos de neumonías fueron 346.

En el nivel local también se observó, principalmente en madres de familia que frecuentan al centro de salud considerado para el estudio para recibir atención de sus niños menores a 3 años, por situaciones de enfermedades que se asocian a las infecciones respiratorias. En gran parte de ellas, según la percepción proceden de hogares que en muchos casos no cuentan con la economía, o que su educación apenas alcanza a primaria y también precisan que sus casas son bastante precarias, estos y otros factores sociales y ambientales tienen directa repercusión en el trato que sus niños reciben, generando preocupación por saber cómo estos factores inciden directamente en la salud de los niños y cuál es la prevalencia en cada caso.

## **Problema general**

¿Cómo se relacionan los determinantes socioambientales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024?

## **Problemas específicos**

**PE1.** ¿Cómo se encuentran los determinantes socioambientales en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024?

**PE2.** ¿Cuáles son las IRAS más frecuentes que se presentan, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024?

**PE3.** ¿Cómo se relacionan los determinantes sociales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024?

**PE4.** ¿Cómo se relacionan los determinantes ambientales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024?

## **2.2. Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo general**

Determinar la relación de los determinantes socioambientales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

**OE1.** Describir la presencia de los determinantes socioambientales en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

**OE2.** Conocer las IRAS más frecuentes que se presentan, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

**OE3.** Determinar la relación que existe entre los determinantes sociales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

**OE4.** Determinar la relación que existe entre los determinantes ambientales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

### **2.3. Justificación e importancia**

El estudio tiene como objetivo proporcionar explicaciones específicas sobre las características que están más asociadas a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de tres años en función de sus situaciones de vida. Es lo que se conoce como valor teórico o de conocimiento.

Conveniencia: los resultados a obtener con el estudio que permitirá conocer con más precisión los factores controlables en el hogar y en adelante el sector salud de la localidad podrá tomar en consideración las recomendaciones y así contribuir a la reducción de la exposición a los factores ambientales generadores de la IRA, Conocer el grado de correlación entre las variables y los datos estadísticos del problema ayudará a determinar su magnitud. A partir de esta información, se pueden sugerir estrategias o métodos para mejorar la salud de la población infantil y la calidad de los servicios prestados en el caso de la prevención y el tratamiento de las enfermedades de las vías respiratorias.

Relevancia social: En la actualidad, es importante comprender los diversos programas, contribuciones y ventajas de las estrategias sanitarias para prevenir enfermedades como las infecciones respiratorias agudas e identificar los estratos socioeconómicos en los que residen. Se espera que los hallazgos de este estudio aporten nuevos conocimientos sobre los factores socioambientales más significativos que contribuyen al desarrollo de la enfermedad en los niños.

Las infecciones respiratorias agudas siempre serán un problema de salud pública, por lo que el estudio sugiere centrarse en las variables más fuertemente asociadas a la probabilidad de contraer la enfermedad. Esto tiene consecuencias prácticas y de desarrollo.

Utilidad metodológica: En función de la naturaleza y el diseño del estudio, se adoptó un enfoque metodológico. Para procesar los datos y elaborar las tablas y las figuras correspondientes, se analizaron las frecuencias absolutas y relativas; también se realizaron pruebas estadísticas inferenciales para la comprobación de hipótesis.

## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1 Hipótesis general**

Los determinantes socioambientales se relacionan significativamente, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

### **2.4.2 Hipótesis específicas**

**HE1.** Existen factores socioambientales en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

**HE2.** Existen IRAS más frecuentes que se presentan, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

**HE3.** Existe relación significativa entre los determinantes sociales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

**HE4.** Existe relación significativa entre los determinantes ambientales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre” Abancay-2024.

**2.5. Variable determinante socioambiental.** Uno de los elementos que más influyen en la salud y el bienestar de los niños menores de tres años son los determinantes socioambientales de sus padres. Entre ellos se encuentran la edad y el nivel educativo, ya que unos mejores hábitos de salud suelen ir asociados a un mayor nivel educativo. El acceso a los recursos sanitarios, una dieta adecuada y la atención médica también dependen de la posición económica. Otros factores importantes son comportamientos como la limpieza de las manos, el cumplimiento de los calendarios de vacunación, el fomento de la lactancia materna y el mantenimiento de un peso infantil saludable. Dado que un entorno adecuado ayuda a prevenir infecciones y a promover el desarrollo del niño, también son esenciales factores como la calidad de la vivienda, la disponibilidad de instalaciones sanitarias básicas y un entorno seguro.(4)

**Infecciones respiratorias agudas:** Cualquier componente del sistema respiratorio puede verse afectado por las IRA de las vías respiratorias altas, un complicado grupo de enfermedades provocadas por diversos factores causales. Existen varios factores de riesgo que contribuyen a su incidencia.(5)

### III. Marco Teórico

#### 3.1. Antecedentes

A nivel internacional

Alvarado et al (2021) Introducción: “La prevalencia de las enfermedades respiratorias agudas ha aumentado tanto a nivel nacional como internacional, siendo influenciada por factores como el ambiente y los indicadores bioquímicos”. El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo asociados a enfermedades respiratorias agudas. Se realizó un estudio transversal con 748 colaboradores entre noviembre de 2020 y enero de 2021, utilizando análisis estadísticos con el software R, incluyendo pruebas como Mann-Whitney, chi-cuadrado y regresión logística. Los resultados mostraron que las variables cuantitativas con valores más altos se asociaron con mayor prevalencia de enfermedad respiratoria ( $p < 0.000$ ), y que el índice de masa corporal, la edad y la grasa corporal total fueron factores significativos en la probabilidad de desarrollar la enfermedad. Conclusivamente, tanto las variables cuantitativas como cualitativas se asociaron de manera estadística con la enfermedad respiratoria aguda, siendo los factores de mayor relevancia el índice de masa corporal, la edad y la grasa corporal total.(6)

Calderón et al. (2021) El estudio investigó “La asociación de los factores de riesgo con las IRAs altas en niños menores de cinco años”. Se trató de un estudio observacional analítico de tipo casos y controles, realizado en el Policlínico “José Martí” en Santiago de Cuba entre enero y diciembre de 2017, con 20 casos y 40 controles. Los resultados mostraron que el 85% de los menores de dos años ya habían padecido la enfermedad, y se identificaron asociaciones significativas con factores como bajo nivel educativo materno, antecedentes natales desfavorables, corta duración de la lactancia materna, exposición al humo de tabaco y condiciones de vivienda inadecuadas. En conclusión, estos factores de riesgo

mostraron una relación causal con las infecciones respiratorias agudas altas en los niños estudiados.(7)

Vicuña (2021) El objetivo de esta revisión bibliográfica fue presentar las evidencias científicas más relevantes sobre las infecciones respiratorias agudas (IRA), que afectan principalmente a niños menores de 5 años. Se consultaron diversas bases de datos científicas y documentos institucionales de salud pública en América Latina. Los resultados mostraron que, a pesar de su alta mortalidad, hay pocos estudios sobre las IRA. Las complicaciones comunes incluyen neumonía, faringitis y bronquiolitis viral. Existen elementos fundamentales de riesgo como son la pobreza y la desnutrición, y se destacó el uso de antimicrobianos y la automedicación. La vacunación y la educación materna fueron identificadas como estrategias clave. En conclusión, la alta prevalencia de IRA en Latinoamérica, junto con el tratamiento tardío, incrementa la mortalidad y los costos del sistema de salud, sugiriendo que la prevención y educación maternal podrían reducir las complicaciones.(8)

Daza (2020) en su estudio relacionado a “Programa de inmunización que representa una actividad principal de Salud Pública (SP)”. El objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad del gasto en Salud Pública (SP) en relación con la mortalidad por IRA y la cobertura de la vacuna pentavalente en Colombia durante 2017. Se realizó un estudio ecológico y transversal, de tipo analítico, para analizar el comportamiento de estas variables. Los resultados mostraron que no hubo correlaciones significativas entre el gasto en SP y la mortalidad por IRA, ni con las coberturas de inmunización. En conclusión, se identificaron factores de confusión que podrían haber afectado los resultados de las variables analizadas. (9)

Paz y Peralta (2020) El objetivo de esta investigación fue caracterizar clínica y epidemiológicamente las IRAs en pacientes que ingresaron a UCI del Hospital de

niños "Pepe Portilla" entre marzo de 2016 y marzo de 2018. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra de 261 pacientes diagnosticados con IRA grave. Los datos se recolectaron a través de historias clínicas y se procesaron con estadísticas descriptivas. Los resultados mostraron que las IRA son una de las principales causas de morbilidad grave en el hospital, con altos costos y prolongadas estancias en cuidados intensivos. En conclusión, la investigación subraya la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado para reducir la mortalidad y morbilidad asociada a estas enfermedades respiratorias, alineándose con las políticas nacionales de salud pública. (10)

#### A nivel nacional

Bartolo (2022) "Las IRAs como elemento causante de morbimortalidad en todo el mundo, causadas por distintos microorganismos, virus y bacterias, que provocan daños en el aparato respiratorio, principalmente los niños son más afectados". En el objetivo buscó describir los determinantes sociales de las IRAs en niños menores de 3 años que asisten al Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote, 2020. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, con un diseño de una sola casilla, y abarcó a 51 niños con IRA. Los datos se procesaron en Microsoft Excel y se analizaron utilizando tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados indicaron que la mayoría de los niños eran varones de 1 a 2 años, con madres de nivel educativo secundario incompleto o completo, y con ingresos familiares entre 751 a 1000 soles. También se encontró que la mayoría de las familias vivían en viviendas unifamiliares, con menos de la mitad teniendo piso de tierra. En cuanto a los estilos de vida, todos los niños acudían al establecimiento de salud para vacunas y exámenes. Sin embargo, más de la mitad no recibían apoyo social, ya sea natural u organizado. En conclusión, los determinantes sociales de los niños con IRA están relacionados con factores biosocioeconómicos y el acceso limitado a redes de apoyo social. (11)

Ríos (2022) el estudio que se realizó se basó en las infecciones que se presentan a nivel respiratorio como consecuencia de la morbilidad y mortalidad en el mundo. El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de 5 años. Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Los resultados mostraron que las patologías más comunes fueron bronquitis aguda (33.9%) y resfriado común (33.1%), seguidas por rinofaringitis, otitis media aguda y síndrome de obstrucción bronquial. La mayoría de los casos correspondieron a niños menores de un año, con una prevalencia notable en el género masculino. Los meses de mayor incidencia fueron enero y febrero, y el 66.5% de los niños con IRA recibieron antibióticos. En conclusión, conocer la prevalencia de IRA en este grupo etario es clave para implementar medidas preventivas y de control, especialmente durante los meses de mayor incidencia. (12)

Quilla (2020) “Las IRAs altas son deficiencias que se presentan con frecuencia y tiene mucha demanda a nivel de las consultas médicas. En este estudio se buscó hacer una descripción referida a los detalles sobre epidemiología que se presentan a nivel de IRA en niños menores de 5 años, Jauja, durante 2022. A nivel de metodología se trabajó con un enfoque que buscó cuantificar los datos, además no se llevó a cabo experimentos y fue un estudio de observación cuyos datos se recogieron en un solo momento por ser transversal de 76 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados mostraron que la rinofaringitis aguda fue la IRA más común (56.58%), y los factores de riesgo más frecuentes fueron la edad de 1 a 4 años (57.89%), el género masculino (67.11%) y vivir en la estación de invierno (40.79%). Los factores sociales más destacados fueron el nivel socioeconómico bajo (61.84%), el hacinamiento (76.32%) y el grado de instrucción secundaria de la madre (51.32%). En conclusión, los principales factores que generan IRA en los niños

fueron la edad, el género, las condiciones ambientales y sociales, destacando la rinoфарингитис aguda como la forma más prevalente. (13)

Arzapalo (2019) realizó el estudio relacionado a las IRAS como causa principal de muchas enfermedades en el mundo en menores de seis años". Mediante la determinación de las principales causas de infección y el tratamiento de las deficiencias a través de la educación de las madres, el estudio pretendía reducir la tasa de incidencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de seis años del puesto de salud Virgen del Rosario de Pasco. El estudio, de tipo descriptivo correlacional y diseño transversal, incluyó a 160 niños menores de 6 años. Se utilizó el análisis estadístico chi cuadrado para identificar relaciones entre variables. Los resultados mostraron que la baja economía familiar y el bajo nivel de conocimiento de los padres sobre prevención de IRA están estrechamente relacionados con la incidencia de IRA en niños. La mayoría de los casos graves ocurrieron en familias con bajos ingresos y padres con escaso conocimiento sobre prevención. En conclusión, se destaca la importancia de implementar programas de salud con capacitaciones a los padres para reducir la morbimortalidad asociada a IRA en niños. (14)

Sampén (2019) realizó un estudio sobre el factor individual y ambiental asociado a la IRA en menores de 5 años. El objetivo de este estudio fue analizar los factores que se asocian a las IRAs en los menores de 5 años en el Asentamiento Humano Nuevo Progreso, Pimentel. Se trató de un estudio transversal, descriptivo y observacional con una muestra de 82 niños, seleccionados según criterios específicos. Los resultados revelaron que los factores individuales más prevalentes fueron la falta de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (73.2%), desnutrición (64.6%), programa de vacunación sin completar (80.5%) y la ausencia de suplemento de vitamina A (80.5%). En cuanto a los factores ambientales, se destacaron el hacinamiento (79.3%), pisos de tierra (89%) y

eliminación de excretas por letrina (46.3%). En conclusión, los factores individuales, especialmente la nutrición y la vacunación incompleta, tienen una mayor incidencia en las IRA en comparación con los factores ambientales. (15)

A nivel regional y/o local

Flores (2019) "Las IRAs son enfermedades de infección con alto riesgo de contagio, afecta e inflama las vías respiratorias; es originado por un virus, siendo el Virus Sincitial Respiratorio, el que origina este tipo de infección de manera permanente". El objetivo de este estudio fue identificar los factores socioambientales que influyen en el desarrollo de una IRA. Llevó a cabo un estudio de observación, descripción y fue cuantitativo, utilizando una encuesta dirigida a los padres de 72 niños que acudieron al Área de Hospitalización Pediátrica. Los resultados mostraron que solo el 32% de los padres tenía conocimiento sobre IRA, el 79% de los niños habían padecido IRA, el 72% de los padres desconocían los signos y síntomas, y el 78% no sabían sobre las posibles complicaciones. En conclusión, se observó que la falta de conocimiento de los padres sobre IRA es un factor clave, por lo que se propuso implementar charlas educativas para reducir los ingresos hospitalarios en niños menores de 5 años. (16)

### 3.2. Bases teóricas

**Determinantes sociales:** Se consideran como situaciones que pasan las personas en su vida cotidiana como nacer, crecer, trabajar, vivir y envejecer. Estas condiciones son fundamentales para que la persona pueda desenvolverse de forma adecuada en su respectivo contexto. Estos sistemas y factores incluyen sistemas políticos, normas y políticas sociales, iniciativas de desarrollo y políticas y sistemas económicos. Dentro del aspecto social se consideran los determinantes que repercuten en la presencia de IRAS a

los estilos de vida que tienen las personas, elementos que se vinculan con el medio ambiente y principalmente aquellos que se asocian con los servicios básicos de saneamiento que las familias deben tener. (17)

**Lavado de manos:** El Ministerio de Salud sugiere lavarse las manos con agua y jabón en momentos importantes como antes de amamantar, antes de consumir alimentos, antes de tocar ingredientes, antes y después de cambiar pañales, antes y después de cuidar a familiares enfermos en el hogar, tras el uso del baño, después de realizar la limpieza, tras interactuar con animales, después de tocar cosas sucias, superficies contaminadas, basura o los pasamanos de los servicios públicos. Del mismo modo, se precisa que la higiene de manos utilizando jabón y agua puede eliminar hasta un 80% de los gérmenes que provocan enfermedades y también ayuda en la eliminación física de la suciedad, según indica la OMS. Además, contribuye a disminuir en aproximadamente un 50% la incidencia de enfermedades diarreicas y cerca de un 25% en casos de infecciones respiratorias. (18)

**Nivel económico familiar:** Está relacionado a la capacidad económica que poseen las familias para poder solventar gastos que impliquen alimentación, salud, vestido, educación, entre otros. Según Victoria G, Kirk Wood B, Ashworth A.1999. El primer indicio que demuestra presencia de IRA es la condición en la que vive el menor y está vinculado al factor económico y social que suelen afectar a niños que viven en zonas empobrecidas o muy empobrecidas, lo que dificulta que los padres puedan cubrir sus necesidades básicas y provoca situaciones de falta de higiene.

