



## Factores de Riesgo en niños con Infecciones Respiratorias Agudas Bajas No Complicadas; Boca de Galafre, 2020-2022.:

- Dra. Massiel Feliu Jiménez,
- Dr C. Mabel Pérez Acosta, <https://orcid.org/0000-0002-1997-2569>
- MSc. Dra. Olga Lidia Pérez Álvarez,
- Dra Liany Rivero Díaz,
- Dr. Wilian Malagón Rodríguez

Jefa GBT, CI: 86090708256, Categoría docente: Profesora Instructora, Especialidad: especialista de I grado de Medicina General Integral, Institución a la pertenezco: Policlínico Pedro Fonseca Álvarez, Cargo: Directora Docente, Municipio: La Lisa, Provincia: La Habana.

CI: 64060518716, Categoría docente: Profesora Auxiliar, Categoría científica: Doctora en Ciencias, Especialidad: especialista de I y II grado de Medicina General Integral, Institución a la pertenezco: Policlínico Pedro Fonseca Álvarez, Cargo: Metodóloga Docente, Municipio: La Lisa, Provincia: La Habana, correo: [mabelperez@infomed.sld.cu](mailto:mabelperez@infomed.sld.cu); <https://orcid.org/0000-0002-1997-2569>

CI: 72091804734, Categoría docente: Profesora Asistente, Especialidad: especialista de I grado de Medicina General Integral, Institución a la pertenezco: Hospital Pediátrico Pepe Portilla, Cargo: Vicedirectora, Municipio: Pinar del Río, Provincia: Pinar del Río, correo: [olga18@gamial.com](mailto:olga18@gamial.com)

CI: 95091523412, Especialidad: especialista de I grado de Medicina General Integral, Institución a la pertenezco: Policlínico Pedro Fonseca Álvarez, Cargo: Médica del Consultorio Médico no. 3, Municipio: La Lisa, Provincia: La Habana, correo: [liany.rivero@nauta.cu](mailto:liany.rivero@nauta.cu)

, CI: 95091523412, Especialidad: especialista de I grado de MGI, Institución a la pertenezco: Policlínico Pedro Fonseca Álvarez, Cargo: Médico del Consultorio Médico no. 3, Municipio: La Lisa, Provincia: La Habana, correo: [liany.rivero@nauta.cu](mailto:liany.rivero@nauta.cu)

La investigación se realizó en Boca de Galafre comunidad del Municipio San Juan Martínez, Provincia: Pinar del Río.

Temática: Artículo original de Tesis terminada.

## RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades respiratorias son una de las principales causas de morbilidad en el mundo, al ubicarse entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de cinco años. La prevención de estas enfermedades es la medida terapéutica sanitaria más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de dicha

prevención, se basa en oportuna identificación de los factores de riesgo. **Objetivo:** Caracterizar las infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas en niños del Consejo Popular Boca de Galafre en el período 2020 a 2022. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal; en 57 niños menores de cinco años. **Resultados:** Existió un predominio de las edades entre 0 y 2 años, del sexo masculino y del color de piel mestizo. Entre los factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas, resultó más frecuente la presencia de tabaquismo pasivo y el bajo peso al nacer. Fueron el Crup infeccioso y la bronquiolitis, las entidades de mayor frecuencia. Existió asociación entre las neumonías y el bajo peso al nacer, la desnutrición, los animales domésticos y el hacinamiento. El Crup infeccioso presentó asociación a la ausencia de lactancia materna y al hacinamiento. La bronquitis/traqueobronquitis se asociaron a la ausencia de la lactancia materna; mientras que la bronquiolitis se asoció al hacinamiento y al tabaquismo pasivo.

**Palabras Clave:** Infecciones respiratorias agudas, factores de riesgo, niño menor de cinco años.

## I. INTRODUCCIÓN.

Desde 412 a.C. Hipócrates y Livio describieron una epidemia que comenzó en diciembre después de un cambio climático y muchos enfermos tuvieron complicaciones con neumonía. En Europa, hubo epidemias de tipo gripal en los siglos VI y IX; sin embargo, la primera epidemia de influenza fue descrita como tal, en diciembre de 1173.<sup>1</sup>

Maimónides (1138-1204 d.C.) planteó que los síntomas básicos que se producen en la neumonía y que nunca faltan son los siguientes: fiebre aguda, pegue [pleurítico] dolor en el costado, corta respiración rápida, pulso sierra y la tos.<sup>2</sup>

Las bacterias fueron vistas por primera vez en las vías respiratorias de las personas que murieron a causa de la neumonía por Edwin Klebs en 1875. Los trabajos iniciales para identificar las dos causas bacterianas comunes el *Streptococcus pneumoniae* y la *Klebsiella pneumoniae* fueron realizado por Carl Friedländer y Albert Fränkel en 1882 y 1884, respectivamente.<sup>2</sup>

En el siglo XX la humanidad sufrió tres pandemias de gripe. La más terrible fue en 1918 que se denominó gripe española y afectó 50% de la población mundial con una mortalidad total entre 20-50 millones de personas.<sup>1</sup>

Posteriormente las pandemias de 1957-1958 y 1968-1969, que se denominaron gripe asiática y gripe de Hong Kong, respectivamente, más benignas que la acontecida a inicio del siglo. La gripe rusa que ocurrió a final del siglo XIX, se vinculó con la gripe española. También en el siglo XXI se registró entre 2009 y 2010 una nueva pandemia de gripe A (H1N1), subtipo de virus muy similar al causante de la pandemia de 1918.<sup>1</sup>

Las enfermedades respiratorias son una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, al ubicarse entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de cinco años. A nivel mundial representan el 20% de las muertes anuales en niños menores de cinco años, donde el porcentaje es mayor en países en desarrollo, por lo cual constituyen un problema de salud pública.<sup>3</sup>

El promedio de muertes por infecciones respiratorias al año es de 4 000 000 de las cuales 1.9 millones suceden en los menores de cinco años, el virus sincitial respiratorio y el virus tipo tres de la parainfluenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y en la niñez temprana, donde del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45 al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados.<sup>3</sup>

Estas infecciones, además de representar la principal causa de morbilidad en el mundo, es la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países, se estima que las infecciones respiratorias agudas representan entre 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud y del 20% al 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países.<sup>3</sup>

En los países latinoamericanos las infecciones respiratorias agudas también constituyen uno de los problemas en salud pública más importantes en los niños menores de cinco años, es la principal causa de hospitalización y de muerte de manera fundamental en los meses fríos o más lluviosos, así como también son la principal causa de administración de antibióticos y otros medicamentos en especial en los niños de este grupo etario, además de esto, las infecciones respiratorias representan entre el 50% y 70% de todas las consultas en pediatría y del 30% al 60% de todas las hospitalizaciones en los servicios de salud de América Latina.<sup>4</sup>

En Bolivia el 41,6% de los menores de cinco años padecen infecciones respiratorias con una mayor prevalencia en niñas en relación a niños.<sup>5</sup>

En Cuba, las infecciones respiratorias agudas, al igual que en el resto del mundo, constituyen uno de los principales problemas de salud, pues representan la primera causa de morbilidad y consultas en los pacientes menores de 15 años de edad, con mayor predominio en los menores de 5 años. Anualmente se notifican alrededor de 4 millones de atenciones médicas a pacientes con infecciones respiratorias; 25% del total de consultas y al menos 20% de las hospitalizaciones son atribuibles a dichas infecciones con predominio de las causas virales.<sup>6</sup>

Córdova Sotomayor, et al<sup>7</sup>, (Perú, 2020), realizaron un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima; como resultados mostraron que la prevalencia de infecciones respiratorias agudas fue de 30,47%. Según sexo, fue de 31,8% para el sexo masculino y 29,2% para el sexo femenino. La prevalencia también se calculó según edad: menores de 1 año (29,5%), niños de 2 años (29,2%), 3 años (35,3%), 30,7% para el grupo de 4 años, y 28,0% en niños de 5 años. La mayor prevalencia se encontró en abril (59,4%), seguido por marzo (46,8%), mayo (42,0%), y agosto (menor número de casos).

Ortega García, et al<sup>8</sup>, (España, 2020), realizaron un estudio con el objetivo de estudiar los efectos de la contaminación atmosférica urbana en la tasa de ingresos hospitalarios por causa aguda respiratoria; como resultados un total de 12 354 niños consultaron en urgencias por afección respiratoria, 56% niños y 44% niñas. Ingresaron el 3,5%, con edad media de 2,54 años. La afección más frecuente fue la bronquiolitis con un 42,5%.

