



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Caracterización clínica de laringitis obstructiva aguda en pacientes
menores de 6 años atendidos en Hospital de niños Francisco Icaza
Bustamante en el periodo 2019-2022.**

AUTORES:

**Guashpa Orellana, Andrea Dolores;
Macías Toapanta Solange Stefania**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título: Médico.

TUTOR:

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

Guayaquil, Ecuador

Septiembre 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Guashpa Orellana, Andrea Dolores y Macias Toapanta, Solange Stefania**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs

Guayaquil, 1 del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Guashpa Orellana, Andrea Dolores;**
Macias Toapanta, Solange Stefania

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Caracterización clínica de laringitis obstructiva aguda en pacientes menores de 6 años atendidos en Hospital de niños Francisco Icaza Bustamante en el periodo 2019-2022** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de septiembre del año 2023

AUTORAS

f. _____
Guashpa Orellana, Andrea Dolores

f. _____
Macías Toapanta, Solange Stefania



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Guashpa Orellana, Andrea Dolores;**
Macías Toapanta, Solange Stefania

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Caracterización clínica de laringitis obstructiva aguda en pacientes menores de 6 años atendidos en Hospital de niños Francisco Icaza Bustamante en el periodo 2019-2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 del mes de septiembre del año 2023

AUTORAS

f. _____
Guashpa Orellana, Andrea Dolores

f. _____
Macías Toapanta, Solange Stefania

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document	PRIMER BORRADOR.pdf (D172501175)
Submitted	8/1/2023 1:06:00 AM
Submitted by	
Submitter email	Andreaguashpa@hotmail.com
Similarity	0%
Analysis address	diego.vasquez.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

TUTOR (A)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Diego Antonio Vásquez Cedeño".

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios, por permitirme llegar hasta este momento pues él es quien me ha dado vida y aliento para perseguir mi sueño. Además, quiero expresar mi agradecimiento a mi familia quienes han estado allí desde el primer momento en que escogí esta hermosa y dura carrera, mi papá Pedro Macias y mi mamá Mónica Toapanta son verdaderos guerreros que a pesar de los miles batallas que se han puesto delante de nosotros, han salido victoriosos una por una, son mi ejemplo a seguir y realmente me encuentro muy feliz de que ellos sean mis padres. A mi hermano Diego Macias quien ha sido un pilar fundamental y me ha ayudado durante esta larga travesía. También agradezco al hospital Francisco Icaza Bustamante, por facilitarnos el acceso a sus datos para poder realizar nuestro proyecto de tesis y que esto sirva para las generaciones que están por venir. Realmente gracias a todas esas personas que han formado parte de mi vida universitaria y sé que llegaré muy lejos con el apoyo de todos ustedes.

Macias Toapanta, Solange Stefania

AGRADECIMIENTOS

Eternamente agradecida al apoyo que me brindaron mis padres, su confianza, sus esperanzas que depositaron en mí, al apoyarme en este camino tan pesado, cada esfuerzo, cada lagrima que derramaron, valió totalmente la pena, al lograr lo que hoy se está realizando. De igual manera, infinita gratitud a mi hermano, que me ha ayudado en cuanto ha podido, y ha estado dentro de sus posibilidades, y que no ha dudado en hacerlo. Personas especiales en mi vida, aparte de mi familia, mis amigos que formé en el internado que, aunque los conocí al final, sin duda han hecho, este tiempo más llevadero y agradable, nombrarlos estaría de más, pero sin ellos no sería tan divertido el aprendizaje.

Guashpa Orellana, Andrea Dolores



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

Resumen	XI
Abstract	XII
CAPÍTULO I	2
INTRODUCCIÓN	2
1.2 Justificación del tema.....	2
2 objetivos	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos.....	3
CAPÍTULO II	4
2. Marco Teórico	4
2.1 Definición	4
2.2. Etiología	4
2.3 Origen Viral	4
2.4 Origen Bacteriano	5
2.5 Traumatismo.....	5
2.6 Fisiopatología	6
2.7 Características clínicas	7
2.7.1. Estridor laríngeo.....	7
2.7.2. Tos metálica	8
2.7.3. Disfonía o Afonía	8
2.7.4 Cianosis	8
2.7.5. Tiraje o Retracciones	9
2.7.6. Ventilación.....	9
2.7.7. Nivel de Conciencia.....	9
2.8 Diagnóstico	10
2.9 Tratamiento	12
CAPÍTULO III	14
3. Metodología	14
3.1 Tipo de investigación.....	14
3.2 Población	14
3.3 Técnicas de recolección de datos	14
3.4 Criterios de inclusión	14
3.5 Criterios de exclusión	15