**Nivel de instrucción de la madre o cuidador:** Es un factor que influye es que los habitantes de estas zonas suelen tener un menor nivel educativo, lo que influye en las decisiones que se toman sobre el cuidado del niño. En este sentido, Ausubel asegura que las personas con bajos niveles de educación y/o analfabetas tendrán

muy pocos conocimientos en comparación con las que han terminado la educación superior o al menos todos los años de secundaria. En consecuencia, los profesionales sanitarios deberían centrar sus esfuerzos en promover la salud entre las personas con bajos ingresos, especialmente mediante el uso de ayudas visuales para comprender mejor sus conocimientos. (19)

**Bajo peso al nacer:** Cuando un recién nacido pesa menos de 2.500 g al nacer, ocurre. Esto indica una alta tasa de mortalidad neonatal, lo que facilita que surjan problemas a lo largo del periodo perinatal y durante los primeros años de vida de los niños. Numerosos factores, entre ellos las circunstancias personales y sociales de la madre, pueden contribuir a ello.

**Lactancia Materna Exclusiva:** La leche materna es la dieta más sana para los niños menores de seis meses, ya que favorece su desarrollo físico y social y es la mejor nutrición. Es el resultado de amamantar a los niños menores de dos años. Contribuye porque ofrece un alimento de fácil digestión y metabolismo, protección inmunológica y taurina, un aminoácido que ayuda al desarrollo del sistema nervioso central. También se encuentra en grandes cantidades en la leche materna.

**Vacunación:** Es un procedimiento mediante el cual se inyecta a las personas un virus vivo, atenuado con la finalidad de generar defensas para prevenir las enfermedades.

**Desnutrición y malnutrición:** Se dice nutrición cuando se ingiere alimentación saludable según exige el cuerpo para poder cumplir sus funciones vitales. Sin embargo, mal nutrición está referido a la ingesta de elementos que el cuerpo no requiere y son dañinos para la salud, en muchos casos se considera también como mal nutrición cuando se ingiere en exceso alimentos que generan riesgo en la salud.

Una dieta sana debe ser sustanciosa y equilibrada; los malos hábitos alimentarios hacen a las personas más susceptibles de padecer IRA, así como retrasos en su desarrollo físico y mental. (20)

### **Participación de la madre en la Prevención de las Infecciones Respiratorias**

**Agudas.** Dado que la madre es quien cuida del niño todos los días, le da de comer y le atiende, desempeña un papel importante en el mantenimiento de la salud del niño y es capaz de reconocer los síntomas de alerta que pueden aparecer cuando el niño tiene una infección respiratoria aguda. Para prevenir estas enfermedades, la enfermera debe dar suficiente información sobre alimentación, limpieza y cuidados en casa. La lactancia materna y la vacunación completa son las principales responsabilidades de la madre como cuidadora. Una dieta sana y la observación periódica del niño son esenciales.

**Deficiencia de vitamina A:** La falta de vitamina A en niños que padecen infecciones respiratorias agudas (IRA) es un elemento de riesgo fundamental que puede agravar su situación. Esta vitamina juega un papel clave en el buen desenvolvimiento del sistema inmunológico, ya que contribuye a mantener las mucosas respiratorias en buen estado y favorece la respuesta del cuerpo ante infecciones. Cuando un niño no cuenta con suficiente vitamina A, su capacidad para defenderse de las infecciones respiratorias se ve reducida, lo que puede derivar en complicaciones graves como neumonía o bronquitis. Además, la carencia de esta vitamina puede hacer que la enfermedad dure más tiempo, aumentar la frecuencia de las infecciones y generar problemas adicionales. Por ello, es crucial que los niños que están en riesgo de sufrir deficiencia reciban suplementos adecuados de vitamina A, especialmente en zonas donde la desnutrición es común, para reducir la gravedad de las infecciones respiratorias y mejorar la recuperación. (21)

## **Determinantes ambientales**

**Factores Ambientales.** Se trata de la comunicación ambiental del humo del tabaco, la contaminación del hogar por residuos orgánicos y el hacinamiento. la aglomeración. Según Tammala, la razón del contagio es que las secreciones de la respiración que liberamos al respirar, hablar o toser permanecen en el contexto y pueden infectar a un familiar u otras personas cercanas.

Numerosas sustancias nocivas en suspensión, partículas orgánicas, gases, humus, microorganismos, virus, hongos, alérgenos diversos, humedad, sustancias volátiles, etc., están presentes en el aire y acaban penetrando en la tráquea, los bronquios y los alvéolos, provocando diversos episodios de enfermedades respiratorias que pueden ir desde una neumonía bacteriana hasta una crisis de broncoespasmo o una enfermedad similar a la gripe. Debido a sus vías respiratorias más pequeñas y a sus defensas inmaduras, los niños y los ancianos son especialmente susceptibles a estos factores atmosféricos. Por el contrario, los factores inmunológicos, el asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y otras patologías respiratorias preexistentes están relacionados con las personas mayores. La fluctuación mundial del clima terrestre se conoce como cambio climático. (22)

**Factor Climático.** Morley afirma que no existe correlación entre el aumento de la aparición de esta enfermedad en invierno con los cambios de clima o temperatura. Según el autor, la mala gestión de la información por parte de la población y las familias contribuye a esta situación, porque lo tienen asegurados los medios que ventilan y, durante estos meses, las condiciones se agravan por las situaciones asociadas con la acumulación de microorganismos en un espacio completamente asegurado. Por otro lado, Whaley Wong, indica que las modificaciones del clima y de calentura repercuten en el niño afectando su salud, por ejemplo, se tiene el exponerse mucho tiempo al frío, tener el pie húmedo son algunas de las causas

de las IRA. Por otra parte, el aumento de la morbilidad respiratoria durante los meses de invierno puede deberse eventualmente a variables relacionadas con el clima frío, como la agrupación de muchas personas en casa o la acumulación de residuos orgánicos.

**Contaminación Doméstica por Residuos Orgánicos:** Por desgracia, a pesar de todos los avances tecnológicos de nuestros días, en algunos hogares se sigue cocinando con carbón, leña o queroseno, sobre todo en las regiones desfavorecidas. Según ciertas investigaciones, este tipo de contaminación ambiental aumenta el riesgo de padecer esta dolencia.

**La exposición al humo.** causada por el uso de leña y otros materiales, los contaminantes domésticos en la cocina, la congestión y el estado de los aseos, el suministro de agua potable y la vivienda. Se considera que una vivienda está superpoblada si en cada habitación viven más de tres personas, independientemente del tamaño de la cocina, el garaje o el cuarto de baño. Los pequeños que descansan en habitaciones con tres o más integrantes tienen la probabilidad de contraer IRA porque las vías respiratorias de los adultos pueden albergar gérmenes asintomáticos que pueden transmitirse a otras personas.

**Ventilación deficiente:** Los animales, las multitudes y los espacios reducidos contribuyen a la mala ventilación y a la contaminación. Por eso es fundamental que la casa o el colegio al que van los niños tenga suficiente ventilación.

**Material del piso de la vivienda:** Una casa saludable es un lugar físico donde las personas pasan la mayor parte de su vida; por sus características y atributos, ofrece un entorno donde las personas pueden practicar la buena salud, esto implica prevenir los riesgos para mantener una buena salud y para ello es fundamental tener un piso compactado, impermeabilizado y que sea de facilidad

para poder realizar la limpieza, además evitar la presencia de humedad y no existan parásitos e insectos.

**Condiciones de vivienda:** Una fuente de origen del IRA pueden ser las condiciones de vida o el lugar donde los hombres pasan la mayor parte del tiempo. Los problemas de infraestructura, saneamiento, gestión y recogida de aguas residuales, ventilación inadecuada, contaminación interior, pisos en el suelo, falta de servicios públicos y cohabitación de animales repercutirán en la salud de los ancianos y de toda la familia.

**Acceso a servicios de salud:** Las personas pueden satisfacer sus necesidades y mejorar su salud y bienestar cuando tienen acceso a los servicios sanitarios. La probabilidad de desarrollar una IRA aumenta cuando no se dispone de tratamientos sanitarios. Del mismo modo, la automedicación y la falta de prevención aumentan el riesgo de morbilidad y muerte de los niños.

**Acceso a servicios básicos:** Tras su purificación, el agua potable -también conocida como agua dulce- se convierte en potable. Es apta para el consumo humano debido al valor equilibrado de los minerales. Por lo tanto, no hay restricciones en el uso de este tipo de agua. El agua que contiene compuestos nocivos, gusanos o microbios no es apta para el consumo humano.

### **Infecciones respiratorias agudas de vías superiores**

Los niños menores de cinco años que padecen infecciones respiratorias agudas altas (IRA) suelen tener enfermedades que afectan a las vías respiratorias altas, incluidas la laringe, la garganta y la nariz. La causa principal de estas enfermedades son los virus, como la gripe, el virus respiratorio sincitial (VRS) y el rinovirus. Los síntomas más frecuentes son disnea, fiebre, dolor de garganta, tos y congestión nasal. Estas infecciones pueden propagarse rápidamente y volverse complejas en los niños pequeños debido al desarrollo de su sistema inmunitario y

a la forma en que están construidas sus vías respiratorias, lo que puede dar lugar a enfermedades como bronquiolitis o laringitis. Los niños con IRA deben ser diagnosticados adecuadamente, tratados sintomáticamente y, en ocasiones, ingresados en el hospital, sobre todo si presentan riesgo de complicaciones. Para reducir la prevalencia de estas enfermedades, son esenciales medidas de prevención como la vacunación y el lavado regular de las manos (23)

Esta categoría de infección de vías respiratoria, que pueden ser provocada por bacterias o virus, es un problema de salud pública. Afecta sobre todo a niños menores de cinco años y es la principal fuente de morbilidad y frecuentación de los centros de salud. Esta infección se presenta con una serie de síntomas que varían en función de la afectación pulmonar, y puede clasificarse como leve, moderada o grave en función de la severidad de cada uno de estos signos y síntomas. Para reducir el riesgo de mortalidad infantil, es fundamental que los padres y otros cuidadores reconozcan los numerosos indicadores de dificultad o alarma respiratoria y traten a los niños de forma adecuada y rápida.

**Rinofaringitis:** Es una inflamación de la mucosa de la nariz y la garganta. Su síntoma principal es la obstrucción nasal, pero también provoca estornudos, duele la cabeza, duele la garganta, tos y, ocasionalmente, sube la temperatura, escalofrío y baja el apetito. Suele desaparecer por sí sola y es responsable de la gran mayoría de las infecciones de las vías respiratorias altas.

**Amigdalitis:** Normalmente provocada por infecciones bacterianas o víricas, la amigdalitis es una inflamación de las amígdalas, que son dos bultos de tejido situados en la parte posterior de la garganta. Algunos de sus síntomas son dolor de garganta, fiebre, dificultad para tragar y, tal vez, incremento del tamaño del ganglio linfático. Mientras que la amigdalitis vírica suele tratarse con medidas sintomáticas, la bacteriana puede requerir el uso de antibióticos. La extirpación de las amígdalas puede considerarse en situaciones graves o recurrentes.

**Laringitis:**

Es una inflamación de la laringe, provocada normalmente por la exposición a sustancias irritantes, el mal uso de la voz o infecciones víricas. Entre los síntomas se incluyen tos seca, dolor de garganta, ronquera y pérdida momentánea de la voz. La laringitis suele resolverse por sí sola con reposo vocal y tratamiento de los síntomas. Sin embargo, puede requerir cuidados especiales si persiste o es provocada por una infección bacteriana.

**Faringitis:** La faringitis es una inflamación de la faringe, que es la parte posterior de la garganta, justo detrás de la boca y las fosas nasales. Es una causa común del dolor de garganta. **Virus** (la causa más común) Como los que producen resfriados o gripe. rinovirus, adenovirus, influenza. No se trata con antibióticos.

**Bacteria:** La más común es el Streptococcus pyogenes (causante de la faringitis estreptocócica). Esta sí puede necesitar antibióticos.

**Neumonía:** La respiración acelerada, temperatura alta son indicios y síntomas de neumonía, que es una infección del pulmón. El VRS, la gripe A, el adenovirus y la parainfluenza 3 son los virus que con más frecuencia causan neumonía.

**Crup:** Se define por una irritación y obstrucción laríngeas graves. El VRS y la gripe A son los siguientes virus más frecuentemente implicados, después de las parainfluenzas 1, 2 y 3. Se percibe ronquera o tos disfórica con sonidos extraños (24)

**Otitis media.**

Es un tipo de infección del oído medio que suele provocar fiebre, molestias e inflamación. Es típica en niños pequeños y puede estar relacionada con infecciones respiratorias o resfriados. (25).

### **La faringoamigdalitis aguda.**

Es una infección de las amígdalas y la faringe que suele estar provocada por bacterias o virus. Se manifiesta con fiebre, dolor de garganta y dificultad para tragar.(26)

### **3.3. Definición de términos**

- 1. Infección respiratoria aguda.** Agrupación de enfermedades del sistema de respiración originado por virus, bacterias o parasitarios. (27)
- 2. Desnutrición.** Conjunto de síntomas antropométricos, bioquímicos y clínicos provocados por un consumo y/o una utilización biológica inadecuados de macronutrientes que dejan insatisfechas las necesidades alimentarias. (28)
- 3. Vacunación.** Cuando se administran, estas soluciones de microbios vivos, inactivos o muertos, sus fracciones o partículas proteicas desencadenan una respuesta inmunitaria que detiene la afección que pretenden tratar. (29)
- 4. Virus.** Un agente infeccioso que se encuentra justo fuera del ámbito de lo que consideramos un ser vivo. (30)
- 5. Lactancia materna.** Es el acto por el cual se proporciona la leche materna como alimento ideal al lactante para su crecimiento y Desarrollo (31).
- 6. Alimentación.** Cualquier tipo de producto o sustancia que, al consumirse, aporta al organismo elementos absorbibles para cumplir su función nutritiva. (32).
- 7. Prematuro.** Un parto que tiene lugar antes de las 37 semanas o antes de los 259 días de gestación, a partir del primer día del ciclo menstrual anterior. (33)
- 8. Factor climático.** Se refiere a toda modificación que se produce en el clima durante un tiempo determinado y este proceso se presenta de forma natural (34).
- 9. Socioambiental.** Condiciones sociales en que se desarrolle un ser humano, calidad de relaciones, vínculos con otros, valores y proyecciones de vida. (35)

- 10. Insalubridad.** Producto de baja calidad higiénica que produce agentes causantes de enfermedades, plagas de insectos y animales que la comunidad no desea. (35)
- 11. Factor económico.** Son agrupaciones que se consideran como parte importante y vital del sistema económico porque carecen de potencial económico. (36)
- 12. Neumonía.** Infección aguda que se presenta en el parénquima del pulmón provocada por un microorganismo obtenidos en la comunidad. (37)

## IV. Metodología

### 4.1. Tipo y nivel de investigación

El tipo de investigación fue el básico, el método utilizado fue el hipotético deductivo, de corte transversal y nivel correlacional; se encarga de establecer relaciones entre dos o más variables a partir de las cuales se pueden hacer generalizaciones a realidades similares. Según Hernández Sampieri (2018), es relacional y se realizó con la intención de ayudar a los investigadores a profundizar en el problema y comprender el fenómeno de manera eficiente.

#### Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue el no experimental, debido a que no se manipularon las variables de estudio.

En el presente estudio el diseño fue:



Donde:

M = Muestra

O1 = Variable 1

O2 = Variable 2

r = Relación entre: V1 y v2.

### 4.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio tuvo lugar como ámbito geográfico el “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, ubicado en el Centro poblado de pueblo joven del distrito de Abancay y por la temporalidad fue un estudio de corte transversal ya que se hizo la medición de los datos por única vez, entre los meses de agosto a diciembre del año 2024.

### 4.3. Población y muestra

**Población.** - Estuvo conformado por niños que tenían entre 02 a 36 meses de edad que asisten al Centro de salud considerado para el estudio, durante el primer semestre del presente año que hacen un total de aproximadamente de 252 casos que acuden a consulta por alguna infección respiratoria aguda.

**Muestra.** – Fue obtenido por el muestreo probabilístico del tipo decisional basado en criterios de inclusión y exclusión, representado, por 152 niños que acuden con su mamá a consulta externa, niños o niñas que durante la consulta presentaron algún tipo de infección respiratoria aguda de las vías respiratorias altas.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Niños y/o niñas entre las edades de 02 a 36 meses
- Niños y/o niñas solo con alguna infección respiratoria aguda
- Niños y/o niñas cuyas madres otorguen el consentimiento informado.
- Madres y niños residentes en jurisdicción del centro de Salud en estudio

#### **Criterios de Exclusión:**

- Niños y/o niñas menores de 02 meses de edad o mayores a 36 meses de edad
- Niños y/o niñas con alguna complicación adicional a infección respiratoria aguda
- Niños o niñas residentes en diferente jurisdicción al de Pueblo Joven
- Niños y/o niñas, cuyas madres se nieguen a colaborar en dar información completa.
- Niños y/o niñas acompañadas por otras personas o familiares que no sea su madre.

#### 4.4. Instrumentos

Técnicas: Se utilizó la técnica de la entrevista para la primera variable y el análisis documental para la segunda variable.

Instrumentos: Se aplicó el cuestionario de entrevista para la primera variable y la ficha de análisis documental para la segunda variable.

#### 4.5. Procedimientos

Los pasos de la organización de datos para las pruebas estadísticas fueron: la recolección de datos mediante la aplicación de los instrumentos, organización y cuantificación en una matriz de datos en Excel y luego se utilizó procedimientos no paramétricos, El estadígrafo más relevante utilizado fue el Chi cuadrado y la V de Cramer.

#### 4.6. Análisis de datos

La información obtenida en el estudio fue sometida al análisis inferencial, examinó relaciones entre variables y evaluó la significancia estadística, permitiendo extrapolaciones. Esta combinación metodológica aseguró una comprensión profunda del fenómeno, presentando resultados descriptivos para delinear el panorama general e inferenciales para realizar deducciones fundamentadas.

#### 4.7. Consideraciones éticas

Tras obtener la aceptación por parte de la madre, se dio cumplimiento estricto a las normas éticas:

**Autonomía:** Durante el estudio se preservaron tanto la identidad de los participantes como la confidencialidad de los datos.

**No Maleficencia** Las investigadoras asumieron la responsabilidad de no alterar la información extraídas de las historias clínicas hay el uso de datos anónimos recabados mediante la entrevista

## V. Resultados y discusión

### Determinantes sociales

**Tabla 1**

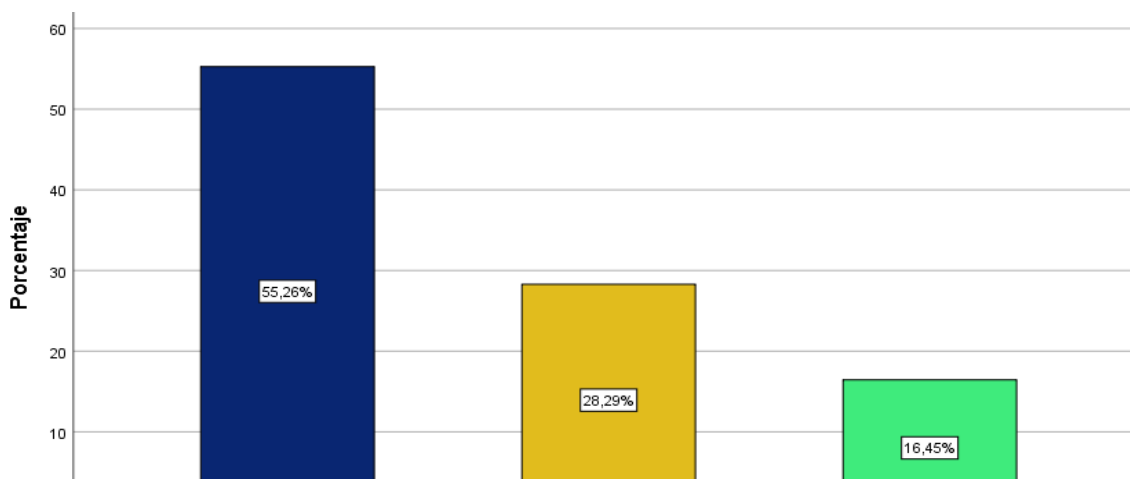
*Nivel de Instrucción de la madre o cuidador en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Primaria	84	55,3
	Secundaria	43	28,3
	Superior	25	16,4
	Total	152	100,0

*Nota.* Se ha obtenido del conjunto de información recogido

**Figura 1**

*Nivel de Instrucción de la madre o cuidador en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Se ha obtenido del conjunto de información recogido

### Análisis e interpretación.

Los resultados muestran la distribución del nivel de instrucción de las madres o cuidadores en la muestra. La mayoría de los participantes (55,3%) tienen estudios primarios, seguido por aquellos con estudios secundarios (28,3%). Un porcentaje menor, el 16,4%, posee estudios superiores. Esto refleja una tendencia en la muestra hacia un nivel educativo predominante en la educación primaria, con una disminución progresiva hacia niveles educativos superiores. El total de la muestra es de 152 individuos, lo que permite generalizar las conclusiones a este grupo específico.

**Tabla 2**

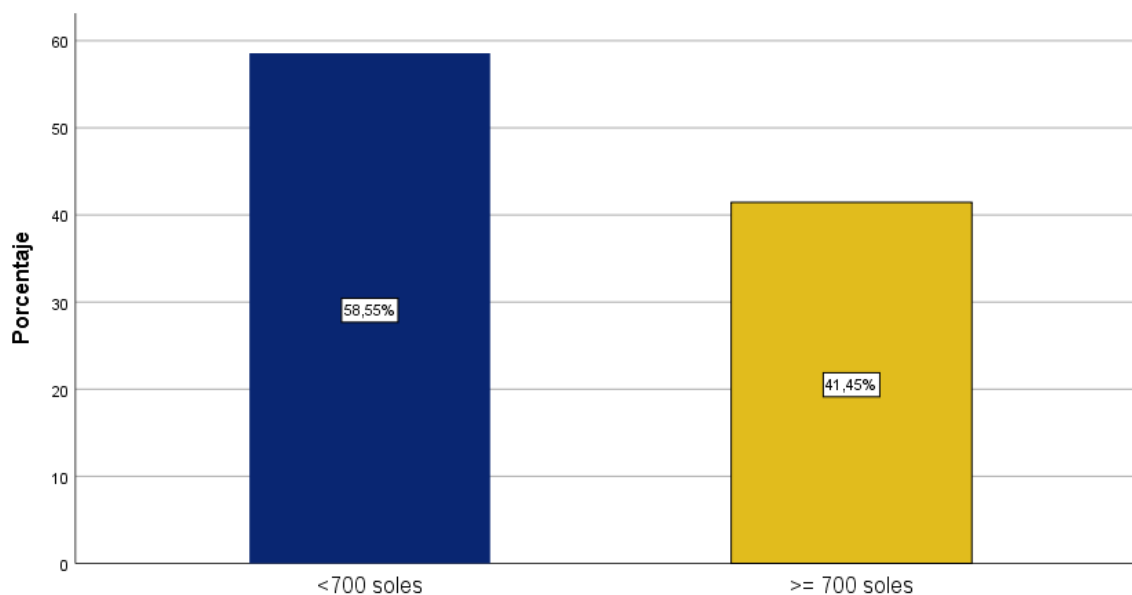
*Nivel económico familiar mensual en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ingreso económico mensual menor de 700 soles	89	58,6
	Ingreso económico familiar mensual mayor a 700 soles	63	41,4
	Total	152	100,0

*Nota.* Se tomó en cuenta la data obtenida

**Figura 2**

*Nivel económico familiar mensual en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Se tomó en cuenta la data obtenida

### **Análisis e interpretación.**

Los resultados indican que más de la mitad de las familias (58,6%) reportan un ingreso económico mensual inferior a 700 soles. En contraste, el 41,4% de las familias tiene un ingreso superior a 700 soles al mes. Esta distribución sugiere una mayor prevalencia de familias con ingresos bajos en la muestra, con un porcentaje significativo también reportando ingresos más altos. El total de la muestra es de 152 casos, lo que permitió recoger información relevante para el estudio.

**Tabla 3**

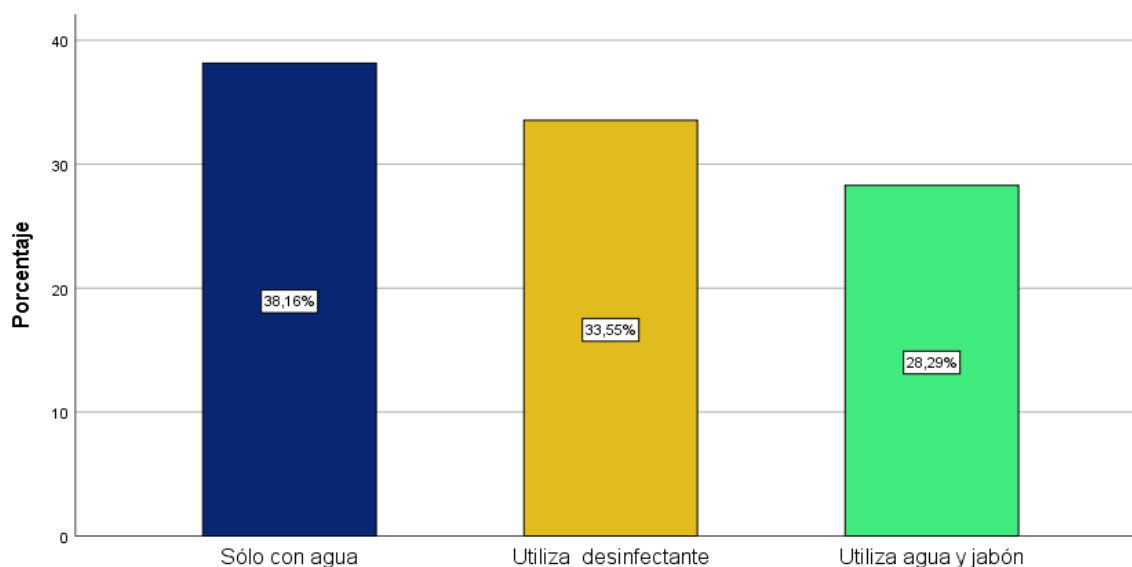
*Práctica del lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Solo con agua	58	38,2
	Utiliza desinfectante	51	33,6
	Utiliza agua y jabón	43	28,3
	Total	152	100,0

*Nota.* Se trabajó en base a los datos obtenidos

**Figura 3**

*Práctica del lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Se trabajó en base a los datos obtenidos

### **Análisis e interpretación.**

Los resultados muestran las prácticas de lavado de manos de las madres en diferentes situaciones. La mayoría de las madres (38,2%) practica el lavado de manos solo con agua, seguido por un 33,6% que lo realiza utilizando desinfectantes. Un 28,3% de las madres lava sus manos utilizando agua y jabón. Estos datos sugieren que el lavado de manos está más asociado con el uso sólo con agua, aunque también existe una importante conciencia sobre la higiene en otras situaciones.

**Tabla 4**

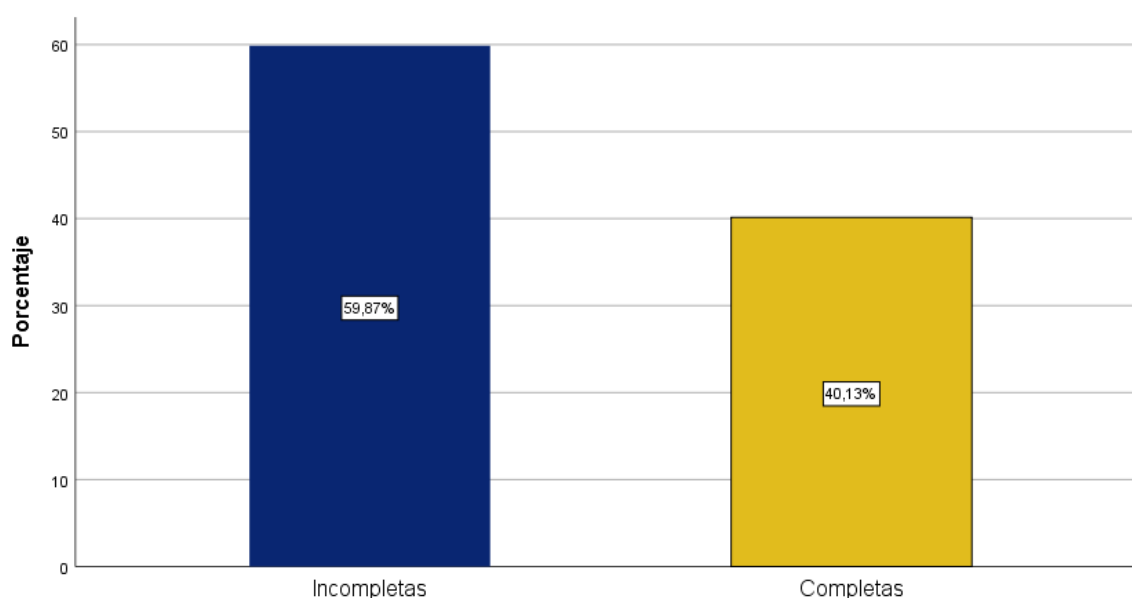
*Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Incompletas	91	59,9
	Completas	61	40,1
	Total	152	100,0

*Nota.* Se consideró los datos recogidos

**Figura 4**

*Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Se consideró los datos recogidos

### **Análisis e interpretación.**

Los resultados reflejan el cumplimiento de las vacunas según el calendario de vacunación. Un 59,9% de los niños tienen un esquema de vacunación incompleto, mientras que un 40,1% ha completado todas las vacunas requeridas. Esto indica que una mayoría significativa de los niños de la muestra no ha cumplido completamente con las dosis establecidas, lo que podría señalar áreas de mejora en la adherencia al calendario de vacunación. El total de la muestra es de 152, lo que permite hacer esta observación dentro de este grupo.