Alonso Cordero, et al<sup>9</sup>, (Güines, Cuba, 2008), realizaron un estudio con el objetivo de analizar el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años; donde se seleccionó una muestra de 80 niños por muestreo simple aleatorio, de ellos, 40 casos expuestos a factores de riesgos sociales y otros 40 no expuestos. Se apreció un mayor predominio de las infecciones respiratorias agudas asociadas al sexo masculino. El bajo peso al nacer, la malnutrición por defecto, aspiración pasiva del humo de tabaco, condiciones de las viviendas regulares y malas y la baja escolaridad de las madres se presentaron con mayor frecuencia en los niños con factores de riesgos sociales y ejercieron una influencia significativa en la aparición y evolución de las infecciones respiratorias agudas.

Abreu Suárez, et al<sup>10</sup>, (La Habana, Cuba, 2017), realizaron un estudio con el objetivo de estimar la proporción de casos hospitalizados y defunciones por neumonía, así como describir la utilización de servicios de atención al paciente grave en niños con neumonía y sepsis, donde se registraron un total de 5 672 ingresos por neumonía, para una media de 469 casos anuales, más frecuente en varones (53,2%) y niños entre 1 a 4 años (55,1%). Se registraron 14 fallecidos (0,25% del total), de los cuales 9 fueron del sexo masculino (64,3%).

En Cuba, el Sistema Nacional de Salud, da prioridad a la prevención como eje fundamental en el manejo de las enfermedades lo cual produce un mejoramiento en la asistencia médica, comparable con la de países más desarrollados.

El estudio de las infecciones respiratorias bajas no complicadas en niños menores de cinco puede contribuir a un mejor conocimiento de su fisiopatogenia, complicaciones, factores de riesgo y favorecer el enfoque de sus posibles medidas preventivas.

La prevención de estas enfermedades es la medida terapéutica sanitaria más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de dicha prevención, se basa en la oportuna identificación de los factores de riesgo por lo que ésta identificación debe constituir una prioridad en las instituciones de salud, los sistemas de salud y los gobiernos.

Al conocer la alta incidencia, así como sus complicaciones, lo cual se asocia en ambos casos a la alta morbilidad; se debe disponer de investigaciones epidemiológicas que caractericen la población enferma con el estudio de las particularidades demográficas y factores de riesgos presentes en los sujetos, de manera que permita al médico de familia desarrollar acciones correctivas con el objetivo de prevenir futuras complicaciones.

Se considera que las infecciones respiratorias bajas constituyen un problema de salud actual, dado que los niños menores de 5 años son una población vulnerable a padecer complicaciones tanto inmediatas como posteriores. El estudio de la identificación de los factores de riesgo que caracterizan las infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas en niños desde la óptica privilegiada de la Atención Primaria de Salud (APS) aportará resultados novedosos y de interés desde el punto de vista científico y de interés desde el punto de vista científico en los Consultorios Médico de Familia (CMF) estudiados.

## **II. OBJETIVO**

Se decidió realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar las infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas en niños de los Consultorios 27 y 43; Consejo Popular Boca de Galafre en el período 2020 a 2022.

## **III. METODO**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal; en niños menores de cinco años pertenecientes a los Consultorios 27 y 43 del Consejo Popular Boca de Galafre, en el período enero de 2020 a enero de 2022.

El universo y muestra estuvo constituido por 57 pacientes, todos los niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda baja no complicada atendidos en consulta de los antes mencionados CMF; pues todos cumplieron los criterios de inclusión que son los siguientes.

-Criterios de inclusión

- Niños menores hasta cinco años de edad, con diagnóstico de infección respiratoria aguda baja no complicada, pertenecientes a los Consultorios 27 y 43 del Consejo Popular Boca de Galafre

-Criterios de exclusión

- Niños con sintomatología respiratoria sospechosos de COVID-19
- Niños registrados en los Consultorios 27 y 43 del Consejo Popular Boca de Galafre, con diagnóstico de infección respiratoria aguda baja no complicada, que durante su padecimiento se encontraron residiendo en otra área de salud.

Se realizó la visita a los hogares seleccionados y se entrevistó, con una guía, a las madres de los pacientes estudiados además se realizó la revisión documental de la historia clínica individual familiar.

Para el procesamiento de la información, los datos fueron incluidos en una base de datos automatizada con la hoja de cálculo electrónica Microsoft Excel. Se realizaron los cálculos correspondientes de forma manual con una calculadora y con apoyo del programa StatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS) versión 22. Los resultados fueron resumidos y representados en tablas de distribución de frecuencias absolutas relativas y expresadas textualmente.

Para la determinación del nivel de asociación se realizó el análisis bivariado para la determinación de asociación con el empleo de la prueba estadística Chi cuadrado ( $X^2$ ) de homogeneidad e independencia, nivel de confianza del 95%; determinándose una  $p < 0.05$  para definir la asociación estadística significativa.

Se recogieron las siguientes variables:

- Edad: Años cumplidos a partir del nacimiento. Referido por la madre y/o registrado en la tarjeta de menor o historia clínica individual.
- Sexo: Género biológico y expresión fenotípica genital. Observado en el paciente o registrado en la tarjeta de menor o historia clínica individual.
- Color de piel: Características étnicas. Observado en el paciente o registrado en la tarjeta de menor o historia clínica individual.
- Bajo peso al nacer: Antecedente de peso al nacimiento inferior a los 2500 gramos. Referido por la madre y/o registrado en la historia clínica individual.
- Desnutrición proteicoenergética: Afección que se presenta cuando no se obtienen calorías suficientes o la cantidad adecuada de nutrientes principales, como las vitaminas y los minerales, que se necesitan para una buena salud. Cuyo diagnóstico tuvo lugar previo al estudio y se encontraba registrado en la historia clínica individual.
- Ausencia de lactancia materna: No empleo, o interrupción previa a los 6 meses de edad de la lactancia materna. Referido por la madre o registrado en la historia clínica individual.
- Animales domésticos Presencia en el hogar de animales domesticables. Referido por la madre o registrado en la historia clínica individual.
- Hacinamiento: Condición donde el número de ocupantes excede la capacidad de espacio de vivienda. Determinado por un índice de hacinamiento  $> 2$  (Número de personas que duermen en la vivienda / Número de locales en que duermen las personas).
- Tabaquismo pasivo: Exposición a humo de tabaco ajeno, sin ser el individuo fumador activo.
- Infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas: Alteraciones específicas producidas por microorganismos en el sistema respiratorio, a nivel de la epiglotis o anatómicamente por debajo de ella (neumonía, CRUP infeccioso, bronquitis y traqueobronquitis y bronquiolitis).

Se solicitó a cada madre o tutor, su consentimiento informado, se explicaron los objetivos del estudio y la importancia de su participación. Se garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportarían y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseasen, sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior.

La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se solicitó verbalmente y por escrito.

#### **IV. RESULTADOS**

Se estudiaron 57 pacientes con infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas en los cuales predominó el grupo etario de 0 a 2 años representado por el 52.6%, seguido de las edades entre 3 a 5 años (47.4%); existiendo una media para la edad de 2.3 años (desviación estándar: 1.3); con un límite inferior detectado de 1 mes y un límite superior detectado de 5 años. Según el sexo, se observó predominó del masculino, el cual representó el 57.9%, existió una relación sexo masculino/sexo femenino de 1.0: 1.4. Para ambos sexos el color de piel que predominó fue el de mestizocorrespondientes al 45.6% de los casos, seguidos de los de color de piel blanco (33.3%); resultando el grupo de pacientes con color de piel negro el menos hallado, correspondiente al 21.1%.

En relación con los factores de riesgos identificados, la tabla no. 1 muestra la distribución en frecuencias absolutas y relativas, que el tabaquismo pasivo, se encontró en el 75.4% de los casos; seguido de la presencia de bajo peso al nacer (61.4%) y la presencia de animales domésticos en el (59.7%). Resultó la desnutrición proteicoenergética el factor de riesgo menos hallado, en la población estudiada, solo estuvo presente en el 22.8% de los casos.

En el caso específico del bajo peso al nacer, se apreció un predominio de casos que si presentaron un peso inferior a los 2500 gramos al nacimiento, los cuales ocuparon el 61.4%; mientras que el 38.6% no presentó este factor de riesgo.

En relación con la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida, se apreció un número mayor de casos que si tuvieron la tuvieron, el 59.6%, mientras que el 40.4% de los niños no tuvieron lactancia materna durante los seis primeros meses de vida.