3.6 Variables	15
4. Resultados.....	15
Índice de Gráficos.....	21
4. Bibliografía.....	23

Resumen

Introducción: La laringitis obstructiva aguda, también conocida como "croup", es una enfermedad común en niños que afecta la vía respiratoria superior, especialmente la laringe y la tráquea. Se caracteriza por la inflamación de estas estructuras, lo que puede resultar en la obstrucción parcial de las vías respiratorias y causar dificultad para respirar. La gravedad se puede valorar a través de ciertas escalas, la que se usó en nuestro estudio, es la escala de Taussig, aquella valora diversas características específicas de la patología, y que igualmente nos ayudará a conocer el manejo del paciente. **Objetivo:** Caracterizar clínicamente en pacientes menores de 6 años con laringitis obstructiva aguda atendidos en el Hospital del niño Francisco Icaza Bustamante en el periodo 2019-2022. **Metodología:** Es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo el cual se enfocó en la caracterización clínica de la laringitis obstructiva aguda en pacientes menores de 6 años que se realizó en el hospital Francisco Icaza Bustamante durante el periodo 2019-2022. **Resultados:** En el contexto de un estudio poblacional que incluyó a 69 pacientes, este estudio proporciona una visión más completa de la laringitis obstructiva aguda en niños, con un enfoque en la epidemiología, la estacionalidad y la gravedad de la enfermedad. Estos conocimientos pueden guiar a los profesionales de la salud en la identificación temprana y el manejo adecuado de esta afección, contribuyendo así a mejorar la calidad de atención para los niños que la padecen. Observó una mayor incidencia de laringitis obstructiva aguda en lactantes menores de sexo masculino en comparación con otros grupos demográficos. Esta patología demostró una prevalencia significativamente más alta durante la temporada invernal. En cuanto a la presentación clínica, los síntomas más comúnmente reportados por los niños fue la falta de aire, lo que llevó a una mayor frecuencia de visitas al servicio de emergencia. Sin embargo, al utilizar una escala de evaluación específica en nuestro estudio, se identificó que la gravedad más comúnmente registrada fue la categoría de laringitis leve. **Conclusión:** Este estudio proporciona una visión más completa de la laringitis obstructiva aguda en niños, con un enfoque en la epidemiología, la estacionalidad y la gravedad de la enfermedad. Estos conocimientos pueden guiar a los profesionales de la salud en la identificación temprana y el manejo adecuado de esta afección, contribuyendo así a mejorar la calidad de atención para los niños que la padecen.

Palabras claves: Laringitis, Escala de Taussig, croup, estridor, cianosis, tos metálica

Abstract

Introduction: Acute obstructive laryngitis, also known as croup, is a common disease in children that affects the upper airway, especially the larynx and trachea. It is characterized by inflammation of these structures, which can result in partial airway obstruction and cause shortness of breath. Severity can be assessed through certain scales, the one used in our study is the Taussig scale, which assesses several specific characteristics of the pathology, and which will also help us to know the patient's management. **Objective:** To clinically characterize patients under 6 years of age with acute obstructive laryngitis treated at the Hospital del Niño Francisco Icaza Bustamante in the period 2019-2022. **Methodology:** This is an observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study focused on the clinical characterization of acute obstructive laryngitis in patients under 6 years of age at the Francisco Icaza Bustamante Hospital during the period 2019-2022. **Results:** In the context of a population-based study that included 69 patients, a higher incidence of acute obstructive laryngitis was observed in male infants compared to other demographic groups. This pathology showed a significantly higher prevalence during the winter season. In terms of clinical presentation, the most common symptoms reported by the children was shortness of breath, which led to a higher frequency of emergency department visits. However, using a specific assessment scale in our study, it was identified that the most commonly recorded severity was the mild laryngitis category. **Conclusion:** This study provides a more comprehensive view of acute obstructive laryngitis in children, with a focus on the epidemiology, seasonality, and severity of the disease. This knowledge can guide health care professionals in the early identification and appropriate management of this condition, thus contributing to improving the quality of care for children who suffer from it.