**Tabla 5**

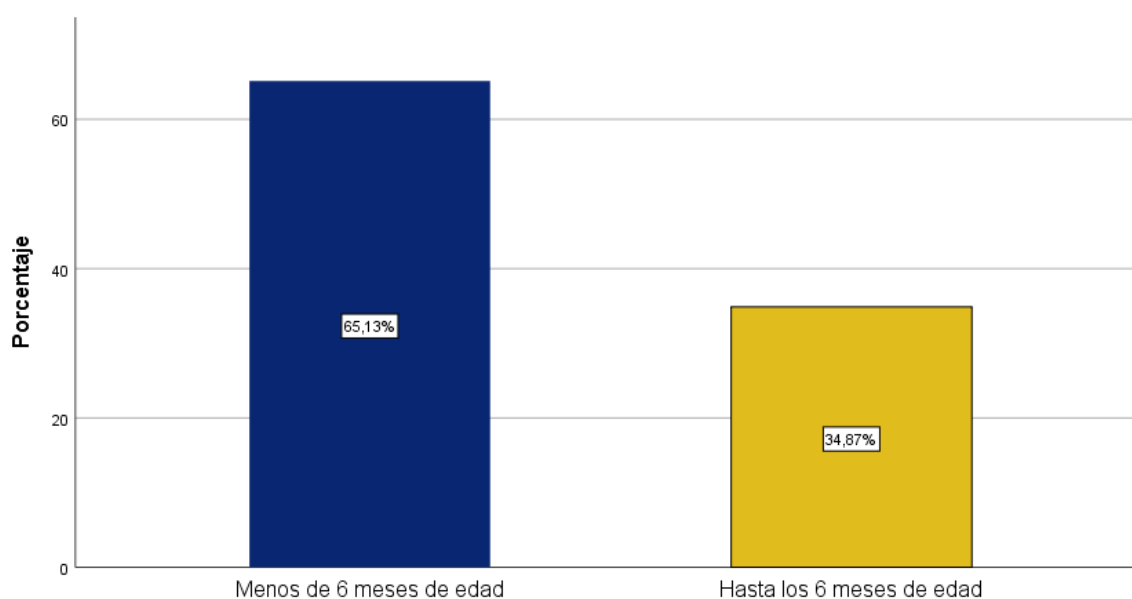
*Edad de lactancia materna exclusiva en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menos de los 6 meses de edad	99	65,1
	Hasta los 6 meses de edad	53	34,9
	Total	152	100,0

Nota. Obtenido de la data del estudio

**Figura 5**

*Edad de lactancia materna exclusiva en niños de 2 a 36 meses*



Nota. Obtenido de la data del estudio

### **Análisis e interpretación.**

Los resultados muestran las prácticas de lactancia materna exclusiva según la edad. Un 65,1% de las madres mantiene la lactancia materna exclusiva hasta menos de los 6 meses de edad, mientras que un 34,9% lo hace hasta los 6 meses de edad. Esto sugiere que la mayoría de las madres no siguen las recomendaciones para una lactancia exclusiva para aquellos que tienen menos de 6 meses de edad, aunque una proporción significativa interrumpe la lactancia antes de ese tiempo. El total de la muestra es de 152, lo que permite analizar este comportamiento en este grupo específico.

**Tabla 6**

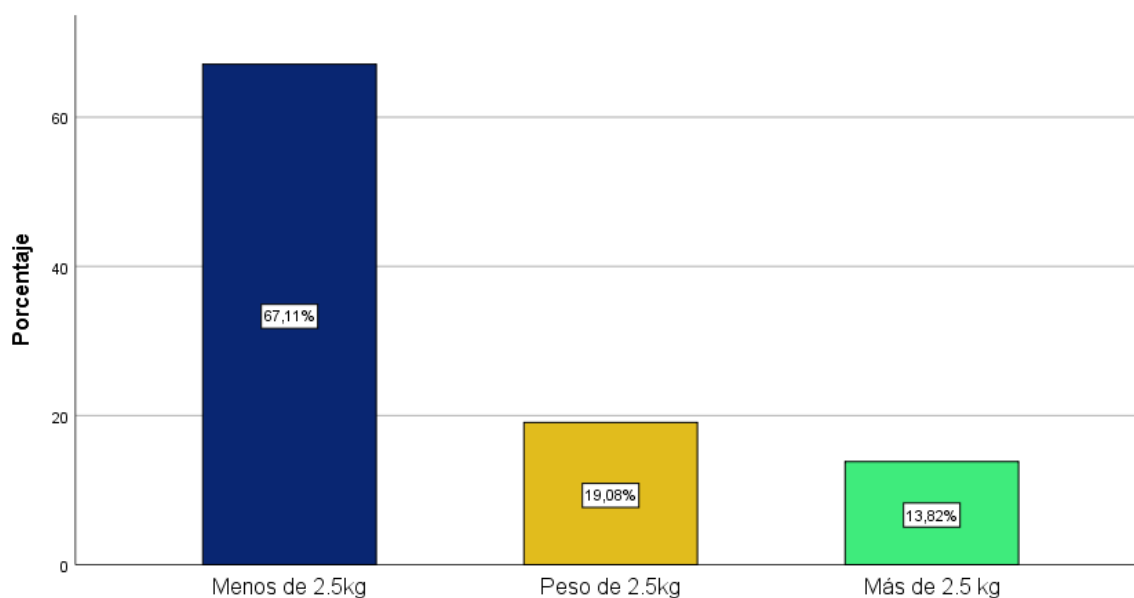
*Peso al nacer en niños de 2 a 36 meses del "Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre", Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menos de los 2,5 Kg	102	67,1
	Peso de 2,5 Kg	29	19,1
	Más de 2.5 Kg	21	13,8
	Total	152	100,0

*Nota.* Se trabajó con los datos recogidos

**Figura 6**

*Peso al nacer en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

Los resultados sobre el peso al nacer de los niños indican que la mayoría de los casos (67,1%) presentan un peso menos de 2,5 kg al nacer, lo que está dentro del rango normal de peso es un 19,1% de los niños nacieron con un peso 2,5 kg, lo que puede sugerir una mayor prevalencia de bajo peso al nacer en la muestra. Mientras tanto, un 13,8% de los niños nacieron con un peso superior a 2,5 kg. El total de la muestra es de 152, permitiendo una visión clara sobre el perfil de peso de los recién nacidos en este grupo.

**Tabla 7**

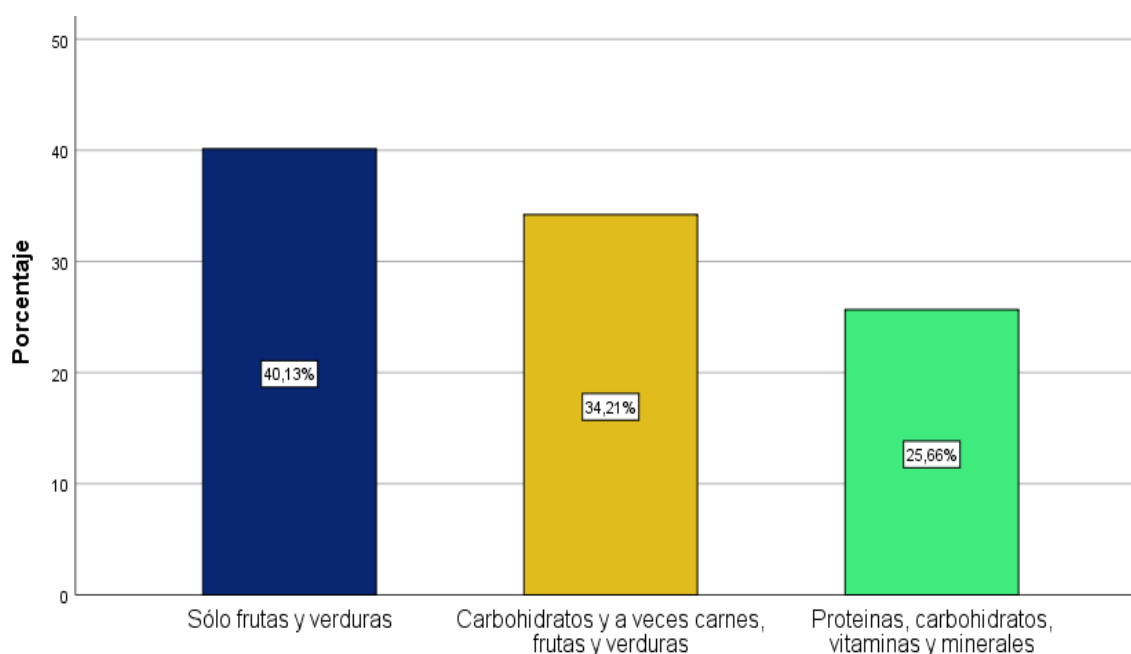
*Balaceo diario de alimentos en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sólo frutas y verduras	61	40,1
	Carbohidratos y a veces carnes, frutas y verduras	52	34,2
	Proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales	39	25,7
	Total	152	100,0

*Nota.* Se tuvo en cuenta la base de datos

**Figura 7**

*Balaceo diario de alimentos en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis de la tabla muestra que un 40,1% de los niños tiene un balance diario de alimentos compuesto únicamente por frutas y verduras. Un 34,2% consume una combinación de carbohidratos y, en ocasiones, carnes, junto con frutas y verduras. Por último, un 25,7% de los niños cuenta con una dieta más completa, que incluye proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales. En general, la mayoría de los niños (74,3%) no tienen una dieta completamente balanceada.

## Determinantes ambientales

**Tabla 8**

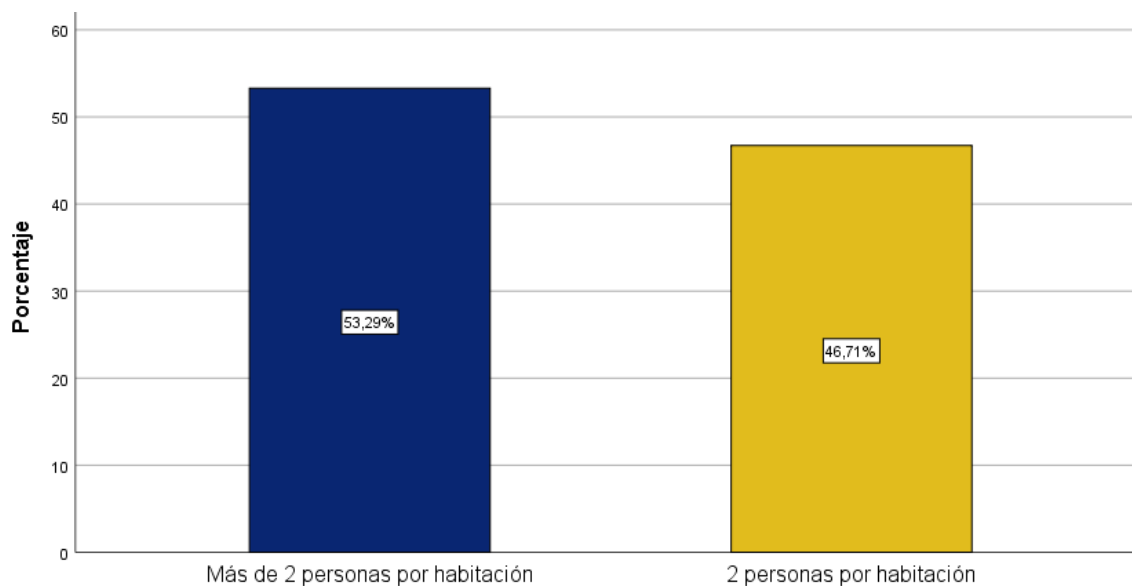
*Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Más de 2 personas por habitación	81	53,3
	2 personas por habitación	71	46,7
	Total	152	100,0

*Nota.* Se consideró la base de datos

**Figura 8**

*Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Extraído de la base de datos

### Análisis e interpretación.

Los resultados muestran la distribución del número de personas por habitación en las viviendas. Un 53,3% de los hogares tienen más de dos personas por habitación, mientras que un 46,7% tiene 2 personas por habitación. Esto sugiere que una proporción significativa de las viviendas presenta una alta densidad de ocupación, lo que podría implicar condiciones de espacio limitadas para muchas familias en la muestra. El total de la muestra es de 152, lo que permite obtener una visión clara sobre la distribución del espacio en estos hogares.

**Tabla 9**

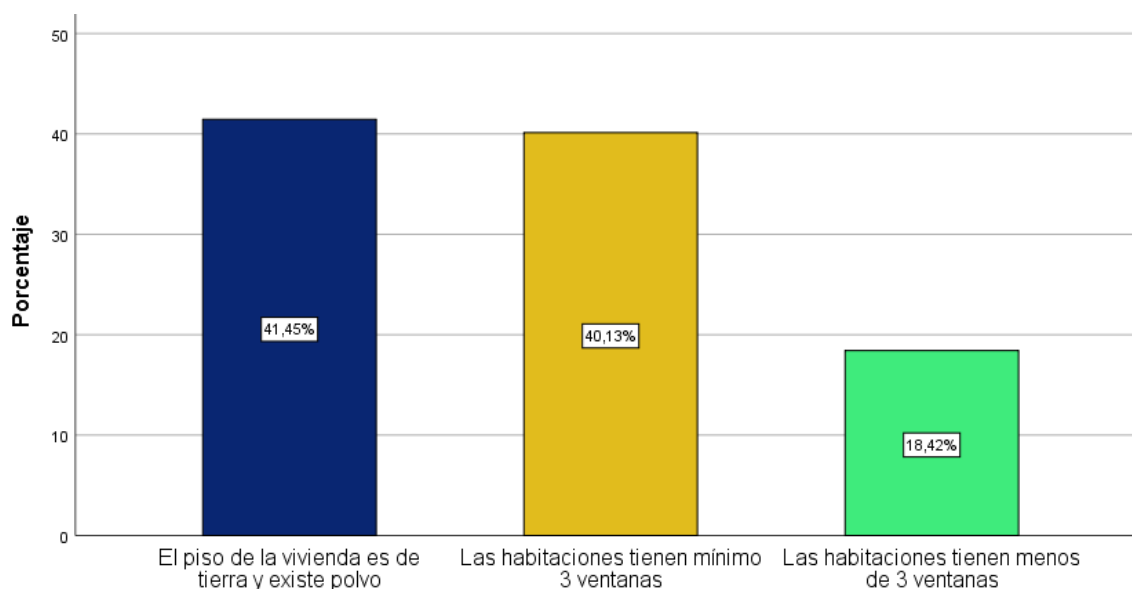
*Características de la ventilación de la vivienda en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	El piso de la vivienda es de tierra y existe polvo	63	41,4
	Las habitaciones tienen mínimo 3 ventanas	61	40,1
	Las habitaciones tienen menos de 3 ventanas	28	18,4
	Total	152	100,0

*Nota.* Trabajado con la base de datos

**Figura 9**

*Características de la ventilación de la vivienda en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

Los resultados muestran las características de la ventilación en las viviendas. Un 41,4% del piso de la vivienda es de tierra y existe polvo. Sin embargo, un 40,1% indica que las habitaciones tienen mínimo 3 ventanas, lo que podría limitar la circulación de aire. Además, un 18,4% precisa que las habitaciones tienen menos de 3 ventanas. Esto nos indica que los niños están expuestos al polvo por lo que tienen a adquirir una IRA.