Sobre el hacinamiento, se halló que el 56.1% de los casos no vivían en hacinamiento, mientras que el 43.9% si presentaron este factor de riesgo.

**Tabla 1.** Distribución de niños con infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas según factores de riesgo. Consultorios 27 y 43, Consejo Popular Boca de Galafre; 2020-2022.

Factor de riesgo	Presente		Ausente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaquismo pasivo	43	75.4	14	24.6	57	100.0
Bajo peso al nacer	35	61.4	22	38.6	57	100.0
Animales domésticos	34	59.7	23	40.3	57	100.0
Hacinamiento	25	43.9	32	56.1	57	100.0
Ausencia de lactancia materna	23	40.4	34	59.6	57	100.0
Desnutrición proteicoenergética	13	22.8	44	77.2	57	100.0

Fuente: BD de la investigación.

La Tabla 2 muestra la distribución de niños según tipo de infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas, donde se apreció que predominó el crup infeccioso, en el 35.1% de los casos, siguiéndole en orden de frecuencia, la bronquiolitis aguda, con el 28.1%. Resultó la bronquitis y traqueobronquitis las entidades menos frecuentes, ocupando el 15.8% de los casos.

**Tabla 2.** Distribución de niños con infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas según entidad. Consultorios 27 y 43, Consejo Popular Boca de Galafre; 2020-2022.

Infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas	No.	%
Crup infeccioso	20	35.1
Bronquiolitis	16	28.1
Neumonías	12	21.1
Bronquitis y traqueobronquitis	9	15.8
Total	57	100.0

Fuente: BD de la investigación.

La siguiente Tabla, la no. 3 muestra la distribución de niños según factores de riesgo y neumonías. Al analizar las representaciones porcentuales en cada categoría de la variable de factores de riesgo es apreciable que en el caso del bajo peso al nacer ocupó el 100.0% de los niños que presentaron neumonía y

el 51.1% los que no la presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 9.55; valor de  $p = 0.00$  ( $< 0,05$ ); se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso al nacer y la neumonía.

Con respecto al caso de la desnutrición, ocupó el 83.3% los que si presentaron neumonía y el 6.7% los que no presentaron esta entidad. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 31.63; valor de  $p = 0.00$  ( $< 0,05$ ); se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre la desnutrición y la neumonía.

Por otra parte, con relación a la ausencia de lactancia materna, ocupó el 16.7% los que presentaron neumonía y el 46.7% los que no la presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 3.54; valor de  $p = 0.06$  ( $> 0,05$ ); se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de lactancia materna y la neumonía.

En el caso de la presencia de animales domésticos ocupó el 33.3% los que presentaron neumonía y el 66.7% los que no presentaron esta entidad. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 4.37; valor de  $p = 0.03$  ( $< 0,05$ ); se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre la presencia de animales domésticos y la neumonía.

Con respecto al caso del hacinamiento, ocupó el 8.3% los que si presentaron neumonía y el 53.3% los que no la presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 7.79; valor de  $p = 0.00$  ( $< 0,05$ ); se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre el hacinamiento y la neumonía.

Por otra parte, con relación al tabaquismo pasivo, ocupó el 58.3% los que presentaron neumonía y el 80.0% los que no la presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 2.40; valor de  $p = 0.12$  ( $> 0,05$ ); se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo pasivo y la neumonía.

**Tabla 3.** Distribución de niños con infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas según neumonías y factores de riesgos. Consultorios 27 y 43, Consejo Popular Boca de Galafre; 2020-2022.

Factores de riesgo	Neumonías						Total		P
	Si			No			No.	% <sup>A</sup>	
	No.	% <sup>B</sup>	% <sup>A</sup>	No.	% <sup>C</sup>	% <sup>A</sup>			
Bajo peso al nacer	12	100.0	21.1	23	51.1	40.4	35	22.8	0.00
Desnutrición	10	83.3	17.5	3	6.7	5.3	13	22.8	0.00
Ausencia de lactancia materna	2	16.7	3.5	21	46.7	36.8	23	40.4	0.06
Animales domésticos	4	33.3	7.0	30	66.7	52.6	34	59.7	0.03
Hacinamiento	1	8.3	1.8	24	53.3	42.1	25	43.9	0.00
Tabaquismo pasivo	7	58.3	12.3	36	80.0	63.2	43	75.4	0.12

Fuente: BD de la investigación.

Leyenda:

%A: por ciento del total de casos estudiados ( $n = 57$ )

%B: por ciento del total de casos con neumonías ( $n = 12$ )

%C: por ciento del total de casos sin neumonías ( $n = 45$ )

La Tabla 4 muestra la distribución de niños según factores de riesgo y CRUP infeccioso. Al analizar las representaciones porcentuales en cada categoría de la variable factores de riesgo es apreciable que en el caso del bajo peso al nacer ocupó el 50.0% los que presentaron CRUP infeccioso y el 67.6% los que no lo tuvieron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 1.69; valor de  $p = 0.19$  ( $> 0,05$ ); se pudo



determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso al nacer y la presencia de CRUP infeccioso.

Con respecto al caso de la desnutrición, ocupó el 10.0% los que tuvieron presencia de CRUP infeccioso y el 29.7% los que no presentaron CRUP infeccioso. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 2.87; valor de  $p = 0.09 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre la desnutrición y la presencia de CRUP infeccioso.

Por otra parte, con relación a la ausencia de lactancia materna, ocupó el 65.0% los niños con presencia de CRUP infeccioso y el 27.0% los que no lo presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 7.78; valor de  $p = 0.00 (< 0,05)$ ; se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de lactancia materna y el CRUP infeccioso.

En el caso de la presencia de animales domésticos ocupó el 60.0% los que presentaron CRUP infeccioso y el 59.5% los que no lo presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 0.00; valor de  $p = 0.96 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre la presencia de animales domésticos y el CRUP infeccioso.

Con respecto al hacinamiento, ocupó el 85.0% los que tuvieron presencia de CRUP infeccioso y el 21.6% los que no lo presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 0.49; valor de  $p = 0.00 (< 0,05)$ ; se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre el hacinamiento y la presencia de CRUP infeccioso.

Por otra parte, con relación al tabaquismo pasivo, ocupó el 70.0% de los niños con CRUP infeccioso y el 78.4% los que no presentaron esta entidad. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 0.49; valor de  $p = 0.48 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo pasivo y la presencia de CRUP infeccioso.

**Tabla 4.** Distribución de niños con infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas según CRUP infeccioso y factores de riesgos. Consultorios 27 y 43, Consejo Popular Boca de Galafre; 2020-2022.

Factores de riesgo	CRUP infeccioso						Total		P
	Si			No			No.	% <sup>A</sup>	
	No.	% <sup>B</sup>	% <sup>A</sup>	No.	% <sup>C</sup>	% <sup>A</sup>			
Bajo peso al nacer	10	50.0	17.5	25	67.6	43.8	35	22.8	0.19
Desnutrición	2	10.0	3.5	11	29.7	19.3	13	22.8	0.09
Ausencia de lactancia materna	13	65.0	22.8	10	27.0	17.5	23	40.4	0.00
Animales domésticos	12	60.0	21.1	22	59.5	38.6	34	59.7	0.96
Hacinamiento	17	85.0	29.8	8	21.6	14.0	25	43.9	0.00
Tabaquismo pasivo	14	70.0	24.6	29	78.4	50.8	43	75.4	0.48

Fuente: BD de la investigación.

Leyenda:

%A: por ciento del total de casos estudiados (n = 57)

%B: por ciento del total de casos con CRUP infeccioso (n = 20)

%C: por ciento del total de casos sin CRUP infeccioso (n = 37)

La Tabla 5 muestra la distribución de niños según factores de riesgo y presencia de bronquitis y traqueobronquitis. Al analizar las representaciones porcentuales en cada categoría de la variable factores de riesgo es apreciable que en el caso del bajo peso al nacer ocupó el 55.6% los niños con presencia de bronquitis y traqueobronquitis y el 62.5% los que no lo presentaban. Con un valor de Chi cuadrado

correspondiente a 0.15; valor de  $p = 0.69 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso al nacer y la bronquitis y traqueobronquitis.

Con respecto al caso de la desnutrición, ocupó el 0.0% de los que presentaron bronquitis y traqueobronquitis y el 27.1% los que no tuvieron estas afecciones. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 3.16; valor de  $p = 0.07 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre la desnutrición y la bronquitis y traqueobronquitis.