Key words: laryngitis, Taussig's scale, croup, stridor, cyanosis, metallic cough.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Siempre, las patologías respiratorias, son el primer motivo de consulta en las emergencias hospitalarias, en un promedio de un 50%. Sin embargo, el CROUP, o laringitis obstructiva aguda, es una de sus causas más comunes de obstrucción de vía aérea superior. (1)

Suele ocupar en relación a otras infecciones respiratorias, el 15% de frecuencia en niños que acuden al hospital de los cuales, el 1 al 5%, será durante el segundo año de edad, que requieran hospitalización. Aunque la laringitis aguda, es una patología autolimitada, en la mayoría de los casos, puede desarrollar un grado severo, que comprometa la vida del paciente. Sin embargo, se requiere que el médico, pueda identificar los signos cardinales, diagnosticar y tratar de manera rápida y oportuna, para disminuir su morbilidad y mortalidad. (2)(3)

Según varios estudios epidemiológicos su incidencia estimada es aproximadamente del 3 al 6%, ocurre en pacientes lactantes menores de 3 a 6 meses hasta niños de 3 años de edad, según diversas fuentes. También, se evidencio que este cuadro clínico, es dependiente de las estaciones. Es más frecuente en temporadas de otoño - invierno, pero puede aparecer en las otras estaciones. y en relación al sexo, es más recurrente en hombres que en mujeres con una proporción de 2:1. (4)(5)

1.1 Problema a investigar

¿Qué características clínicas se observan en los pacientes con laringitis obstructiva aguda atendidos en el Hospital del Niño Francisco Icaza Bustamante en el periodo 2019-2022?

1.2 Justificación del tema

La laringitis es una enfermedad respiratoria estacional, que, aunque es la causa de obstrucción de vías aérea superiores en la infancia, no llega a ser diagnosticada de la mejor manera por eso nuestro estudio se basa en reconocer e identificar las características clínicas, así como

determinar qué género es el que más se encuentra afectado, a que edad se presenta con más frecuencia, categorizar el crup de acuerdo al grado de severidad y en qué momento del año es más frecuente que se presente este tipo de patologías.

2 objetivos

2.1 Objetivo General

Caracterizar clínicamente en pacientes menores de 6 años con laringitis obstructiva aguda atendidos en el Hospital del niño Francisco Icaza Bustamante en el periodo 2019-2022

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar la sintomatología más frecuente que presentan los pacientes con laringitis aguda en la emergencia
- Identificar las características demográficas y clínicas como sexo y grupo etario
- Mostrar en qué momento del año existen, casos más recurrentes de laringitis aguda
- Determinar el grado de severidad más frecuente y el manejo de, laringitis aguda obstructiva aguda través de la escala de Taussig

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Definición

CROUP o también denominada laringitis obstructiva aguda es una enfermedad infecciosa que ataca principalmente las vías respiratorias superiores en especial a la laringe en la infancia, el cual crea un cuadro inflamatorio que produce un grado de obstrucción que puede evolucionar de lo leve a severo, lo que dificulta la respiración y puede provocar cianosis, signos de dificultad respiratoria y necesitar intubación endotraqueal, afecta con mayor relevancia a niños entre los 6 meses a 6 años y en épocas invernales.

2.2. Etiología

2.3 Origen Viral

Los agentes causales más frecuente son de origen viral, son las más recurrentes que se pueden encontrar, y dentro de ellas se incluyen:

- **Virus de para influenza:** Es la causa más común de laringitis obstructiva aguda en niños menores de 3 años. Según varios estudios, se encuentra en un 75% de los casos. Este virus también puede causar bronquitis y neumonía.
- **Virus sincitial respiratorio:** Aunque es frecuente patógeno de infecciones respiratorias en niños pequeños, puede de igual manera, causar laringitis obstructiva aguda en pocos casos.
- **Adenovirus:** Según varias literaturas médicas, es un patógeno que se encuentra en menor porcentaje, en varios casos estudiados, sin embargo, también se debe tenerlo en cuenta para su tratamiento
- **Virus del herpes simple:** Aunque menos común, el virus del herpes simple también puede causar laringitis obstructiva aguda en algunos casos.