**Tabla 10**

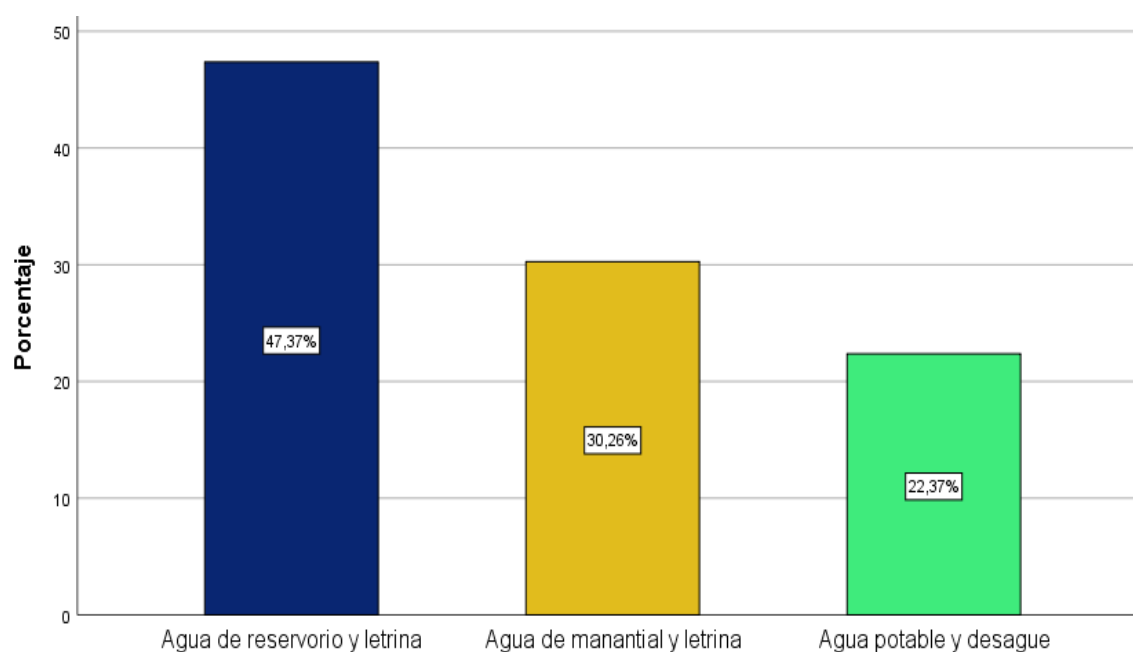
*Servicios de saneamiento básico en su vivienda en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Agua de reservorio y letrina	72	47,4
	Agua de manantial y letrina	46	30,3
	Agua potable y desagüe	34	22,4
	Total	152	100,0

*Nota.* Recogido de la base de datos

**Figura 10**

*Servicios de saneamiento básico en su vivienda en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

La tabla indica que el 47,4% de las viviendas tiene acceso a agua de reservorio y letrina, lo que sugiere condiciones de saneamiento básico limitadas. Un 30,3% depende de agua de manantial y letrina, lo que también refleja una infraestructura de saneamiento básica deficiente. Solo un 22,4% de las viviendas cuenta con agua potable y desagüe, lo que representa el acceso a un servicio de saneamiento más adecuado. En general, la mayoría de las viviendas (77,6%) no tienen acceso a servicios de saneamiento de calidad.

**Tabla 11**

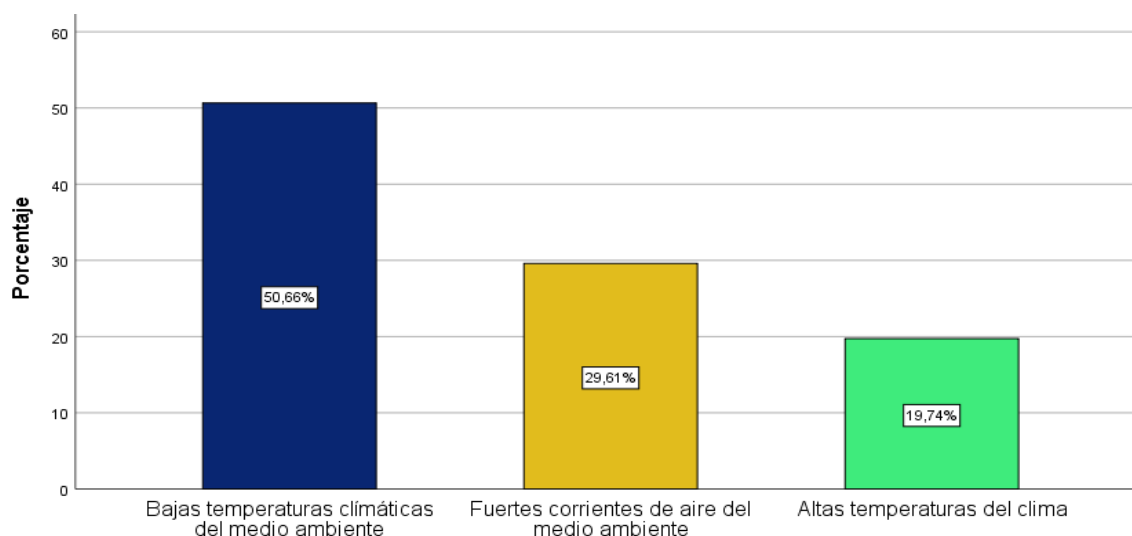
*Exposición del niño (a) a cambios bruscos ambientales en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajas temperaturas climáticas del medio ambiente	77	50,7
	Fuertes corrientes de aire del medio ambiente	45	29,6
	Altas temperaturas del clima	30	19,7
	Total	152	100,0

*Nota.* Extraído de la base de datos

**Figura 11**

*Exposición del niño (a) a cambios bruscos ambientales en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

La tabla muestra que el 50,7% de los niños está expuesto a bajas temperaturas climáticas, lo que puede tener implicaciones para su salud, especialmente en regiones frías. Un 29,6% se enfrenta a fuertes corrientes de aire, lo que también podría afectar su bienestar. Solo un 19,7% está expuesto a altas temperaturas, lo que sugiere una menor prevalencia de este factor ambiental en comparación con los otros. En general, la mayoría de los niños (80,3%) experimentan cambios climáticos que podrían influir en su salud y desarrollo.

**Prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en niños de 2 a 36 meses del Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre, Abancay 2024**

**Tabla 12**

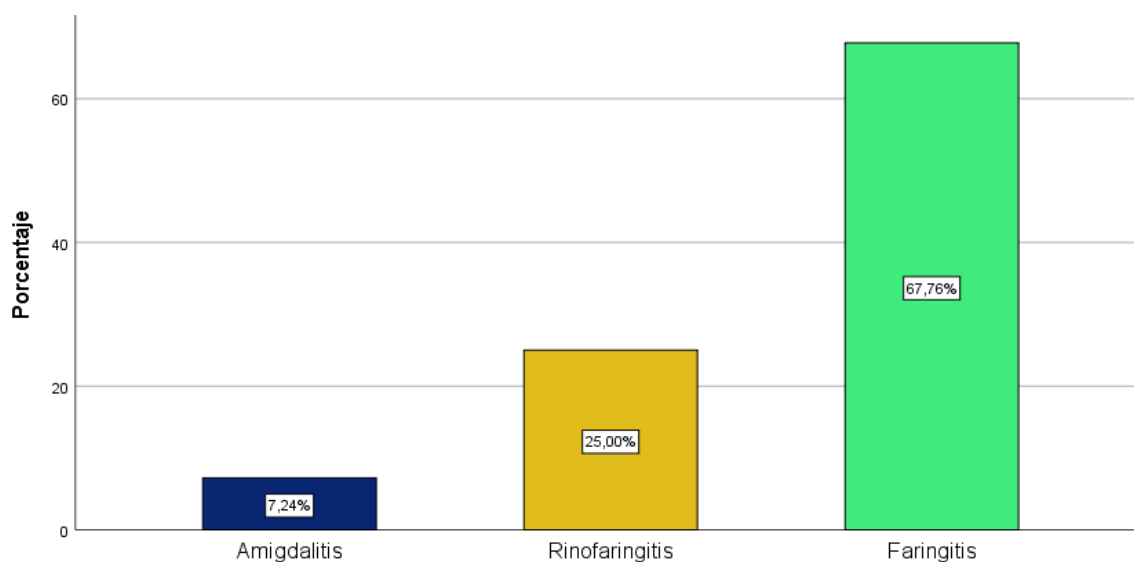
*Prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en niños de 2 a 36 meses del "Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre", Abancay 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Amigdalitis	11	7,2
	Rinofaringitis	38	25,0
	Faringitis	103	67,8
	Total	152	100,0

*Nota.* Extraído de la base de datos

**Figura 12**

*Prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en niños de 2 a 36 meses*



*Nota.* Extraído de la base de datos

**Análisis e interpretación.**

La tabla muestra que la enfermedad respiratoria aguda más prevalente es la faringitis, afectando al 67,8% de los niños. Le sigue la rinofaringitis, con un 25%, mientras que la amigdalitis tiene la menor prevalencia, con un 7,2%. Esto sugiere que las infecciones en las vías respiratorias superiores, como faringitis y rinofaringitis, son las más comunes en el grupo estudiado. En general, las enfermedades respiratorias agudas son un problema de salud significativo para este grupo de niños.

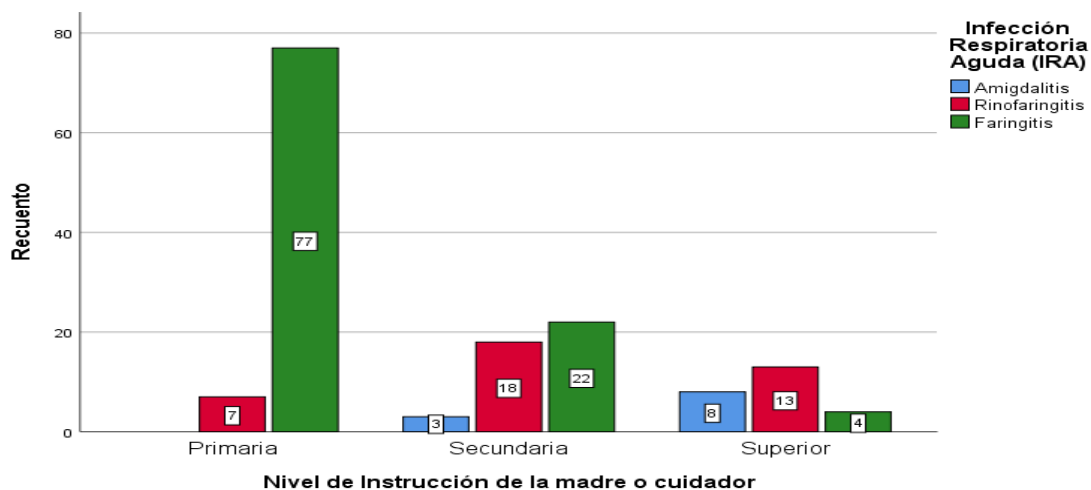
**Tabla 13**

*Nivel de Instrucción de la madre o cuidador relacionado a IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Nivel de Instrucción de la madre o cuidador	Primaria	0 0,0%	7 8,3%	77 91,7%	84 100,0%
	Secundaria	3 7,0%	18 41,9%	22 51,2%	43 100,0%
	Superior	8 32,0%	13 52,0%	4 16,0%	25 100,0%
Total		11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 13**

*Nivel de Instrucción de la madre o cuidador relacionado a IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada muestra la relación entre el nivel de instrucción de la madre o cuidador y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños: Madres con educación primaria: El 91,7% de los casos de IRA en este grupo son de faringitis, con una prevalencia baja de rinofaringitis (8,3%) y sin casos de amigdalitis. Madres con educación secundaria: El 51,2% de los casos de IRA en este grupo son de faringitis, con una mayor proporción de rinofaringitis (41,9%) y pocos casos de amigdalitis (7%). Madres con educación superior: Aunque el 52% de los casos son de rinofaringitis, también se observa una alta prevalencia de amigdalitis (32%) y una menor proporción de faringitis (16%).

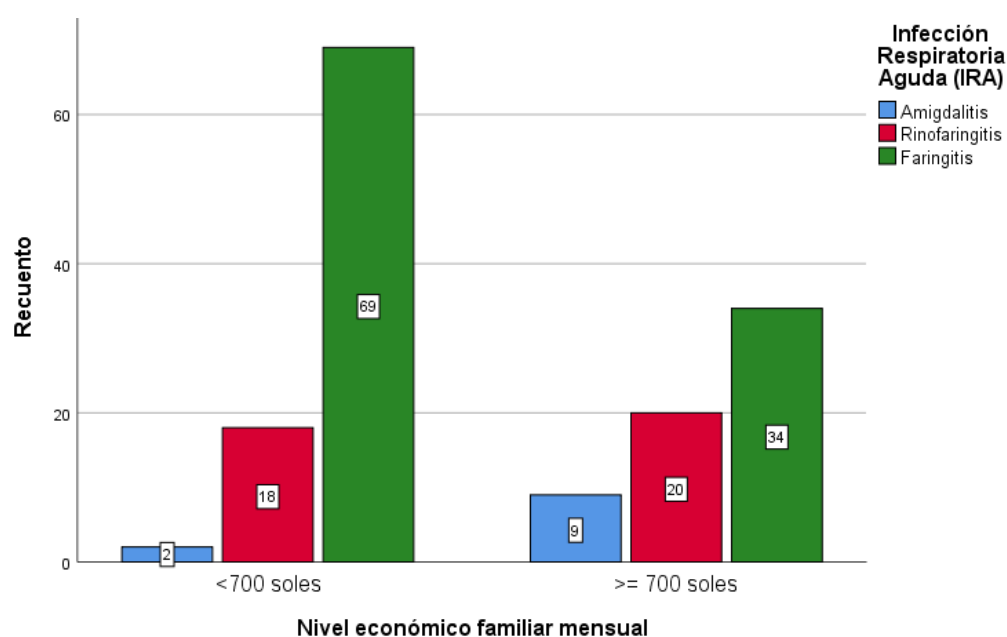
**Tabla 14**

*Nivel económico familiar mensual relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024.*

		Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Nivel económico familiar mensual	<700 soles	2 2,2%	18 20,2%	69 77,5%	89 100,0%
	>= 700 soles	9 14,3%	20 31,7%	34 54,0%	63 100,0%
Total		11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 14**

*Nivel económico familiar mensual relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada muestra la relación entre el nivel económico familiar mensual y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños: Familias con ingresos menores a 700 soles: El 77,5% de los casos de IRA en este grupo son de faringitis, con un 20,2% de rinofaringitis y solo un 2,2% de amigdalitis. Este grupo presenta una alta prevalencia de faringitis. Familias con ingresos mayores o iguales a 700 soles: El 54% de los casos en este grupo son de faringitis, un 31,7% son de rinofaringitis y el 14,3% son de amigdalitis. Aquí se observa una distribución más equilibrada entre los tipos de IRA, pero sigue predominando la faringitis.