Por otra parte, con relación a la ausencia de lactancia materna, ocupó el 11.1% de los niños que presentaron bronquitis y traqueobronquitis y el 45.8% los que no lo presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 3.80; valor de  $p = 0.04 (< 0,05)$ ; se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de lactancia materna y la presencia de bronquitis y traqueobronquitis.

En el caso de la presencia de animales domésticos ocupó el 55.6% los que presentaron bronquitis y traqueobronquitis y el 60.4% los que no lo presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 0.07; valor de  $p = 0.78 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre la presencia de animales domésticos y la bronquitis y traqueobronquitis.

Con respecto al hacinamiento, ocupó el 22.2% de los que presentaron bronquitis y traqueobronquitis y el 47.9% los que no tuvieron este factor de riesgo. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 2.03; valor de  $p = 0.15 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre el hacinamiento y la bronquitis y traqueobronquitis.

Por otra parte, con relación con el tabaquismo pasivo, ocupó el 77.8% de los niños que presentaron bronquitis y traqueobronquitis y el 75.0% los que no lo presentaron.

Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 0.03; valor de  $p = 0.85 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo pasivo y la presencia de bronquitis y traqueobronquitis.

**Tabla 5.** Distribución de niños con infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas según bronquitis/traqueobronquitis y factores de riesgos. Consejo Popular Boca de Galafre; 2020-2022.

Factores de riesgo	Bronquitis y traqueobronquitis						Total		P
	Si			No			No.	%A	
	No.	% <sup>B</sup>	% <sup>A</sup>	No.	% <sup>C</sup>	% <sup>A</sup>			
Bajo peso al nacer	5	55.6	8.8	30	62.5	52.6	35	22.8	0.69
Desnutrición	0	0.0	0.0	13	27.1	22.8	13	22.8	0.07
Ausencia de lactancia materna	1	11.1	1.8	22	45.8	38.6	23	40.4	0.04
Animales domésticos	5	55.6	8.8	29	60.4	50.9	34	59.7	0.78
Hacinamiento	2	22.2	3.5	23	47.9	40.4	25	43.9	0.15
Tabaquismo pasivo	7	77.8	12.3	36	75.0	63.2	43	75.4	0.85

Fuente: BD de la investigación.

Leyenda:

%A: por ciento del total de casos estudiados (n = 57)

%B: por ciento del total de casos con bronquitis y traqueobronquitis (n = 9)

%C: por ciento del total de casos sin bronquitis y traqueobronquitis (n = 48)

La Tabla 6 muestra la distribución de niños según factores de riesgo y la bronquiolitis. Al analizar las representaciones porcentuales en cada categoría de la variable factores de riesgo es apreciable que en el caso del bajo peso al nacer ocupó el 50.0% los que presentaron bronquiolitis y el 65.9% los que no la

presentaron. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 1.22; valor de  $p = 0.26 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso al nacer y la bronquiolitis.

Con respecto al caso de la desnutrición, ocupó el 6.3% los que presentaron bronquiolitis y el 29.3% los que no tuvieron bronquiolitis. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 3.46; valor de  $p = 0.06 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre la desnutrición y la presencia de bronquiolitis.

Por otra parte, con relación a la ausencia de lactancia materna, ocupó el 43.8% los que presentaron bronquiolitis y el 39.0% los que no presentaron bronquiolitis. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 0.11; valor de  $p = 0.74 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de lactancia materna y la presencia de bronquiolitis.

En el caso de la presencia de animales domésticos ocupó el 81.3% de los que presentaron bronquiolitis y el 51.2% los que no tuvieron bronquiolitis. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 4.31; valor de  $p = 0.03 (< 0,05)$ ; se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre la presencia de animales domésticos y la bronquiolitis.

Con respecto al caso del hacinamiento, ocupó el 31.3% los que presentaron bronquiolitis y el 48.8% los que no tuvieron esta entidad. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 1.44; valor de  $p = 0.23 (> 0,05)$ ; se pudo determinar que no existió asociación estadísticamente significativa entre el hacinamiento y la presencia de bronquiolitis.

Por otra parte, con relación al tabaquismo pasivo, ocupó el 93.8% los que presentaron bronquiolitis y el 68.3% los que no presentaron esta entidad. Con un valor de Chi cuadrado correspondiente a 4.03; valor de  $p = 0.04 (< 0,05)$ ; se pudo determinar que existió asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo pasivo y la presencia de bronquiolitis.

**Tabla 6.** Distribución de niños con infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas según bronquiolitis aguda y factores de riesgos. Consejo Popular Boca de Galafre; 2020-2022.

Factores de riesgo	Bronquiolitis						Total		P
	Si			No			No.	%A	
	No.	% <sup>B</sup>	% <sup>A</sup>	No.	% <sup>C</sup>	% <sup>A</sup>			
Bajo peso al nacer	8	50.0	14.0	27	65.9	47.4	35	22.8	0.26
Desnutrición	1	6.3	1.8	12	29.3	21.1	13	22.8	0.06
Ausencia de lactancia materna	7	43.8	12.3	16	39.0	28.1	23	40.4	0.74
Animales domésticos	13	81.3	22.8	21	51.2	36.8	34	59.7	0.03
Hacinamiento	5	31.3	8.8	20	48.8	35.1	25	43.9	0.23
Tabaquismo pasivo	15	93.8	26.3	28	68.3	49.1	43	75.4	0.04

Fuente: BD de la investigación.

Leyenda:

% A: por ciento del total de casos estudiados ( $n = 57$ )

% B: por ciento del total de casos con bronquiolitis aguda ( $n = 16$ )

% C: por ciento del total de casos sin bronquiolitis aguda ( $n = 41$ )

## V. DISCUSIÓN

Los niños lactantes y aquellos menores de cinco años, tienen mayor probabilidad de ser afectados por una infección respiratoria aguda, debido a la vulnerabilidad de sus barreras naturales y otros factores

adicionales relacionados con la inmadurez de sus mecanismos fisiológicos de defensa, la anatomía de las vías respiratorias, el grado de formación del parénquima pulmonar, lo que predispone a que los menores sean vulnerables ante las afecciones infecciosas del aparato respiratorio<sup>53</sup>.

En la presente investigación existió un predominio del grupo etario de 0 a 2 años, seguido de las edades entre 3 a 5 años.

González Casanova, et al <sup>4</sup>, constataron que 55.4% de los integrantes de su casuística se incluían en el rango de 3 a 5 años, seguido éste grupo, en orden inverso al de la presente serie por las edades de 0 a 2 (44.6%).

La edad media en el estudio de Zurita Céspedes, et al <sup>5</sup> fue de 2,5 años y su incremento progresivo estuvo asociado a un menor riesgo de padecer infecciones respiratorias bajas no complicadas.

A diferencia de los resultados de la autora, en la muestra de Macía-Quintosa, et al <sup>6</sup> el 63.6% de los casos eran del grupo etario de 3 a 5 años, mientras que Córdova Sotomayor, et al <sup>7</sup> constataron que 52.6% de los sujetos estudiados, habían cumplido 2 años, en consonancia con lo hallado en la presente investigación.

En la presente investigación existió un predominio de del sexo masculino sobre el sexo femenino.

Los resultados de Ortega-García, et al <sup>8</sup> en su estudio realizado en 68 niños, coincidieron con lo obtenido en el presente trabajo, al predominar el sexo masculino 59.4%.

Alonso-Cordero, et al <sup>9</sup> mostraron, sin embargo, un predominio del sexo femenino (52.5 %), mientras que Abreu Suárez, et al <sup>10</sup> vuelven a coincidir con los resultados mostrados en el presente estudio, dado que el sexo masculino fue hallado en el 54.3% de los casos.

En la presente investigación existió un predominio de pacientes cuyo color de piel fue el mestizo, seguido de aquellos con color piel blanco.

Machado, et al <sup>11</sup> mostraron un predominio del color de piel mestizo, representada en el 43.2% en su estudio, mientras que Vargas Rodríguez <sup>12</sup> no encontró diferencias entre el color de piel.

Por su parte Ladines Canales, et al <sup>14</sup> mostraron una frecuencia de infecciones respiratorias bajas no complicadas superior en pacientes de test blanca que en los de test mestizo, sin embargo, para Pedrosa Triana, et al <sup>15</sup> resultaron predominantes los pacientes mestizos, representando el 45.3% de su muestra.