2.4 Origen Bacteriano

Aunque no es un patógeno común que se aloje en la laringitis, pero en raras ocasiones puede ser causada por bacterias. Las causas bacterianas de la laringitis obstructiva aguda pueden incluir:

- *Haemophilus influenzae*: Esta bacteria puede causar infecciones respiratorias superiores, incluyendo laringitis obstructiva aguda.
- *Streptococcus pneumoniae*: Esta bacteria también puede causar infecciones respiratorias superiores y laringitis obstructiva aguda en algunos casos.
- *Moraxella catarrhalis*: Esta bacteria puede causar infecciones respiratorias superiores, como la laringitis obstructiva aguda.
- *Bordetella pertussis*: Esta bacteria es la causa de la tos ferina, que puede causar una forma grave de laringitis obstructiva aguda en bebés y niños pequeños.

2.5 Traumatismo

También, puede ser causada por diversas razones, incluyendo las causas traumáticas. Algunas de las causas traumáticas de la laringitis obstructiva aguda pueden incluir:

- Lesiones en el cuello: Las lesiones en el cuello pueden provocar inflamación de la laringe y causar obstrucción de las vías respiratorias. Estas lesiones pueden ser causadas por un traumatismo directo en el cuello o por un accidente automovilístico.
- Intubación traqueal: La intubación traqueal es un procedimiento médico que se utiliza para mantener las vías respiratorias abiertas durante la cirugía o en casos de emergencia. En algunos casos, la intubación traqueal puede irritar la laringe y provocar inflamación, lo que puede dar lugar a una laringitis obstructiva aguda.
- Quemaduras: Las quemaduras en el cuello o la garganta pueden provocar inflamación de la laringe y causar obstrucción de las vías respiratorias. Estas quemaduras pueden ser causadas por exposición a productos químicos, líquidos calientes, fuego o radiación.
- Ingesta de objetos extraños: La ingestión de objetos extraños, como alimentos o juguetes, puede provocar una obstrucción de las vías respiratorias y causar inflamación de la laringe.

Es importante destacar que las causas traumáticas de la laringitis obstructiva aguda son relativamente raras.

2.6 Fisiopatología

La vía de transmisión del virus ocurre por contacto de persona a persona a través de gotitas de secreciones respiratorias o por fómites. Una vez que el virus ingresa, comienza en la nasofaringe, y se va diseminando hacia el epitelio respiratorio, en especial, en la vía aérea superior, en la laringe y tráquea. (3)

Según su histología, el ingreso del virus, al epitelio respiratorio, se pueden observar la presencia de linfocitos, leucocitos, histiocitos, es decir, se desarrolla edema de tipo inflamatorio, acompañado de eritema y deterioro de la movilidad de las cuerdas vocales. Es aquí donde el virus puede llegar a detenerse o avanzar hacia la vía aérea inferior. (12)(13)

En los niños, se posee una anatomía, algo diferente a la del adulto, en la vía aérea superior, la glotis se encuentra alta, la zona subglótica es más angosta, al ser esta más estrecha, aumenta su resistencia al paso del flujo aéreo, y además por que se encuentra influenciado de varios elementos anatómicos, entre ellos por el cartílago cricoides, tejidos submucosos laxos y que son menos fibrosos en los lactantes menores, y eso le proporciona nula extensibilidad, y ante la presencia de edema, puede desencadenar reducción de su diámetro y por ende resistencia del paso de aire, lo que explica, que el estrechamiento es el responsable del estridor inspiratorio, y en casos graves, puede llegar a desarrollar disnea y por ende hipoxemia e hipercapnia.(12)(14)(4)

El estridor inspiratorio, puede exacerbar por las noches, con el llanto o agitación o la posición horizontal, a medida que va progresando la sintomatología, puede generar diversos grados de obstrucción laríngea. (12)(13)