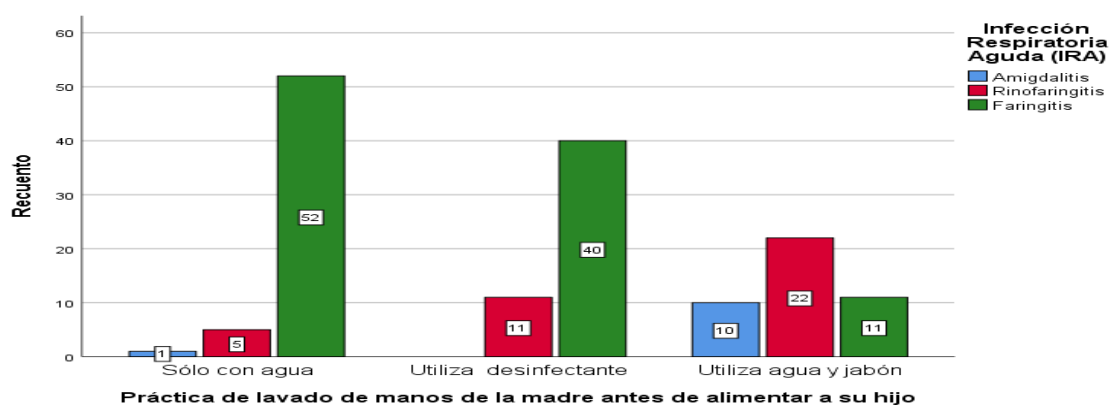
**Tabla 15**

*Práctica de lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Práctica de lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo	Sólo con agua	1 1,7%	5 8,6%	52 89,7%	58 100,0%
	Utiliza desinfectante	0 0,0%	11 21,6%	40 78,4%	51 100,0%
	Utiliza agua y jabón	10 23,3%	22 51,2%	11 25,6%	43 100,0%
Total		11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 15**

*Práctica de lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada muestra la relación entre la práctica de lavado de manos de la madre antes de alimentar a su hijo y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA): Madres que lavan las manos solo con agua: La mayoría de los casos (89,7%) son de faringitis, con un 8,6% de rinofaringitis y un 1,7% de amigdalitis. Esta práctica parece asociarse con una mayor prevalencia de faringitis. Madres que utilizan desinfectante: En este grupo, el 78,4% de los casos son de faringitis, seguido por un 21,6% de rinofaringitis. No se reportan casos de amigdalitis. Aunque se usa desinfectante, sigue predominando la faringitis. Madres que usan agua y jabón: Aquí se observa una distribución más equilibrada, con un 51,2% de los casos siendo rinofaringitis, un 23,3% amigdalitis y un 25,6% faringitis. Esta práctica parece asociarse con una mayor diversidad en los tipos de IRA.

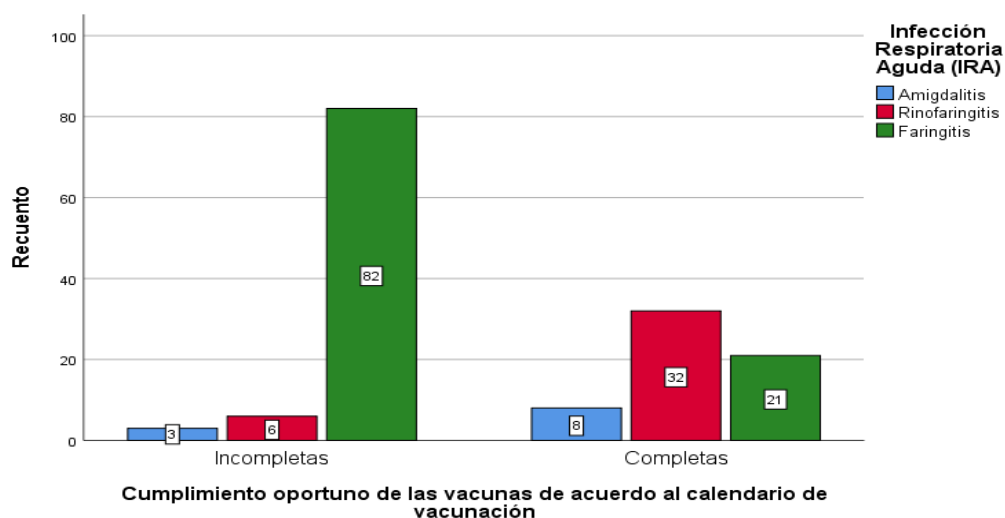
**Tabla 16**

*Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación	Incompletas	3 3,3%	6 6,6%	82 90,1%	91 100,0%
	Completas	8 13,1%	32 52,5%	21 34,4%	61 100,0%
Total		11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 16**

*Cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada muestra la relación entre el cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños: Cumplimiento incompleto de las vacunas: El 90,1% de los casos en este grupo son de faringitis, lo que sugiere que los niños con vacunas incompletas tienen una mayor prevalencia de esta infección respiratoria. También se observa un pequeño porcentaje de rinofaringitis (6,6%) y amigdalitis (3,3%). Cumplimiento completo de las vacunas: En este grupo, el 52,5% de los casos son de rinofaringitis, seguido por un 34,4% de faringitis y un 13,1% de amigdalitis. Aquí, las rinofaringitis son más prevalentes, pero la incidencia de faringitis sigue siendo alta.

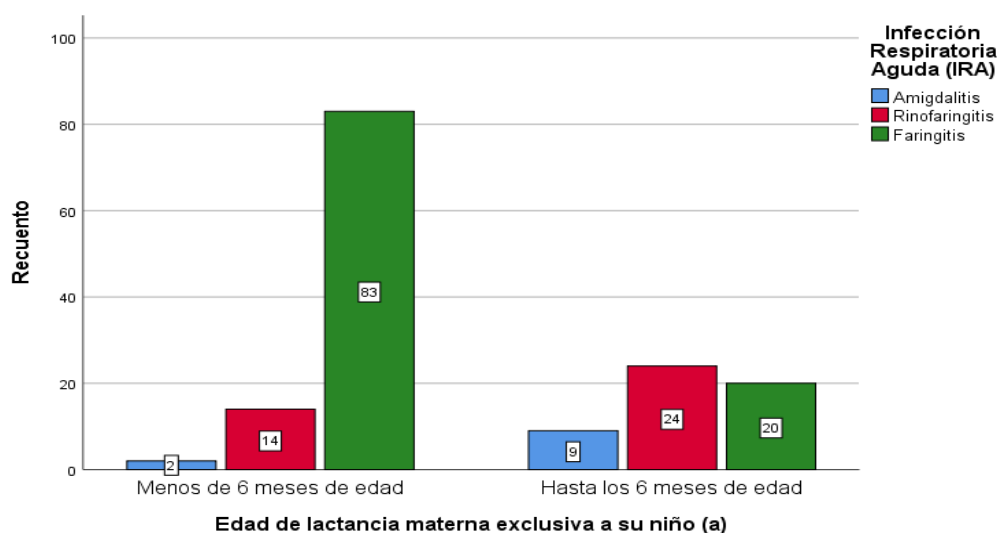
**Tabla 17**

*Edad de lactancia materna exclusiva a su niño (a) relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Edad de lactancia materna exclusiva a su niño (a)	Menos de 6 meses de edad	2 2,0%	14 14,1%	83 83,8%	99 100,0%
	Hasta los 6 meses de edad	9 17,0%	24 45,3%	20 37,7%	53 100,0%
Total		11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 17**

*Edad de lactancia materna exclusiva a su niño (a) relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada muestra la relación entre la edad de lactancia materna exclusiva y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños: Lactancia materna exclusiva menor a 6 meses: El 83,8% de los casos en este grupo son de faringitis, con un 14,1% de rinofaringitis y un 2% de amigdalitis. Este grupo presenta una alta prevalencia de faringitis, lo que podría indicar que la lactancia materna exclusiva por menos de 6 meses no parece prevenir eficazmente este tipo de infección respiratoria. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses: En este grupo, el 45,3% de los casos son de rinofaringitis, seguido por un 37,7% de faringitis y un 17% de amigdalitis. Aquí, las rinofaringitis son más prevalentes, y también se observa una distribución más equilibrada entre los tipos de IRA.

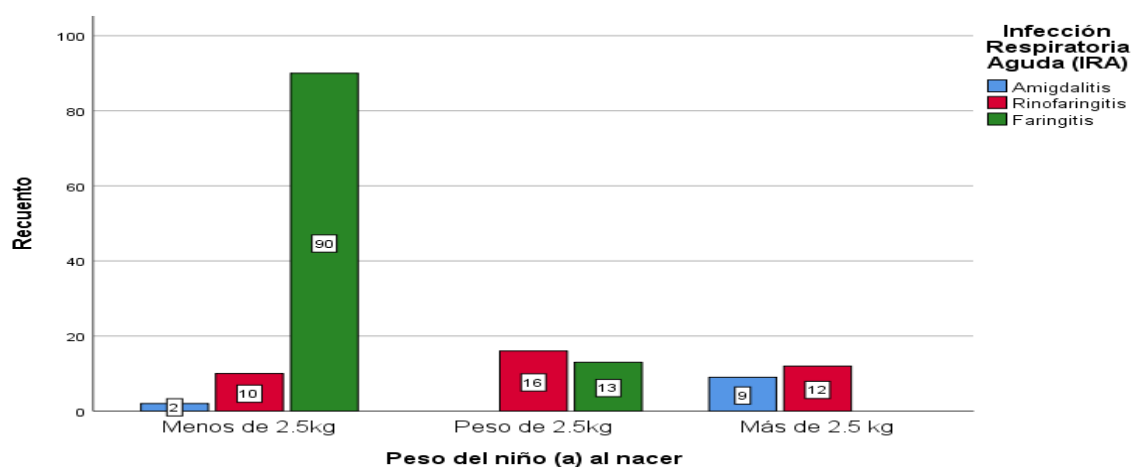
**Tabla 18**

*Peso del niño (a) al nacer relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

Peso del niño (a) al nacer		Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Menos de 2.5kg		2	10	90	102
		2,0%	9,8%	88,2%	100,0%
		0	16	13	29
2.5kg		0,0%	55,2%	44,8%	100,0%
		9	12	0	21
		42,9%	57,1%	0,0%	100,0%
Más de 2.5 kg		11	38	103	152
		7,2%	25,0%	67,8%	100,0%

**Figura 18**

*Peso del niño (a) al nacer relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada muestra la relación entre el peso al nacer del niño y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA): Niños con peso al nacer menor a 2.5 kg: El 88,2% de los casos en este grupo son de faringitis, con un 9,8% de rinofaringitis y un 2% de amigdalitis. Este grupo tiene una alta prevalencia de faringitis, lo que podría sugerir que los niños con bajo peso al nacer son más susceptibles a este tipo de infección respiratoria. Niños con peso al nacer de 2.5 kg: En este grupo, el 55,2% de los casos son de rinofaringitis, seguido por un 44,8% de faringitis. No hay casos de amigdalitis. Este grupo muestra una distribución más equilibrada entre rinofaringitis y faringitis. Niños con peso al nacer mayor a 2.5 kg: Aquí, el 57,1% de los casos son de rinofaringitis, con un 42,9% de amigdalitis. No se registran casos de faringitis en este grupo.

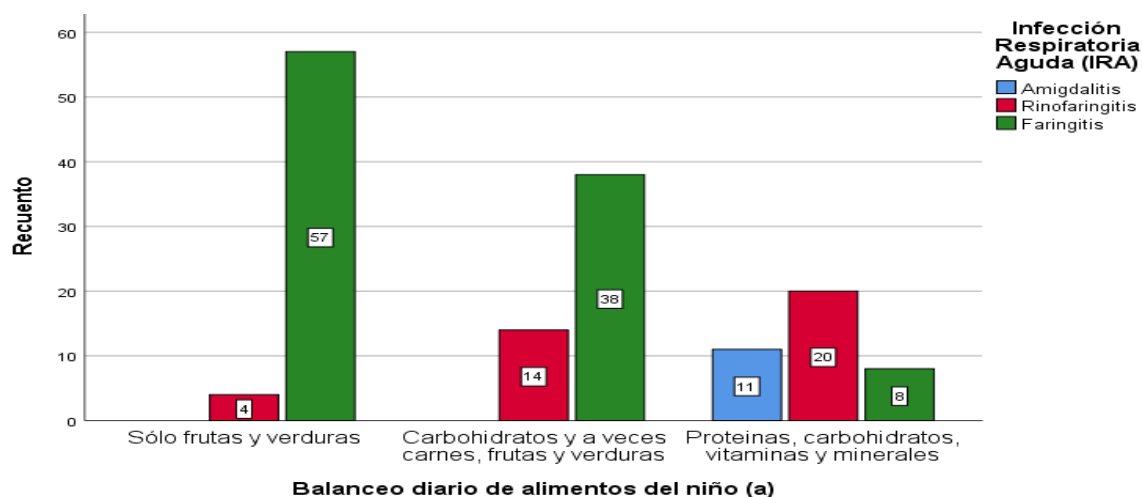
**Tabla 19**

*Balanceo diario de alimentos del niño (a) relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Balanceo diario de alimentos del niño (a)	Sólo frutas y verduras	0 0,0%	4 6,6%	57 93,4%	61 100,0%
	Carbohidratos y a veces carnes, frutas y verduras	0 0,0%	14 26,9%	38 73,1%	52 100,0%
	Proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales	11 28,2%	20 51,3%	8 20,5%	39 100,0%
Total		11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 19**

*Balanceo diario de alimentos del niño (a) relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada revela la relación entre el balanceo diario de alimentos del niño y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). En los niños que solo consumen frutas y verduras, el 93,4% presenta faringitis, mientras que solo un 6,6% tiene rinofaringitis. En aquellos que incluyen carbohidratos y a veces carnes, frutas y verduras, el 73,1% tiene faringitis, y un 26,9% rinofaringitis. Los niños con una dieta balanceada de proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales muestran una distribución más equilibrada, con el 51,3% de rinofaringitis, 28,2% de amigdalitis y 20,5% de faringitis.

Esto sugiere que una dieta más variada podría reducir la prevalencia de faringitis y amigdalitis.