En la presente investigación entre los factores de riesgos <sup>54</sup> predominaron el tabaquismo pasivo; seguido de la presencia del bajo peso al nacer. Resultando el factor de riesgo menos hallado la desnutrición proteicoenergética.

En el estudio realizado por Bustamante <sup>18</sup> se mostró que el tabaquismo pasivo fue el factor de riesgo más común, hallado en el 69.4% de los casos; mientras que para Ramírez-Guevara, et al <sup>21</sup> este factor no fue predominante y solo fue reconocido en el 42.3% de sus casos.

Idrogo <sup>22</sup> reconoció que el 58.3% de sus pacientes presentaban como factor de riesgo el bajo peso al nacer. Así mismo, Pérez, et al <sup>24</sup> mostraron que este aspecto se encontraba presente en el 43.7% de sus casos.

Las personas que no fuman y que respiran el humo de segunda mano reciben nicotina y químicos tóxicos de la misma forma que lo hacen los fumadores. Cuanto más se expone al humo de segunda mano, mayor serán los niveles de estos químicos dañinos en su cuerpo<sup>55</sup>.

El humo de segunda mano contiene los mismos químicos dañinos que los fumadores inhalan. No existe un nivel seguro de exposición al humo de segunda mano. Se sabe que el humo de segunda mano causa cáncer, tiene más de 7,000 sustancias químicas, incluyendo por lo menos 70 que pueden causar enfermedades<sup>55</sup>.

El humo de segunda mano causa cáncer de pulmón incluso en personas que nunca han fumado. Se sugiere que está vinculado además a cáncer de múltiples localizaciones, así como varias enfermedades crónicas y predisposición a infecciones. <sup>55</sup>

El tabaquismo pasivo que se refiere al humo dejado por un fumador y que puede permanecer muchas horas en un determinado ambiente causando daño al niño que no fuma, pero que se halla en la habitación incrementando la posibilidad de contraer infecciones respiratorias agudas.<sup>56</sup>

Resultó para Gorini, et al<sup>55</sup> el tabaquismo pasivo es el factor de riesgo de infecciones respiratorias bajas predominante entre los demás factores de riesgo identificados en su estudio, hallado en el 71.4% de sus casos, en concordancia con lo mostrado por la presente autora. No así Matos<sup>25</sup> quien halló el tabaquismo pasivo en el 36.2% de sus casos, pero no determinó que fuera éste el factor de riesgo más común<sup>53</sup>.

En la investigación desarrollada por Olivera, et al<sup>27</sup> se evidenció que el 53.6% de sus niños eran fumadores pasivos, mientras que para Muñoz Muñoz, et al<sup>28</sup> esta cifra se correspondió con el 73.6%.

El bajo peso al nacer es una entidad que predispone a padecer otras afecciones, por lo cual se considera un factor de riesgo importante para muchas enfermedades tanto de la niñez como de la adultez<sup>57</sup>.

El peso al nacer es considerado como un factor pronóstico del crecimiento y desarrollo del niño, además de influir en el estado nutricional, los niños con antecedentes de bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de padecer infecciones respiratorias agudas debido entre otros factores a la debilidad presente en su sistema inmune<sup>16</sup>.

En la investigación de Cemeli Cano, et al<sup>29</sup> llevada a cabo en 60 niños, se apreció un predominio de casos que registraron al nacimiento un peso inferior a los 2 500 gramos, mientras que Huang Carpio, et al<sup>32</sup> hallaron este factor de riesgo en el 22.8% de sus casos.

Para Novoa, et al<sup>16</sup> el antecedente de bajo peso al nacer, no resultó el factor de riesgo más frecuentes, sin embargo, fue hallado en el 58.4% de su muestra, en concordancia con lo mostrado por la autora de la presente investigación. Mientras que, Pedroso Triana, et al<sup>15</sup> identificaron este factor de riesgo en el 45.5% de sus casos.

En la investigación de Vargas Rodríguez<sup>12</sup>, llevada a cabo en 65 niños, se apreció un predominio de casos que registraron al nacimiento un peso inferior a los 2 500 gramos, mientras que Machado, et al<sup>11</sup> hallaron este factor de riesgo en el 34.4% de sus casos.

Al evolucionar la humanidad, el hombre fue desarrollando habilidades que le permitió la domesticación de algunos animales, salvajes hasta entonces. Este hecho benefició al hombre, pues le permitió, en inicio, el almacenamiento y<sup>54</sup> reproducción de alimentos a partir de los animales; y posteriormente la creación de lazos afectivos con los mismos agregando la definición de mascotas<sup>58</sup>.

Un animal conviviente en casa puede representar grandes beneficios, pues son fuente de compañía y salud mental; sin embargo, existen medidas puntuales que deben ser vigiladas para que dicha relación pueda fluir sin poner en riesgo la salud de cualquiera de las partes<sup>58</sup>.

Si bien la tenencia de mascotas aporta elementos positivos en el bienestar, cuando dichas mascotas no se someten a tratamientos veterinarios correspondientes, así como un manejo adecuado de sus desechos, pelos u otros, pueden suponer un riesgo para la salud humana. No implicando esto, de forma estricta, que la tenencia de animales domésticos, constituye per se, un factor de riesgo, sino que implica todo un proceso en el cual, como muchos otros elementos de la vida cotidiana pueden contribuir o no a la aparición de enfermedades en función de sus características propias; no obstante, se sigue reconociendo, este elemento como factor de riesgo a múltiples enfermedades<sup>58</sup>.

La presencia en casa de animales domésticos como perros, gatos y ciertas aves producen tras la exposición prolongada a ellos que los niños sean más propensos a padecer alergias, asma e infecciones respiratorias a repetición<sup>59</sup>.

La presencia de animales domésticos estuvo representada en la muestra de González Casanova, et al<sup>4</sup> en el 57.3% a pesar de no ser el factor de riesgo más frecuente; lo cual coincide con los resultados de la presente investigación.

En el estudio de Zurita Céspedes, et al<sup>5</sup> mostraron un predominio de pacientes que tenían animales domésticos (39.6%); mientras que Macía-Quintosa, et al<sup>6</sup> determinó que el 53.6% de sus casos si convivían con animales.

Por otra parte, Córdova Sotomayor, et al<sup>7</sup> determinaron que, entre sus niños, la presencia de los animales en casa se correspondió al 34.6% de los casos. Mientras<sup>55</sup> que para Alonso-Cordero, et al<sup>9</sup> la presencia de animales domésticos fue considerado como mínimo, hallado solamente en el 21.2% de su muestra.

El hacinamiento en las viviendas aumenta el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas, y la insuficiencia de los servicios de suministro de agua y saneamiento afecta a la inocuidad de los alimentos y la higiene personal y, por tanto, facilita que se contraigan enfermedades transmisibles<sup>60</sup>.

El hacinamiento es una condición en la que viven las personas de manera aglomerada en un mismo espacio, se considera una aglomeración de más de tres personas en una misma habitación, se puede añadir como factores para que exista hacinamiento, el número de habitaciones por vivienda, y el número de personas por habitación; este factor involucra también condiciones de pobreza, deficiente higiene y salubridad. Estas condiciones favorecen la aparición de infecciones respiratorias agudas en niños<sup>61</sup>.

El hacinamiento como factor de riesgo de infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas fue hallado por Huang Carpio, et al<sup>32</sup> en el 42.6% de los casos estudiados, mientras que representó el 34.7% de la muestra de Muñoz Muñoz, et al<sup>28</sup>.

Matos<sup>25</sup> mostró entre sus resultados un 48.7% de pacientes que vivían en hacinamiento, mientras que, para Pérez, et al<sup>24</sup> esta cifra se correspondió con el 23.4% de sus casos.

La lactancia materna exclusiva evita que el niño se contagie de infecciones respiratorias agudas porque brinda estimulantes del sistema inmune al organismo del niño que ayudan a combatir enfermedades, a partir de los seis meses, el niño debe iniciar con alimentación complementaria. Los niños que no le suministran la lactancia materna son más propensos a padecer de infecciones respiratorias agudas<sup>62</sup>.

En la población estudiada, hubo un predominio de los casos que tuvieron lactancia materna en los primeros 6 meses de vida, sobre aquellos que no la tuvieron. En su estudio Betancourt<sup>40</sup> determinó que la ausencia de lactancia materna en su muestra correspondió al 42.4%, lo cual coincide con la investigación actual, no así Cemeli Cano, et al<sup>29</sup> quienes mostraron un 28.4% de casos en donde se mostraba este factor de riesgo. Por otra parte, Matos<sup>25</sup> mostró que el 34.6% de sus casos con infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas, había tenido lactancia materna previa, mientras que Pérez, et al<sup>24</sup> hallaron un 41.3% de sus pacientes que no lactaron.