Por ende, es cómo se forma la tríada clínica característica, del CROUP o laringitis obstructiva aguda. Esta se caracteriza por: disfonía o afonía, tos metálica o perruna y estridor de tipo inspiratorio, que puede acompañarse además de disnea o no. Es muy extraño, que avance a un episodio grave o crítico, pero, aun así, puede llegar a desencadenar signos de dificultad

respiratoria, como son: tiraje intercostal, aleteo nasal, hipoventilación, entre otras muy importantes. (4)

2.7 Características clínicas

Existen tres signos clínicos característicos: estridor inspiratorio, tos metálica o perruna, disfonía o afonía. Sin embargo, también debemos estudiar, la caracterización de un episodio grave de obstrucción, a través de la escala de Taussig. Sin embargo, el inicio prodrómico de la sintomatología suele ser gradual, iniciando con rinorrea, fiebre o febrícula, que progresa en 12 a 48 horas. (15)

Esta escala evalúa 5 parámetros clínicos: Tiraje o retracciones, ventilación a través de la auscultación, cianosis, estridor y el nivel de conciencia. La misma que nos ayuda a evaluar su gravedad de dificultad respiratoria (15)

2.7.1. Estridor laríngeo

Es uno de los signos más importantes, que se caracteriza por ser un sonido de un tono muy alto, que es generado por el paso turbulento y rápido de aire, en el diámetro estrecho de la vía aérea, estrictamente superior. (16)(17)

En el CROUP, el estridor es inspiratorio, porque las vías respiratorias extratorácicas, son de un diámetro menor durante la inspiración, y se convertiría en bifásico, si es un episodio de estrechamiento grave y esto puede sugerir obstrucción a nivel de glotis (área delimitada por las cuerdas vocales), subglotis o tráquea. Sin embargo, en la vía aérea intratorácica, el estrechamiento se desencadena durante la espiración y esto puede llegar a dar lugar a sibilancias. (16)(17)

Aunque ya lo explicamos, debemos tener en cuenta, que, en los niños, lactantes menores específicamente. Al presentar edema inflamatorio, en el espacio subglótico (área más angosta de la vía aérea pediátrica y rodeado por el anillo cricoides), cuando existe un estrechamiento de 1 mm esto generará una disminución del 75% del diámetro. (16)(17)

Sin embargo, el volumen del estridor no tiene relación con la gravedad de la obstrucción. Por ende, el CROUP de tipo infeccioso, más comúnmente viral, es el responsable de un estridor inspiratorio agudo. (16)(17)

2.7.2. Tos metálica

La tos es seca, sin expectoración, metálica, parecida al ladrido de un perro, por ende, se lo identifica como tos perruna. Aunque los signos clínicos suelen fluctuar y con remisión en 2 días a una semana. Sin embargo, la tos puede persistir más tiempo. (18)

Tiende a ser espasmódica y desarrollar ronquera, puede presentar dolor o picor, que suelen temporalmente acompañarse de fiebre mayor a 38°, que suele ser más frecuentemente nocturna. El estado del paciente, en las mañanas mejora, sin presentar exacerbaciones de estridor ni tos. Pero, vuelve a agravarse por la noche. (18)(19)

Si la tos, llega a ser intensa, el paciente puede desencadenar vómitos, suele estar más irritable, y al persistir por un tiempo más prolongado, suele ser más blanda y productiva, la cual puede llegar a durar hasta una a dos semanas más, y con ella la gravedad del cuadro. (18)

2.7.3. Disfonía o Afonía

Se define como trastorno, que se caracteriza por cambios en la calidad de la voz, en su tono y volumen. Según la fisiopatología, esta alteración, se debe por el deterioro de la movilidad de las cuerdas vocales, secundaria al estrechamiento de la glotis por la inflamación y edema de laringe (15)

2.7.4 Cianosis

Se define como una característica de color azulada oscura o purpúrica dérmica y en mucosas. En la laringitis, el aumento de la resistencia de la vía aérea y el estrechamiento severo, no permite una buena ventilación o la suficiente, para oxigenar de manera correcta la sangre que perfunde los alvéolos. (20)(21)

Esta característica se valora en la escala de Taussig, que se considera una herramienta de uso contrastado y mayormente utilizado para evaluar el grado de afectación respiratoria, incluso, para preparar a pacientes que sean candidatos para ventilación mecánica. (20)(22)

Cuando el cuadro se caracteriza por cianosis y signos de dificultad respiratoria se considera Crup con inminente fallo respiratorio. (20)