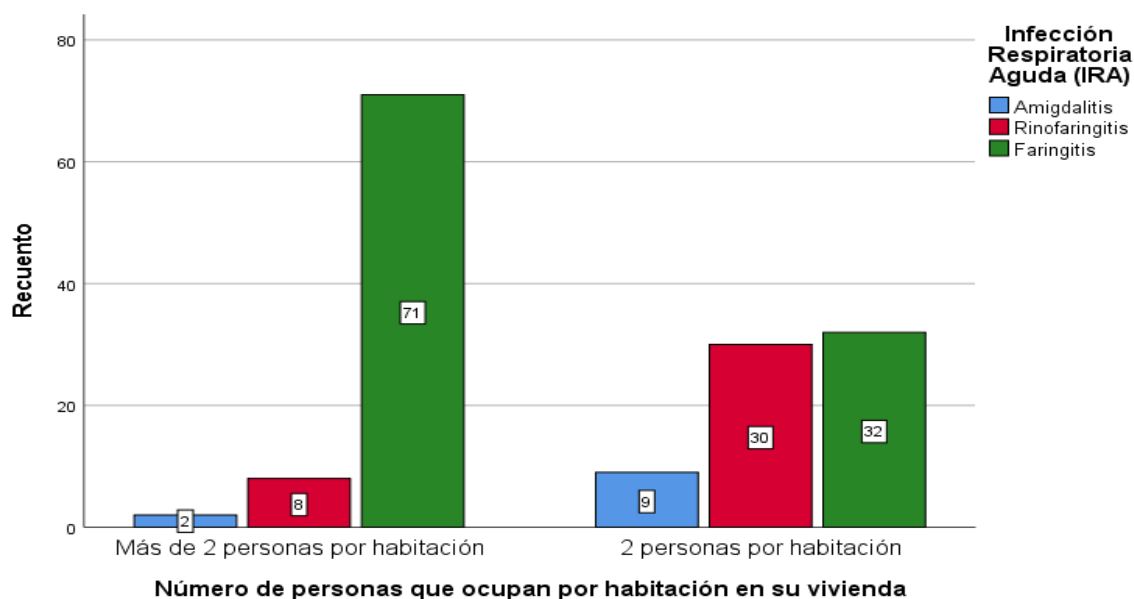
**Tabla 20**

Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024

Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda	Múltiplos de personas por habitación	Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
	Más de 2 personas por habitación	2 2,5%	8 9,9%	71 87,7%	81 100,0%
	2 personas por habitación	9 12,7%	30 42,3%	32 45,1%	71 100,0%
Total		11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 20**

Número de personas que ocupan por habitación en su vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses



### Análisis e interpretación.

La tabla cruzada muestra la relación entre el número de personas por habitación en la vivienda y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA): Más de 2 personas por habitación: El 87,7% de los casos en este grupo son de faringitis, con un 9,9% de rinofaringitis y un 2,5% de amigdalitis. Esto sugiere que, en viviendas con más de dos personas por habitación, la faringitis es la IRA más común. 2 personas por habitación: En este grupo, el 45,1% de los casos son de faringitis, el 42,3% son de

rinofaringitis, y el 12,7% son de amigdalitis. La distribución entre las distintas IRA es más equilibrada, con una mayor presencia de rinofaringitis.

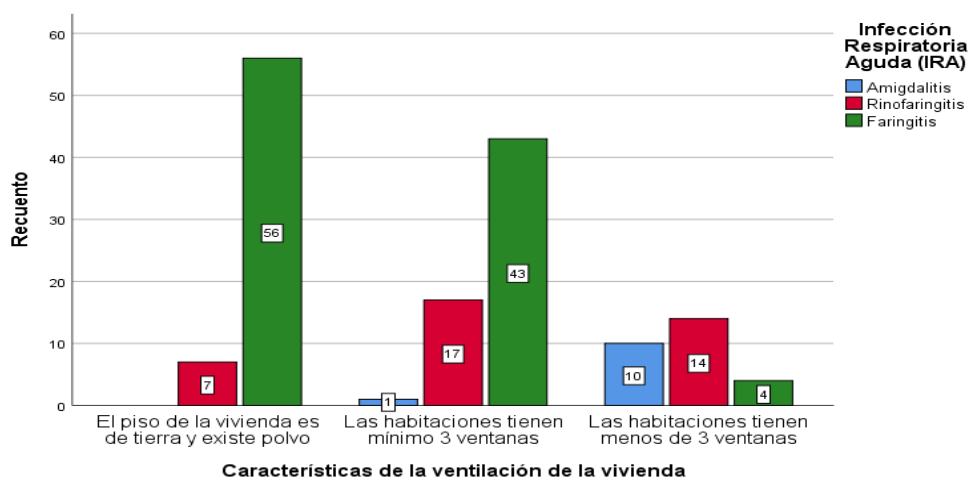
**Tabla 21**

*Características de la ventilación de la vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

Características de la ventilación de la vivienda	Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
	Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
El piso de la vivienda es de tierra y existe polvo	0 0,0%	7 11,1%	56 88,9%	63 100,0%
Las habitaciones tienen mínimo 3 ventanas	1 1,6%	17 27,9%	43 70,5%	61 100,0%
Las habitaciones tienen menos de 3 ventanas	10 35,7%	14 50,0%	4 14,3%	28 100,0%
<b>Total</b>	<b>11 7,2%</b>	<b>38 25,0%</b>	<b>103 67,8%</b>	<b>152 100,0%</b>

**Figura 21**

*Características de la ventilación de la vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada muestra la relación entre las características de ventilación de la vivienda y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). En viviendas con piso de tierra y polvo, el 88,9% de los casos son de faringitis, sugiriendo que este ambiente favorece esta enfermedad. En habitaciones con al menos tres ventanas, el 70,5% de los casos son de faringitis, con una disminución en la prevalencia de rinofaringitis. En viviendas

con menos de tres ventanas, predomina la rinofaringitis (50%), seguida de amigdalitis (35,7%) y faringitis (14,3%). Esto indica que la ventilación influye en el tipo de IRA prevalente.

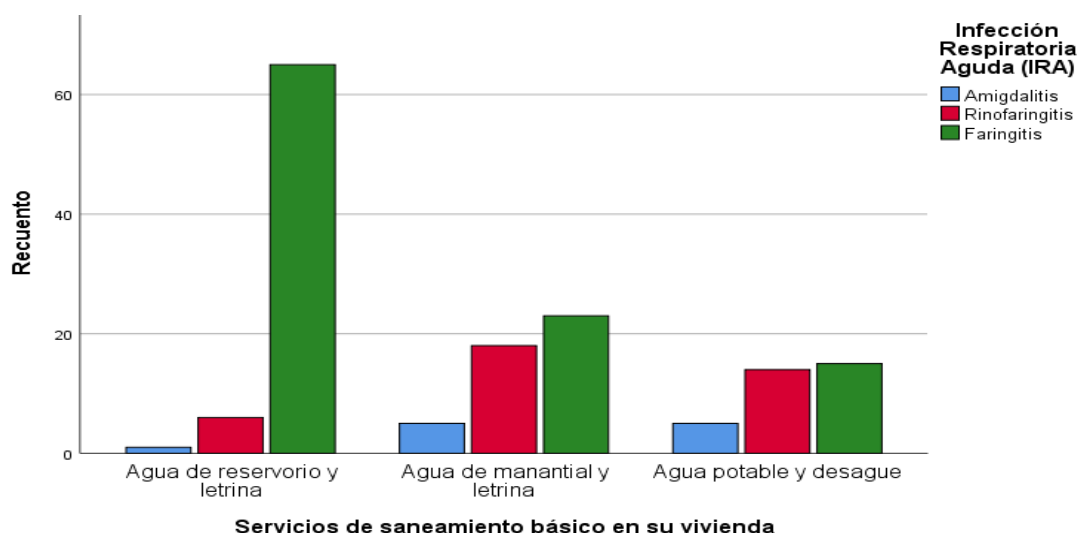
**Tabla 22**

*Servicios de saneamiento básico en su vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

		Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
		Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Servicios de saneamiento básico en su vivienda	Agua de reservorio y letrina	1 1,4%	6 8,3%	65 90,3%	72 100,0%
	Agua de manantial y letrina	5 10,9%	18 39,1%	23 50,0%	46 100,0%
	Agua potable y desagüe	5 14,7%	14 41,2%	15 44,1%	34 100,0%
Total		11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 22**

*Servicios de saneamiento básico en su vivienda relacionado con IRA en niños de 2 a 36 meses*



### **Análisis e interpretación.**

La tabla cruzada muestra la relación entre los servicios de saneamiento básico en la vivienda y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). En viviendas con agua de reservorio y letrina, el 90,3% de los casos son de faringitis, indicando que un servicio de agua deficiente favorece esta enfermedad. En viviendas con agua de manantial y letrina, el 50% de los casos son de faringitis, seguido por un 39,1% de

rinofaringitis. En viviendas con agua potable y desagüe, la prevalencia de faringitis es del 44,1%, mientras que rinofaringitis alcanza el 41,2%. Esto sugiere que la calidad del servicio de saneamiento básico influye en la prevalencia de las IRA.

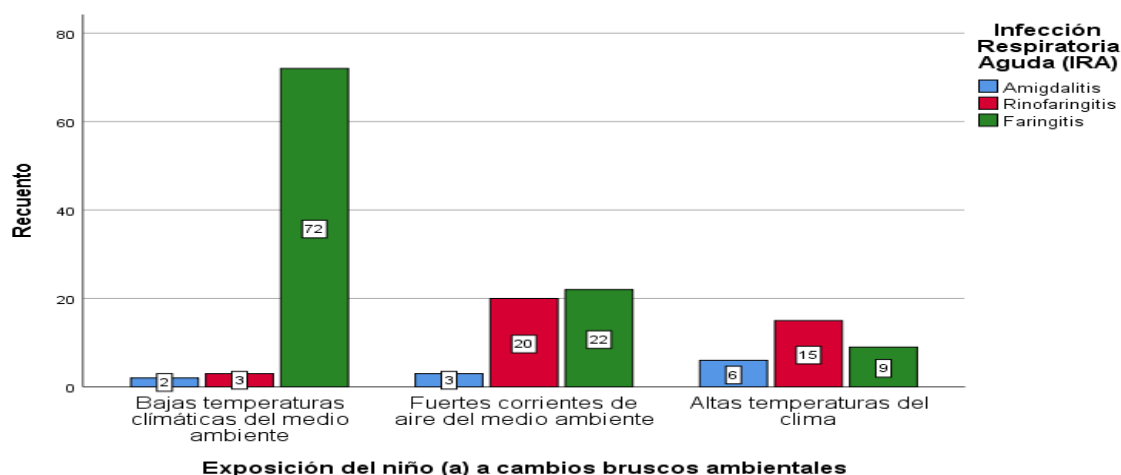
**Tabla 23**

*Exposición a cambios bruscos ambientales relacionados con IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

Exposición del niño (a) a cambios bruscos ambientales	Infección Respiratoria Aguda (IRA)			Total
	Amigdalitis	Rinofaringitis	Faringitis	
Bajas temperaturas climáticas del medio ambiente	2 2,6%	3 3,9%	72 93,5%	77 100,0%
Fuertes corrientes de aire del medio ambiente	3 6,7%	20 44,4%	22 48,9%	45 100,0%
Altas temperaturas del clima	6 20,0%	15 50,0%	9 30,0%	30 100,0%
Total	11 7,2%	38 25,0%	103 67,8%	152 100,0%

**Figura 23**

*Exposición a cambios bruscos ambientales relacionados con IRA en niños de 2 a 36 meses*



La tabla cruzada muestra la relación entre la exposición del niño a cambios bruscos ambientales y la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). En el grupo expuesto a bajas temperaturas climáticas, el 93,5% de los casos son de faringitis, lo que sugiere que el frío puede favorecer esta enfermedad. En el caso de las fuertes corrientes de aire, el 48,9% de los casos son de faringitis, y un 44,4% son de rinofaringitis, mostrando un mayor impacto de las corrientes de aire en las infecciones

respiratorias. Por último, en áreas con altas temperaturas, la mayoría de los casos son rinofaringitis (50%), seguida de faringitis (30%), indicando que el calor también influye en la prevalencia de estas enfermedades.

### Resultados inferenciales

**Ho:** No existe relación significativa entre los determinantes sociales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, Abancay-2024.

**H:** Existe relación significativa entre los determinantes sociales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, Abancay-2024.

### Tabla 24

*Chi cuadrado del nivel de instrucción de la madre o cuidador con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	67,496	4	0,000
Razón de verosimilitud	68,401	4	0,000
Asociación lineal por lineal	61,686	1	0,000
V de Cramer	-0,471		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### Análisis e interpretación.

Los datos que se exponen en la tabla evidencian que si existe una correlación inversa entre el nivel de instrucción de las madres con la Ira que afecta al niño. El valor obtenido de significancia fue de  $0,000 < 0,05$  esto confirma la correlación, además el chi cuadrado fue de 67.496 que también evidencia la correlación existente. Según la V de Cramer se encontró un valor de -0,471 que implica correlación moderada pero inversa esto implica que cuanto mejor se la instrucción de los padres menor será la IRA que afecte a los niños debido a que podrán prevenir con conocimiento de causa.

**Tabla 25**

*Chi cuadrado del nivel económico familiar mensual con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,368	2	0,002
Razón de verosimilitud	12,588	4	0,002
Asociación lineal por lineal	12,104	1	0,001
V de Cramer	-0,295		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis muestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel económico familiar mensual y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 12,368 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal también es significativa ( $0,000 < 0,005$ ), indicando que el nivel económico influye en la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,295 sugiere una correlación negativa débil, lo que implica que, a mayor nivel económico familiar, menor es la prevalencia de IRA en los niños.

**Tabla 26**

*Chi cuadrado de la práctica de lavado de manos de la madre al alimentar a su hijo con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,861	4	0,000
Razón de verosimilitud	57,473	4	0,000
Asociación lineal por lineal	43,569	1	0,000
V de Cramer	-0,429		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis muestra una relación estadística de bastante significado entre la práctica de lavado de manos de la madre al alimentar a su hijo y la Infección Respiratoria Aguda (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 55,861 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal también es significativa ( $0,000 < 0,005$ ), lo que indica que el hábito de higiene influye en la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,429 precisa una relación moderada y negativa, lo que implica que en cuanto mejora la práctica de lavarse la mano, disminuye la prevalencia de IRA en los niños.

#### **Tabla 27**

*Chi cuadrado del cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación con las IRA en niños de 2 a 36 meses del "Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre", Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,305	2	0,000
Razón de verosimilitud	54,535	2	0,000
Asociación lineal por lineal	40,572	1	0,000
V de Cramer	-0,587		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis muestra una relación estadísticamente significativa entre el cumplimiento oportuno de las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación y la Infección Respiratoria Aguda (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 52,305 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal también es significativa ( $0,000 < 0,005$ ), indicando que el cumplimiento de las vacunas influye en la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,587 refleja una correlación moderada y negativa, sugiriendo que un mejor cumplimiento de las vacunas se asocia con una menor prevalencia de IRA.

**Tabla 28**

*Chi cuadrado de la edad de lactancia materna exclusiva al niño con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,895	2	0,000
Razón de verosimilitud	34,730	2	0,000
Asociación lineal por lineal	33,329	1	0,000
V de Cramer	-0,479		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis muestra una asociación importante entre la edad de lactancia materna exclusiva y la Infección Respiratoria Aguda (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 34,895 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal es también significativa ( $0,000 < 0,005$ ), lo que indica que la edad de lactancia materna exclusiva influye en la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,479 refleja una correlación moderada y negativa, sugiriendo que la lactancia materna exclusiva por más tiempo está asociada con una menor prevalencia de IRA.