La desnutrición crónica puede causar retraso en el crecimiento (altura baja para la edad) y emaciación (peso bajo para la altura). Las dietas que no aportan suficientes micronutrientes pueden conducir a enfermedades graves, incluyendo anemia, retraso mental y ceguera permanente entre otras afecciones<sup>63</sup>.

La falta de nutrientes tiene efectos considerables en el organismo, los cuales pueden incluso llevar a la muerte en personas de cualquier edad, raza o condición si no se consiguen los suficientes elementos esenciales para mantener los órganos en funcionamiento. En la mayoría de seres humanos la desnutrición puede causar efectos sobre todos los sistemas de órganos, lo cual incluye que se le considere un factor de riesgo de infecciones respiratorias agudas no complicadas<sup>63</sup>. Otro factor de riesgo de infecciones respiratorias agudas no complicadas, hallado por Martín-Llaudi, et al<sup>49</sup> fue la desnutrición (correspondiente al 21.5% de sus casos), mientras que, para Muñoz Muñoz, et al<sup>28</sup> los pacientes con

desnutriciónse correspondieron con el 32.3%. En la investigación mostrada por Olivera, et al <sup>27</sup> sobre infecciones respiratorias bajas agudas, la desnutrición estuvo presente en el 25.2% de sus casos, no así en <sup>57</sup> la muestra estudiada por Pérez, et al <sup>24</sup> quienes hallaron este factor de riesgo en el 12.4%.

En relación con el tipo específico de infección respiratoria aguda baja no complicada, predominó el CRUP infeccioso en el presente estudio, seguido de la bronquiolitis, mientras la bronquitis y traqueobronquitis resultaron las entidades menos frecuentes.

Idrogo <sup>22</sup> mostró en su investigación que entre las entidades de etiología infecciosa hubo un predominio en sus casos de CRUP infeccioso, correspondiente al 31.6%, mientras que para Reaño Rodríguez <sup>20</sup> esta cifra reportó un menor porcentaje. Por su parte, Pedroso Triana, et al <sup>15</sup> informaron que, entre las enfermedades infecciosas estudiadas, la bronquiolitis tuvo mayor frecuencia, hallada en el 25.4%.

No así Escalante, et al <sup>43</sup> quienes determinaron que las neumonías fue la entidad de mayor frecuencia entre sus pacientes.

En la presente investigación se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre neumonía y el bajo peso al nacer, la desnutrición, la presencia de animales domésticos y el hacinamiento.

Por su parte Guibert Basto, et al <sup>26</sup> hallaron asociación estadística entre la neumonía y el bajo peso al nacer, en concordancia con los resultados obtenidos en esta investigación. No así Álvarez Andrade, et al <sup>19</sup> quienes determinaron que en su muestra no existía dicha asociación ( $p = 0.34$ ).

Olivera, et al <sup>27</sup> determinaron que la neumonía y la desnutrición mantenían relación estadísticamente significativa ( $p = 0.03$ ); sin embargo, Cemeli Cano, et al <sup>29</sup> en su estudio negó esta asociación ( $p = 0.22$ ).

En la casuística estudiada por la presente autora, se halló asociación estadísticamente significativa entre el CRUP y la ausencia de lactancia materna así como con el hacinamiento.

En el estudio realizado por Rosquelles, et al <sup>31</sup> hallaron asociación estadística entre el CRUP infeccioso y el tabaquismo pasivo con un valor  $p = 0.02$ . Sin embargo, otro autor, Huang Carpio, et al <sup>32</sup> descartaron en su muestra dicha asociación ( $p = 0.23$ ).

Por otra parte, Higuero, et al <sup>35</sup> mostraron asociación entre CRUP infeccioso y la ausencia de lactancia materna, considerando la ausencia de lactancia materna como elemento de predisposición a padecer CRUP infeccioso. Mientras que Reig Rincón, et al <sup>36</sup> descartaron la asociación entre estas dos variables ( $p = 0.47$ ).

En la muestra estudiada existió una asociación estadísticamente significativa entre bronquitis/traqueobronquitis y la ausencia de lactancia materna. Graziani Noriega, et al <sup>39</sup> determinaron que, en cuanto a la asociación entre bronquitis / traqueobronquitis y la ausencia de la lactancia materna, el 65.9% de los pacientes con bronquitis / traqueobronquitis tenían ausencia de lactancia materna pero no hallaron asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.08$ ).

En los resultados mostrados por Rosquelles, et al <sup>31</sup>, no se halló asociación entre bronquitis/traqueobronquitis y la lactancia materna, con un valor de  $p = 0.85$ , a diferencia de Higuero, et al <sup>35</sup>, quienes hallaron que a medida que menos tiempo lactase un bebé mayor riesgo de bronquitis/traqueobronquitis posterior. Al igual que Olivera, et al <sup>27</sup>, quienes encontraron una asociación estadísticamente significativa entre las dos variables con un  $p = 0.00$ , quien además determinaron que la presencia de animales domésticos es un factor de riesgo para bronquitis/traqueobronquitis (OR = 2.35, IC: 95). La presente investigación, halló asociación estadística entre bronquiolitis y la presencia de animales domésticos, así como el tabaquismo pasivo.

Reig Rincón, et al <sup>36</sup> hallaron asociación estadísticamente significativa entre bronquiolitis y el tabaquismo pasivo ( $p = 0.02$ ), mientras que Olivera, et al <sup>27</sup> rechazó dicha asociación en su muestra ( $p = 0.06$ ).

En el estudio realizado por Higuero, et al <sup>35</sup> se mostró que la bronquiolitis tuvo asociación significativa con la presencia de gatos y perros en la vivienda, con un valor para  $p = 0.04$ , mientras que Graziani Noriega, et al <sup>39</sup> hallaron que entre sus casos estudiados esta asociación no existió ( $P = 0.74$ ).

## V. CONCLUSIONES

Existió un predominio de las edades entre 0 y 2 años, del sexo masculino y del color de piel mestizo. Entre los factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas bajas no complicadas, resultó más frecuente la presencia de tabaquismo pasivo, seguido del bajo peso al nacer. Fueron el CRUP infeccioso y la bronquiolitis aguda, las entidades de mayor frecuencia. Existió asociación entre las neumonías y el bajo peso al nacer, la desnutrición, los animales domésticos y el hacinamiento. El CRUP infeccioso presentó asociación a la ausencia de lactancia materna y al hacinamiento. La bronquitis/traqueobronquitis tuvo asociación a la ausencia de la lactancia materna; mientras que la bronquiolitis aguda se asoció al hacinamiento y al tabaquismo pasivo.

## VI. BIBLIOGRAFIA

1. Castañeda Gullot C, Ramos Serpa G. Principales pandemias en la historia de la humanidad. *Revista Cubana de Pediatría* [Internet]. 2020 [Consultado 11 de marzo de 2022]; 92(Suppl 1): e1183. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000500008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000500008&lng=es).
2. Martínez Chacón T, García Álvarez Pedro J. Depresión en ancianos graves con neumonía adquirida en la comunidad. *Revista Médica Electrónica*. [Internet]. 2020 [Consultado 23 de abril de 2022]; 42( 6 ): 2530-2539. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242020000602530&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000602530&lng=es).
3. Coronel Carvajal C, Huerta Montaña Y, Ramos Téllez O. Risk factors associated with acute respiratory infection in children less than five years. *Revista de archivo médico de Camagüey*. [Internet]. 2018 [Consultado 2 de mayo de 2022]; 22( 2 ): 194-203. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200009&lng=es).
4. González Casanova JM, Casanova Moreno MC, Machado Reyes F. Infecciones respiratorias agudas y su necesidad de intervención educativa en madres de niños menores de cinco años. *Jorcienciapdcl 2022*. [Internet] 2022. [Consultado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl22/2022/paper/view/2/16>
5. Zurita Céspedes BI, Inturias Imaca B, Laura Vargas D. Frecuencia de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Revista Científica de Ciencias Médicas*. [Internet] 2020. [Consultado 22 de abril de 2022]; 23(2):201-206. Disponible en: [www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332020000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332020000200011&script=sci_arttext)
6. Macía-Quintosa A, Marie-James S, Tamayo-Reus C, Squires-Murray S, Saco-Rivaflecha B. Infecciones respiratorias agudas virales en pacientes menores de 5 años hospitalizados. *MEDISAN* [Internet]. 2021 [Consultado 23 de abril de 2022]; 25 (2). Disponible en: <https://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3330>
7. Córdova Sotomayor DA, Chávez Bacilio CG, Bermejo Vargas EW, Jara Corahua XN, Santa María Carlos FB. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro



- maternoinfantil de Lima. *Horizonte Médico*. [Internet]. 2020 [Consultado 11 de mayo de 2022]; 20(1):54-60. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/994>
8. Ortega-García JA, Martínez-Hernández I, Boldo E, Cárcelos-Álvarez A, Solano-Navarro C, Ramis R, Aguilar-Ros E, Sánchez-Solis M, López-Hernández F. Urban air pollution and hospital admissions for asthma and acute respiratory disease in Murcia city (Spain). *Anales de Pediatría*. [Internet] 2020. [Consultado 22 de abril de 2022]; Vol 93, Issue 2, p. 95-102. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320300357>
9. Alonso-Cordero M, Rodríguez-González N, Rodríguez-Carrasco B, Hernández-Gómez L. Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *MEDIMAY* [Internet]. 2008 [Consultado 2 de marzo de 2022]; 14 (2). Disponible en: <https://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/297>
10. Abreu Suárez G, Pérez Brunet AP, Fuentes Fernández G, Portuondo Leyva R, Pérez Orta M. Hospitalizaciones por neumonía adquirida en la comunidad. *Revista Cubana de Pediatría* [Internet]. 2017 [Consultado 11 de marzo de 2022]; 89(Suppl 1): 166-171. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312017000500016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000500016&lng=es)
11. Machado K, Notejane Martín MM, Pérez C, Giachetto G, Pérez W. Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de 2 años. Hospitalizaciones durante el invierno. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2018 [Consultado 23 de abril de 2022]; 5( 1 ): 82-103. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-12542018000100082&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000100082&lng=es).
12. Vargas Rodríguez IA. Factores de riesgo y complicaciones en pacientes pediátricos menores de 5 años con patologías respiratorias. [Tesis, Internet]. Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2018 [Consultado 3 de enero de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31331>
13. Tamayo Reus CM, Bastart Ortiz EA. Nuevo enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. *MEDISAN* [Internet]. 2015 [Consultado 23 de abril de 2022]; 19( 5 ): 684-694. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000500014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500014&lng=es)
14. Ladines Canales A, Merejildo Domínguez DE. Conocimiento del manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas en madres con niños menores de 5 años de la comunidad de Puerto Hondo [Tesis, Internet]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014. [Consultado 11 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/9010#sthash.5rYsdlVb.dpuf>
15. Pedroso Triana BC, Lemes Domínguez ÁR, Álvarez Moreira D, Díaz Navarro B. Infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de 15 años en un área de salud. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2018 [Consultado 3 de febrero de 2022]; 22(2): 135-141. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432018000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000200005&lng=es).
16. Novoa M, Patricio V, Turpo K. El muy bajo peso al nacer como factor de riesgo para enfermedades infecciosas durante el primer año de vida en tres hospitales de Lima Metropolitana. [Tesis, Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. 2020. [Consultado 21 de enero de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7828>
17. Balderrama Baptista DA, Condori Gutiérrez EF, Arteaga Vera FM. Desnutrición crónica en niños de 2 a 5 años. Factores de riesgo. Centro de salud San Mauro. Municipio Tomina. *Archivos Bolivianos de Medicina*. [Internet]. 2018 [Consultado 5 de enero de 2022]; 29(97): 55-74. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-05252018000100007&lng=pt](http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05252018000100007&lng=pt).

18. Bustamante P. Factores individuales, ambientales asociados a infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. [Tesis, Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Perú, 2019. [Consultado 4 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/3979>
19. Álvarez Andrade ME, Hernández Oliva M, Brito Tavares Y, Sánchez Pérez LM, Cuevas Álvarez D. Riesgo de neumonía grave en niños menores de 5 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2018 [Consultado 11 de febrero de 2022]; 17 (3): 408-426. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2018000300408&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300408&lng=es).
20. Reaño Rodríguez M. Factores ambientales y presencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años, servicio de emergencia, centro de salud Tahuantinsuyo bajo. [Tesis, Internet] Universidad Inca Garcilazo de la Vega, Perú, 2018. [Consultado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3374>
21. Ramírez-Guevara M, Cárdenas-López A., Dávila-Chachapoyas D. Factores asociados a la infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años. ENDES, 2017. CASUS. *Revista De Investigación y Casos En Salud*. [Internet] 2019. [Consultado 11 de enero de 2022]; 4(1). Disponible en: <https://doi.org/10.35626/casus.1.2019.153>
22. Idrogo S. Factores de riesgo que intervienen en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años atendidos en el puesto de salud Sangache - Uticyacu - Santa Cruz - Cajamarca. [Tesis, Internet] Universidad Alas Peruanas, Perú, 2018. [Consultado 6 de junio de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/2908>
23. Montes Franceschini S. Contaminación ambiental e infecciones respiratorias en niños. *Neumología Pediátrica* [Internet]. 2021 [Consultado 11 de febrero de 2022]; 16(4):161-3. Disponible en: <https://neumologiapediatrica.cl/index.php/NP/article/view/463>
24. Pérez MC, Rodríguez TA, Pérez MLJ, et al. Comportamiento de las infecciones respiratorias agudas en un consultorio médico. *Universidad Médica Pinareña*. [Internet] 2018. [Consultado 4 de mayo de 2022]; 14(3):219-228. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82210>
25. Matos M. Casos y factores de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del centro de salud Virgen del Carmen 2017. [Tesis, Internet]. Universidad de Huánuco, Perú, 2021. [Consultado 4 de abril de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2999>
26. Guibert Basto L, Tamayo Reus CM, Góngora Wilson T, Palay Justiz Y, Carrión Rosell Y. Aspectos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos en pacientes menores de 5 años con neumonía bacteriana. *MEDISAN* [Internet]. 2021 [Consultado 22 de diciembre de 2021]; 25(6): 1361-1377. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192021000601361&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000601361&lng=es).
27. Olivera N, Giachetto G, Haller A, Figueroa C, Cavalleri F. Infecciones respiratorias agudas bajas graves en niños menores de 6 meses hospitalizados. Análisis de factores de riesgo de gravedad. *Anales de la facultad de medicina* [Internet]. 2019 [Consultado 4 de marzo de 2022]; 6(1):109-129. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-12542019000100109&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542019000100109&lng=es).
28. Muñoz Muñoz C, Dueñas Basurto V, Castro Anchundia J, Holguín Martinetti G. Descripción y análisis de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Polo del Conocimiento*. [Internet] 2021. [Consultado 11 de enero de 2022]; 6(9), 1108-1123. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v6i9.3098>
29. Cemeli Cano M, Laliena Aznar S, Valiente Lozano J, Martínez Ganuza B, Bustillo Alonso M, García Vera C. Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. *Revista de Pediatría y Atención Primaria* [Internet]. 2020 [Consultado 2 de abril de 2022];

22(85): 23-32. Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322020000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100005&lng=es).

30. Valdés E. Conocimiento sobre el protocolo de atención prehospitalario del niño con crup en técnicos de urgencias médicas del sume 911. [Tesis, Internet] Universidad Autónoma de Chiriquí, Panamá, 2021. [Consultado 2 de febrero de 2022]. Disponible en:<https://jadimike.unachi.ac.pa/handle/123456789/277>

31. Rosquelles Pau V, LuacesCubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. *AEP*. [Internet] 2020. [Consultado 22 de marzo de 2022]; 1:75-82. Disponible en:[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_laringitis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_laringitis.pdf)

32. Huang Carpio JJ, León Espinoza VR. Prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en lactantes menores. [Tesis, Internet]. Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2018 [Consultado 5 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30941>

33. Robles D. Influencia de la temperatura y humedad ambiental en las infecciones respiratorias agudas en la ciudad de Huaraz, periodo 2012 –2016. [Tesis, Internet]. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Perú, 2019. [Consultado 2 de mayo de 2022]. Disponible en:<http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/3340>

34. García S, Ciriaci C, Montes G, Corbaz S. Epiglotitis por Haemophilus influenzae tipo b en la era de la vacunación: caso clínico pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*. [Internet]. 2019 [Consultado 4 de diciembre de 2022]; 117(4): e403-e405. Disponible en:[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752019000400025&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752019000400025&lng=es).