2.7.5. Tiraje o Retracciones

La dificultad respiratoria crónica, del CROUP, se caracteriza con tiraje supraesternal o de tipo intercostal, que se puede encontrar en los tres niveles en la escala de Taussig. Además, es un criterio de ingreso del paciente a hospitalización, bajo vigilancia médica. (5)

2.7.6. Ventilación

A través de la auscultación, podemos evidenciar espiración prolongada y estridor. Puede también presentar murmullo vesicular fisiológico o reducción de este, acompañado de estridor inspiratorio. Otro elemento de mayor importancia es la pulsioximetría, por medio de ella, podemos valorar su oxigenación de forma constante. Aunque su descenso se da de forma tardía. (15)(19)

El paciente puede presentar bradipnea, y si se encuentra afectada la vía respiratoria baja, podemos encontrar polipnea. Los ruidos respiratorios suelen estar disminuidos. Sin embargo, si la perfusión se encuentra dentro de los parámetros normales, puede desarrollarse una hipoxia cuando exista una obstrucción completa. (15)(20)

La hipoventilación, se presenta físicamente con palidez, cianosis y alteración del nivel de conciencia, las cuales son criterios de ingreso a hospitalización. (15)

2.7.7. Nivel de Conciencia

Si el paciente presenta este signo, representa un grado de fallo respiratorio, y es un criterio de ingreso inmediato a hospitalización.

2.8 Diagnóstico

El diagnóstico es netamente clínico. Se caracteriza por su triada de base: estridor inspiratorio, disfonía o afonía y tos perruna. Al principio la sintomatología es similar a la de un cuadro catarral, de inicio súbito, sin embargo, si no se resuelve entre las primeras 12 a 48 horas pueden llegar a aparecer signos de obstrucción respiratoria, con aleteo nasal, estridor bifásico, con uso de musculatura accesoria, tiraje supraesternal o intercostal por hipoventilación, según la gravedad de la instrucción, que suele ser más exacerbado en las noches y en posición horizontal. (14)

Por ende, al paciente, se debe observar su estado general, principalmente sus signos vitales, saturación de oxígeno, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, etc. Si existe estabilidad o no de la vía aérea y su nivel de conciencia. Al examen físico, suele ser escaso y en caso de gravedad, es prioridad que el niño se encuentre tranquilo, por ende, nuestro elemento semiológico será a través de la inspección. (4)

Según las guías clínicas, podemos clasificar por distintos grados clínicos. La cual se conoce como Escala de gravedad LAO (Laringitis Obstructiva Aguda). Esta escala posee cuatro grados. Se determina: (3) (Gráfico 1)

- Grado I, cuando presente disfonía, estridor intermitente y leve, que se exacerbó durante la agitación. (3)
- Grado II, disfonía, estridor continuo, tiraje leve (3)
- Grado III, disfonía, estridor bifásico, tiraje de mayor intensidad, signos de hipoxemia, en la que se encontrara intranquilo, ansioso, acompañado de taquicardia y sudoración, y a la auscultación, encontraremos murmullo pulmonar disminuido. (3)
- Grado IV, disfonía, tiraje, estridores acompañados de signos de agotamiento con un descenso del esfuerzo respiratorio, cianosis e hipotonía. (3)

El TEP (Triángulo de evaluación pediátrica), es una evaluación rápida, del estado general del paciente, sin tocar al paciente. Estudiará tres características importantes en el CROUP: Apariencia, que valorará el tono, reactividad, mirada y llanto. Respiratorio, que evalúa estridor, disfonía, sibilancias, tiraje, taquipnea y aleteo nasal. Circulatorio, que estudia el color, la cianosis, palidez y si se identifica hemorragia significativa. (23)

Por lo general, en el CROUP, se identifica alteración en la parte RESPIRATORIA, sin embargo, si se halla alteración en APARIENCIA o CIRCULATORIO, denota mayor gravedad (23)

Para evaluar la gravedad de la obstrucción respiratoria, podemos utilizar dos escalas clínicas, la escala de Westley y Taussig. Aunque ambas escalas son subjetivas y suelen hallarse variabilidad, también son muy útiles para controlar la respuesta al tratamiento. En algunos casos, se consideran como un pilar fundamental. (24)