**Tabla 29**

*Chi cuadrado del peso del niño al nacer con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	94,291	4	0,000
Razón de verosimilitud	90,017	2	0,000
Asociación lineal por lineal	74,645	1	0,000
V de Cramer	-0,557		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis muestra una relación estadísticamente significativa entre el peso del niño al nacer y las Infección Respiratoria Aguda (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 94,291 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal es igualmente significativa ( $0,000 < 0,005$ ), lo que indica que el peso al nacer influye en la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,557 indica una fuerte correlación negativa, lo que sugiere que un menor peso al nacer está asociado con una mayor prevalencia de IRA.

### **Tabla 30**

*Chi cuadrado del balanceo diario de alimentos del niño con las IRA en niños de 2 a 36 meses del "Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre", Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,026	4	0,000
Razón de verosimilitud	73,284	4	0,000
Asociación lineal por lineal	58,289	1	0,000
V de Cramer	-0,480		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis muestra una relación estadísticamente significativa entre el balanceo diario de alimentos del niño y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 70,026 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal también es significativa ( $0,000 < 0,005$ ), lo que indica que el tipo de alimentación influye en la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,480 sugiere una correlación negativa moderada, indicando que una alimentación menos balanceada se asocia con una mayor prevalencia de IRA.

**Ho:** No existe relación significativa entre los determinantes ambientales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, Abancay-2024.

**H:** Existe relación significativa entre los determinantes ambientales con las infecciones respiratorias agudas, en niños (as) de 2 a 36 meses del “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, Abancay-2024.

### Tabla 31

*Chi cuadrado del número de personas que ocupan por habitación en su vivienda con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,437	2	0,000
Razón de verosimilitud	32,867	2	0,000
Asociación lineal por lineal	27,203	1	0,000
V de Cramer	-0,455		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### Análisis e interpretación.

El análisis muestra una relación estadísticamente significativa entre el número de personas que ocupan por habitación en la vivienda y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 31,437 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal también es significativa ( $0,000 < 0,005$ ), indicando que el número de personas por habitación influye en la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,455 sugiere una asociación negativa moderada, lo que indica que, a más número de personas por habitación, mayor es la prevalencia de IRA.

**Tabla 32**

*Chi cuadrado de las características de la ventilación de la vivienda con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,672	4	0,000
Razón de verosimilitud	62,040	4	0,000
Asociación lineal por lineal	52,009	1	0,000
V de Cramer	-0,468		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis revela una relación estadísticamente significativa entre las características de la ventilación de la vivienda y la Infección Respiratoria Aguda (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 66,672 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal también es significativa ( $0,000 < 0,005$ ), lo que sugiere que las condiciones de ventilación de la vivienda afectan la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,468 precisa una relación negativa moderada, lo que implica que una ventilación deficiente en la vivienda está asociada con una mayor prevalencia de IRA.

**Tabla 33**

*Chi cuadrado de los servicios de saneamiento básico en su vivienda con las IRA en niños de 2 a 36 meses del “Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre”, Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,428	4	0,000
Razón de verosimilitud	35,209	4	0,000
Asociación lineal por lineal	25,786	1	0,000
V de Cramer	-0,327		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis muestra una relación estadísticamente significativa entre los servicios de saneamiento básico en la vivienda y las Infección Respiratoria Aguda (IRA), con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 32,428 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal también es significativa ( $0,000 < 0,005$ ), lo que sugiere que los servicios de saneamiento afectan la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,327 indica una correlación negativa moderada, lo que implica que un acceso insuficiente a servicios de saneamiento básico está asociado con una mayor prevalencia de IRA.

### **Tabla 34**

*Chi cuadrado de la exposición del niño a cambios bruscos ambientales con las IRA en niños de 2 a 36 meses del "Centro de salud Dr. Carlos Ayestas La Torre", Abancay 2024*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,296	4	0,000
Razón de verosimilitud	57,601	4	0,000
Asociación lineal por lineal	41,621	1	0,000
V de Cramer	-0,419		
N de casos válidos	152		

*Nota.* Extraído de la base de datos

### **Análisis e interpretación.**

El análisis muestra una relación estadísticamente significativa entre la exposición del niño a cambios bruscos ambientales y la IRA, con un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 53,296 ( $0,000 < 0,05$ ). La asociación lineal también es significativa ( $0,000 < 0,005$ ), lo que sugiere que la exposición a cambios ambientales puede influir en la prevalencia de IRA. El valor de V de Cramer de -0,419 evidencia una relación negativa moderada, lo que implica que una mayor exposición a cambios bruscos de temperatura y aire está asociada con una mayor prevalencia de IRA.

## **Discusión de resultados**

Este estudio sobre la relación de los determinantes socioambientales con las infecciones respiratorias agudas (IRA) en los menores de edad de 2 a 36 meses en el “Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, Abancay, aporta información relevante para la comprensión de la incidencia de esta enfermedad en un contexto local y resalta la importancia de los determinantes sociales y ambientales como factores clave en la prevalencia de IRA.

En cuanto a los determinantes socioambientales, se encontró que los factores relacionados con las condiciones sociales y ambientales juegan un papel importante en la aparición de IRA en la población infantil. Los hallazgos confirman lo señalado por Bartolo (2022), quien menciona que las IRA son una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, afectando particularmente a los niños, debido a diversos factores, como el ser pobre, no tener acceso al servicio médico adecuado y las condiciones insalubres del entorno. En este estudio, se observó que las condiciones socioeconómicas, como la nutrición deficiente y los accesos limitados a un servicio de salud, están directamente relacionadas con un mayor riesgo de IRA.

Asimismo, Ríos (2022) establece que la IRA se considera como causante de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas en el mundo, lo que resalta la relevancia de este estudio. Conocer la prevalencia de IRA en este grupo etario es esencial para implementar estrategias preventivas. En este contexto, se encontró que los niños con acceso limitado a atención médica preventiva y tratamiento adecuado presentaron una mayor prevalencia de IRA, lo que refuerza la necesidad de mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de salud para la prevención y tratamiento de estas infecciones.

Los resultados también coinciden con los de Quilla (2020), quien destaca que las condiciones ambientales y sociales son determinantes clave en la frecuencia de IRA altas en el niño. En el presente estudio, se observó que el exponerse a un cambio brusco de temperatura y la ausencia de ventilar adecuadamente en el hogar

contribuyen significativamente a la aparición de estas infecciones. De manera similar a lo que encontró Sampén (2019), en el que los factores individuales, como la nutrición y la vacunación incompleta, tuvieron un mayor impacto en la incidencia de IRA que los factores ambientales, este estudio también resalta la importancia de la nutrición y la cobertura de vacunación como factores protectores frente a las IRA.

Este estudio resalta la necesidad de intervenciones que aborden tanto los factores socioeconómicos como ambientales. Prevenir la IRA implica centrarse en mejorar las formas de vida de las familias, promover una mejor nutrición y asegurar el cumplimiento del calendario de vacunación. Además, se debe fomentar el acceso a servicios de salud para asegurar la atención temprana de los casos de IRA, especialmente en los meses de mayor incidencia. Las políticas públicas deben orientarse a fortalecer la red de apoyo social y mejorar las condiciones sanitarias en las viviendas, lo cual contribuiría a la reducción de la prevalencia de estas infecciones respiratorias en la población infantil.

## VI. Conclusiones

1. Se encontró una fuerte relación entre los determinantes socioambientales y la prevalencia de IRA en niños, destacando el impacto de factores como la nutrición, el acceso a atención médica y las condiciones ambientales. Los análisis de chi-cuadrado mostraron asociaciones significativas, lo que refuerza la relevancia de estos determinantes en la salud infantil. Es fundamental implementar estrategias de intervención dirigidas a mejorar estos aspectos para reducir la incidencia de IRA en este grupo etario.
2. Los determinantes socioambientales, como la calidad de la vivienda, el acceso al agua potable y las condiciones sanitarias, fueron identificados como factores clave en la salud de los niños. La falta de acceso a servicios básicos y la exposición a ambientes insalubres están directamente relacionados con una mayor prevalencia de IRA. Este hallazgo subraya la necesidad de mejorar las condiciones sociales y ambientales de las familias para reducir los riesgos de IRA.
3. La rinofaringitis y la faringitis fueron las infecciones respiratorias agudas más prevalentes en este grupo de niños, constituyendo el 67,8% de los casos. La alta frecuencia de estas IRA resalta la necesidad de abordar tanto los factores biológicos como los ambientales que favorecen su aparición. Las estrategias preventivas deben centrarse en la protección contra estos tipos de infecciones, especialmente en el contexto de los determinantes sociales y ambientales.
4. El análisis estadístico reveló que los determinantes sociales, como el nivel socioeconómico y el acceso a servicios de salud, tienen una relación significativa con la prevalencia de IRA. Los niños en familias con recursos limitados y con acceso restringido a atención médica adecuada presentaron mayores tasas de IRA. Esto destaca la necesidad de mejorar las condiciones sociales y el acceso a servicios de salud para prevenir estas infecciones en poblaciones vulnerables.

5. Los determinantes ambientales, como la exposición a cambios bruscos de temperatura y la ventilación inadecuada en las viviendas, se asociaron significativamente con la aparición de IRA en los niños estudiados. Los resultados indican que la mejora de las condiciones ambientales, especialmente en las viviendas, podría reducir la incidencia de estas infecciones respiratorias. Este hallazgo resalta la importancia de políticas públicas que mejoren las condiciones ambientales en zonas vulnerables.

## VII. Recomendaciones

1. Se recomienda a las madres de familia mejorar las condiciones socioambientales de sus hogares, como el acceso a una mejor calidad de vida, educación y atención médica, para reducir el riesgo de infecciones respiratorias agudas en sus hijos. Además, promover ambientes limpios y libres de contaminantes contribuirá significativamente a la salud respiratoria infantil. La prevención debe comenzar desde el entorno familiar y social.
2. Las madres de familia deben fomentar un entorno social y ambiental más favorable para sus hijos, promoviendo la educación, el acceso a servicios de salud y el apoyo social. Las madres que enfrentan condiciones desfavorables deben buscar alternativas de apoyo, como la participación en programas de salud comunitaria y la mejora en el acceso a recursos sociales. Además, deben mejorar las condiciones ambientales donde sus hijos crecen, asegurándose de que vivan en entornos más saludables y libres de contaminantes, como el humo de leña o la exposición a agentes tóxicos. Para aquellos niños en condiciones desfavorables, es importante buscar soluciones para reducir la exposición a estos factores y promover ambientes más seguros.
3. Las madres de familia deben estar atentas a los primeros síntomas de infecciones respiratorias, como dolor de garganta o dificultad para respirar, especialmente en caso de faringitis o rinofaringitis, que son las más prevalentes, además deben promover hábitos de higiene y evitar la exposición a agentes infecciosos, como cambios bruscos de temperatura y ambientes contaminados.
4. Las madres de familia deben mejorar las condiciones sociales dentro de su entorno, mejorando su educación y calidad de vida de sus hijos. Además, las

madres deben buscar apoyo en servicios de salud para garantizar una atención adecuada y oportuna. Mejorar el nivel socioeconómico y educativo es clave para reducir la incidencia de infecciones respiratorias agudas en los niños.

5. Las madres de familia deben mejorar las condiciones ambientales en sus hogares, garantizando un ambiente libre de contaminantes como humo, polvo o humedad excesiva. Es importante promover la ventilación adecuada en las viviendas y evitar la exposición a factores que puedan afectar la calidad del aire. Mejorar estos aspectos puede tener un impacto directo en prevenir una IRA y en la salud general del niño.

### VIII. Bibliografía

1. Miranda, JJ. Aprobar plan respuesta ante en incremento de las infecciones respiratorias agudas. Revista de ciencias de la salud. 2024.
2. Paz ALA, Peralta CY. Infecciones respiratorias graves en pacientes pediátricos. 2020.
3. K away Caceda LT. NO CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. 2019.
4. Acosta R, M. Conocimiento y medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas en padres y madres de la sierra del Perú, 2022. 2024.
5. Cárdenas, Enrique. Determinantes sociales en salud. 2017.
6. Fiestas H KE. Factores asociados a infecciones respitarorias. 2021.
7. Cedeño, JL Cremé, LMC Garzón. Factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas altas en niños menores de cinco años. 2021.
8. Zuñiga Alvarado. Factores medioambientales asociados a infecciones respiratorias. 2021.
9. Calderón-C, Lazo-Cremé J, Caballero-Garzón LM, Cardero-Guía CM. Factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas altas en niños menores de cinco años. 2021.
10. Lituma M,F - Sumba M V. Infección Respiratoria Aguda en Niños Menores de 5 años en Latinoamérica. 2021.
11. Daza C ,L- Mejía,C- Pacheco H, O. Efectividad del gasto en salud pública y su

- impacto sobre la mortalidad por infección respiratoria aguda - Colombia. 2017.
12. Alva B, Brhando J. Determinante sociales de las infecciones. 2020.
  13. Rios Vasquez ML, Macedo Y JN. Prevalencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro de salud, de Iquitos. 2021.
  14. Nalvarte Q, JE. Las infecciones respiratorias agudas altas son un problema de salud pública. 2020.
  15. Alzapalo I GI, Alvites B, XG. Principales factores que predominan en la incidencia de infecciones respiratorias agudas "IRA" en niños menores de 6 años de edad, en el Puesto de Salud Virgen del Rosario, Cerro de Pasco, julio a diciembre. 2019.
  16. Bustamante M, Paulino. Factores individuales, ambientales asociados a infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. asentamiento humano Nuevo Progreso, Pimentel. 2019.
  17. Oscuez M, Tannya P. Factores socioambientales que influyen en el desarrollo de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, área hospitalización pediátrica, Hospital General IESS Milagro, Guayas, octubre. 2019.
  18. Villar Aguirre, M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. 2011.
  19. Holguín, M. M., y Ramos Moreno, L. J. Factores de riesgo que desencadenan Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niños menores de 5 años. 2018.
  20. Benguigui, FJL Antuñano, G Schmunis, JY Yunes. Infecciones respiratorias en niños. 1997.
  21. Ambricio T, Estevez P, Culque P, Yanet P. Factores de riesgo y prevención de

- infecciones respiratorias agudas. 2021.
22. Ferreira,E -Guerrero, MC, Epid,(1) Renata Báez-Saldaña, MC. Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres. 2013.
  23. Álvarez C,M- Castro AlmaralesII,R- Rodríguez A- Santa Deybis Orta HernándezIV. Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. 2008.
  24. Muñoz M, CM- Dueñas B, VA - Castro A,J- Holguín M, GG. Descripción y análisis de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. 2021.
  25. Cassorls, E. Violjogky RB y VB. Laringitis obstructiva. 1958.
  26. Salazar Porras DML. Otitis media aguda en infantes. 2023.
  27. Pérez L OAÁJPP. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. 2023.
  28. Martínez C. Comportamiento de las infecciones respiratorias agudas en un consultorio médico. 2018.
  29. Fernández Rocío G. Incumplimiento del calendario Nacional de Vacunas en niños de 0 a 12 años en un Centro. 2021.
  30. López JV. Reflexiones epistemológicas. 2020.
  31. Getial JCA. Línea base de la duración de la lactancia materna exclusiva e inicio de alimentación. 2023.
  32. Ocampo,H, J Rios D, Calderon C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. 2017.
  33. MINSA. El lavado de manos como medio de reducir las enfermedades. Ministerio de Salud. 2020.

Los anexos, panel fotográfico y otros documentos están resguardados en la oficina de repositorio digital institucional en la Biblioteca Central de la Universidad Tecnológica de los Andes