35. Higuero N, Silva E, Borrego Sáenz A, García Ruano. Obstrucción aguda de la vía respiratoria superior. *Pediatría Integral*. [Internet] 2019. [Consultado 11 de marzo de 2022]; (1): 25–36. Disponible en:[https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii01/03/n1-025-036\\_NereaSilva.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii01/03/n1-025-036_NereaSilva.pdf)

36. Reig Rincón de Arellano I, Castillo Laita JA, Valldepérez Baiges C. Laringitis aguda. *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria* [Internet] 2018 [Consultado 4 de abril de 2022]. Disponible en:<https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/77/laringitis>

37. Pomaquiza Quito JR. Guía de atención prehospitalaria de laringotraqueitis en pacientes pediátricos con ayuda del simulador pediátrico. [Tesis, Internet] Instituto American Collage, Ecuador, 2020. [Consultado 22 de enero de 2022]. Disponible en:<http://dspace.americancollege.edu.ec:8080/repositorio/handle/123456789/210>

38. Fonseca Toscano LA. Proceso de atención de enfermería en el lactante de 6 meses de edad con laringotraqueobronquitis aguda. [Tesis, Internet] Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador, 2020. [Consultado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8459>

39. Graziani Noriega D, Ampuero López A. Infecciones agudas traqueales y del árbol bronquial. *Medicine*. [Internet] 2018. [Consultado 11 de febrero de 2022]; 12(64), 3741–3750. Disponible en:<https://doi.org/10.1016/j.med.2018.10.001>

40. Betancourt AG. Incidencia de bronquitis aguda en niños de 1 a 3 años de edad en el Centro Misionero de Salud de Guayaquil. [Tesis, Internet] Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador, 2020. [Consultado 11 de febrero de 2022]. Disponible en:<http://201.159.223.180/handle/3317/10291>

41. Sánchez Valero KL. Factores de riesgo y su incidencia en bronquitis aguda en niños menores de 5 años de la parroquia el Salto Provincia Los Ríos durante el primer semestre 2018. [Tesis, Internet] Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador, 2018. [Consultado 11 de enero de 2022]. Disponible en:<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4920>

42. Macias Miranda AJ, Torres Lara AV, Barros Lozada AD, Sanchez Acosta YM. Bronquitis bacteriana prolongada en niños. *RECIAMUC* [Internet]. 2022 [Consultado 11 de junio de 2022]; 6(2):261-8. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/847Arredondo>
43. Escalante JC, Cabezas Canole H. Caracterización de la severidad de la bronquiolitis en menores de dos años en el Hospital Niño Jesús de Barranquilla durante los años 2015 y 2016. *Biociencias* [Internet]. 2018 [Consultado 4 de mayo de 2022]; 13(1):31-52. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2141>
44. Ruiz M, Hernández I, Montes M. Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los niños con bronquiolitis aguda en el Hospital Belén De Trujillo. [Tesis, Internet] Universidad Nacional de Trujillo, Perú, 2017. [Consultado 11 de junio de 2022]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/119>
45. Yanes Macías JC, Fonseca Hernandez M, García Rodríguez I, Lluí Tombo C, Tio González D, Díaz Ceballos JC. Atención al niño con bronquiolitis: consideraciones clínico-terapéuticas generales. *MEDISUR* [Internet]. 2022 [Consultado 7 de junio de 2022]; 20(2): 175-182. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2022000200175&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000200175&lng=es).
46. Coronel-Carvajal C. Factores asociados al desarrollo de la bronquiolitis. *Archivos Médicos de Camagüey*. [Internet] 2019. [Consultado 3 de diciembre de 2021]; 23(5):639-647. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90717>
47. Chiriguaya Moya ES, Molina Yanchapaxi CR. Caracterización clínica epidemiológica de la neumonía en niños hospitalizados de 1 a 6 años. [Tesis, Internet]. Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2018 [Consultado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30659>
48. Madruga Jiménez D, Fonseca Hernández M, Morera Álvarez O, Ríos Alverdi E. Good clinical practice guideline for the care of children with community acquired pneumonia. *Medisur* [Internet]. 2019 [Consultado 3 de mayo de 2022]; 17(6): 907-916. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000600907&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000600907&lng=es).
49. Martín-Llauri I, Reyes-Guerra N, González-Martín I, Peña-García G, Árias-Hernández G. Factores de riesgo asociados a las neumonías recurrentes en niños de Las Tunas. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2021 [Consultado 4 de abril de 2022]; 46 (3) Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2648>
50. García M, Martínez E. Factores de riesgo para la neumonía en niños menores de 5 años del puesto de salud las Malvinas en imperial-cañete. [Tesis, Internet] Universidad Autónoma de Ica, Perú, 2021. Disponible en: <http://repositorio.autonoma de ica.edu.pe/handle/autonoma de ica/1320>
51. Criollo Armijos LJ. Determinantes ambientales y su influencia en la neumonía adquirida en la comunidad en niños de 1 a 5 años de edad en la parroquia Colonche 2021. [Tesis, Internet] Universidad estatal de la península de Santa Elena, Ecuador, 2021. [Consultado 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6462>
52. Huaranca E. Características clínico terapéuticas de la neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 5 años hospitalizados en pediatría del Hospital Carlos Monge Medrano. [Tesis, Internet] Universidad César Vallejo, Perú, 2020. [Consultado 5 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/57842>
53. Vera Rodríguez T, Zambrano Arias EY. Atención a los niños del centro de salud Chongón por infecciones respiratorias agudas. *Revista Publicando* [Internet]. 2020 [Consultado 23 de noviembre de 2022]; 7(24):71-9. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2062>

54. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costo eficaces en América Latina. Washington;USA, 2019 [Consultado el 24 de enero de 2022]. Disponible en:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>
55. Gorini G, Carreras G. Morbilidad atribuible al tabaquismo pasivo en niños europeos. *Archivos de bronconeumología: Organó oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)*, [Internet]. 2021 [Consultado el 24 de mayo de 2022]; 57(7), 455-456. Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8012577>
56. Pérez Lescano AS. Nivel de conocimiento y prácticas alimenticias de la madre y su relación con las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Centro de Salud de Contumazá en el año 2022. [Tesis, Internet] Universidad Nacional de Cajamarca, Perú, 2022. [Consultado 3 de junio de 2022]. Disponible en:<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4876>
57. Cruz NN. Factores de riesgo en pacientes con morbilidad crítica infantil y bajo peso al nacer. *Cacocum*. 2022. [Consultado 22 de enero de 2022]. Disponible en:<https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl22/2022/paper/download/224/183>
58. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina, Enfermedades de los animales y su salud. USA, 2021 [Consultado el 24 de marzo de 2022]. Disponible en:<https://medlineplus.gov/spanish/animaldiseasesandyourhealth.html>
59. Zapana N, Jove D. Promoción de la salud en relación a la aplicación de medidas preventivas de Infecciones Respiratorias Agudas en Madres de Niños menores de 2 años. Puesto de Salud Santa María de Juliaca mayo a julio del 2017. [Tesis, Internet] Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Perú, 2018. [Consultado 11 de enero de 2022]. Disponible en:<http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/1456>
60. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Ginebra, Suiza, 2020 [Consultado el 24 de marzo de 2022]. Disponible en:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279743/WHO-CED-PHE-18.10-spa.pdf>
61. Guaranda Vera SM. Infecciones respiratorias agudas en niños de 5 años y su relación con el hacinamiento, centro de salud Santa Rosa. 2021. [Tesis, Internet]. Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador, 2021. [Consultado 3 de abril de 2022]. Disponible en:<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6433>
62. Navarro Delgado AC, Yahuana Flores RJ. Factores de riesgo y presencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el establecimiento de salud I-3 San Juan de Bigote. [Tesis, Internet]. Universidad Cesar Vallejo, Perú, 2021. [Consultado 11 de enero de 2022]. Disponible en:<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87110>
63. Silva MD, Delgado V, Perdomo OL, Rojas S, Perdomo LD. Propuesta de intervención en el Problema de Salud Pública Sobre Desnutrición en Niños y Niñas Menores de 5 Años en el Corregimiento de Puerto Colombia Jurisdicción del Municipio de Inírida Departamento del Guainía. [Tesis, Internet] Universidad Nacional abierta y a Distancia, Colombia, 2021 [Actualizado el 20 de mayo de 2020; Consultado 22 de enero de 2022].  
Disponible en:<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/44702/mdsilvala.pdf?sequence=3&isAllowed=y>