Esta escala evalúa 5 parámetros: Estridor inspiratorio, tiraje, ventilación, cianosis y el nivel de conciencia. Las escalas se evalúan por puntos y según ello, se clasifica en leve si es menor o igual a 3 puntos, moderada si obtiene entre 4 a 5 puntos, y se considera grave si es mayor o igual a 6 puntos. (24) (Gráfico 2)

Estas escalas nos ayudan a decidir el ingreso necesario a hospitalización, acompañado de los signos de hipoxemia. Según su puntuación, si se obtiene un puntaje menor a 4, el tratamiento se da de tipo ambulatorio, sin embargo, si obtiene un puntaje de 4 a 6 puntos, es un criterio de ingreso hospitalario, y si obtiene un puntaje mayor a 7, se admitirá ingreso a UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). (25) (Gráfico 3)

Además de esos criterios de ingreso, también se conocen otras de igual importancia. En casos de estridor bifásico, signos de dificultad respiratorio, en pacientes lactantes menores, antecedentes de episodios crónicos, alguna patología latente de vía aérea, si en cuatro horas de tratamiento con adrenalina y esteroides, el estridor inspiratorio progresa y la recurrencia a la emergencia por la misma patología. (14)(25)

Aunque, es principalmente clínico, el CROUP, existen ciertas pruebas complementarias que son poco útiles y no son tan indispensables realizarlas, solo en caso de una clínica atípica. Esta patología tiene un signo característico en la evaluación radiológica, en proyección anteroposterior de cuello el 50% de los pacientes, muestra el " signo del lápiz" o " signo del campanario" o " Signo de reloj de arena". En proyección lateral, esta se caracteriza, por una gran sobre distensión hipofaringe con un estrechamiento de la posición subglótica, Sin embargo, la aparición de este signo, no guarda en la mayoría de los casos, correlación con la

gravedad de la laringitis. Solo y únicamente, indicaremos este estudio, en caso de duda diagnóstica, o cuando el cuadro es atípico o en fracaso terapéutico. (15)

La broncoscopia o laringoscopia, solo se realiza en casos de obstrucción grave con una evolución tórpida. (5)

Otros exámenes complementarios, que son necesarios en caso de ingreso a hospitalización, se encuentran estudios de cultivos, por aspirado nasofaríngeo, para poder identificar el agente causal de la patología, y para control de la infección, al igual, que los estudios de gasometría arterial que mostrará hipercapnia e hipoxemia, de biometría hemática, donde encontraremos predominio de linfocitos con leucocitosis. (2)(25)

2.9 Tratamiento

Se proporciona de acuerdo a la gravedad de la enfermedad, y como antes mencionamos, nos podemos apoyar en varias escalas, la que usamos en este estudio, es la de Taussig:

Para las leves o leves-moderadas, el tratamiento es ambulatorio, en cambio sí es de gravedad moderada, ya requiere hospitalización y si es netamente grave necesita el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, para observación y cuidado (25).

El tratamiento principal, es el no farmacológico, en casos leves. Se indica reposo, aire humidificado o nebulizado, aunque no ha resultado ser efectivo, y considerar suministro de oxígeno con el uso de mascarilla con reservorio cuando la saturación es menor de 92% y mantener la calma tanto en el niño como en la madre (25).

El tratamiento farmacológico, siempre serán los glucocorticoides, entre ellas la dexametasona, Betametasona o adrenalina, en algunos casos. Presenta mejoría a las 12 a 24 horas en el Score Clínico, disminuye un 10% el tratamiento con nebulización de adrenalina (25). Independientemente de su vía de administración, vía oral o intramuscular, es segura y eficaz.

En casos leves, podemos realizar medidas generales, y el manejo de manera ambulatoria con Dexametasona 0.15 a 0.3 mg/Kg, dosis máxima de 12mg o Betametasona 0.4 mg/Kg VO, con

dosis máxima de 10mg. Una dosis suele ser suficiente, pero existen excepciones donde necesiten una segunda dosis si existe recurrencia de síntomas. Si el paciente ya presenta síntomas mínimos, sin estridor, ya son criterios de alta, y se mencionan datos de alarma al cuidador o la madre (25).

En casos moderados, se realizan medidas no farmacológicas, administración de Dexametasona 0.3 mg/Kg IV, y bajo observación médica, si dentro de 2 a 4 horas no existe cese de estridor o tos, se debe administrar adrenalina, la cual disminuye número de casos de intubación o traqueostomía, mejora el distrés respiratorio dentro de 10 minutos a 30 minutos, manteniendo el efecto durante dos horas. Se requiere hospitalizar, para observación. Las dosis de adrenalina, debe ser muy cuidadosa por que puede causar taquicardia y palidez, se debe administrar 0.5ml de adrenalina racémica al 2.25% + 4.5 ml de suero fisiológico o nebulización de adrenalina común 5 ml, sin diluir. (25)

En casos graves, se recomienda manipulación mínima indispensable, oxígeno si existe cianosis o saturación menor de 92%, se proporciona una escala de tratamiento igual a la de la ya antes mencionada, con Nebulización de adrenalina común o racémica y dexametasona 0.3 mg/Kg IV, apoyo de oxígeno con bolsa mascarilla, según sea la necesidad y si no existe respuesta, se procede a la intubación y hospitalización a UCI para evaluación. (24) (25)

Algunas complicaciones que se pueden suceder durante la hospitalización, es la intubación endotraqueal, en menos del 1% de los pacientes hospitalizados o paro cardiorrespiratorio. (25)

Los datos de alarma, que se les debe mencionar a los cuidadores o padres, si existe persistencia o exacerbación de cuadro, presencia de cianosis o coloración azulada, somnolencia y/o irritabilidad persistente, estridor o aumento de dificultad respiratoria, asistir al centro de salud más cercano.

Criterios de referir a un segundo o tercer nivel de atención, cuando el paciente no responde a glucocorticoides, si no se cuenta con hospitalización para valoración u observación o niños con patología preexistente.

CAPÍTULO III

3. Metodología

Nuestro estudio consta de dos procesos metodológicos, analítico porque a través de la información obtenida hemos examinado cada variable para su estudio y sintético porque nos permite reunir todos los datos y encontrar relaciones entre las variables.

3.1 Tipo de investigación

Es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo el cual se enfocó en la caracterización clínica de la laringitis obstructiva aguda en pacientes menores de 6 años que se realizó en el hospital Francisco Icaza Bustamante durante el periodo 2019-2022

3.2 Población

El total de población de nuestro estudio fue de 69 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Se recolectó la información mediante el sistema Hospital del Hospital Francisco Icaza Bustamante en el cual se revisó las historias clínicas ya que es el principal medio en donde se registra los datos del paciente, los cuales se registran en una hoja de Excel para el análisis y resultado de sus variables.

3.4 Criterios de inclusión

1. Pacientes diagnosticados por área de emergencia y consulta externa del Hospital Francisco Icaza Bustamante durante el periodo 2019-2022
2. Pacientes masculinos y femeninos menores de 6 años de edad
3. Pacientes sin antecedentes de alergias, o asmáticos con historia clínica completa
4. Pacientes con diagnóstico principal o relacionado de laringitis aguda obstructiva en su historia clínica

3.5 Criterios de exclusión

1. Pacientes que no tenga el diagnóstico, ni las codificaciones CIE-10 (J 0.50)
2. Pacientes que son atendidos en otro hospital o red complementaria de salud
3. Pacientes que fallecieron durante las primeras 24 horas de su ingreso

3.6 Variables

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	Resultado
Sexo	Sexo	Categórica Nominal	Masculino/Femenino
Edad	Grupo etario	Categórica Nominal	- Lactantes menores - Lactantes mayores - Preescolar
Manifestaciones Clínicas	Sintomatología clínica	Categórica Nominal	- Tiraje - Estridor inspiratorio - Ventilación - Cianosis - Nivel de conciencia
Grado de severidad y manejo	Grado de severidad y tratamiento respectivo	Categórica Ordinal Politémica	Leve (< 5 puntos): Tratamiento ambulatorio Leve - Moderado (5-7 puntos): Hospitalización Grave (>8 puntos): Unidad de Cuidados Intensivos
Estaciones del año	Estaciones del año	Categórica Nominal	- Invierno - Verano

Elaborado por: Guashpa A; Macías S (2023)

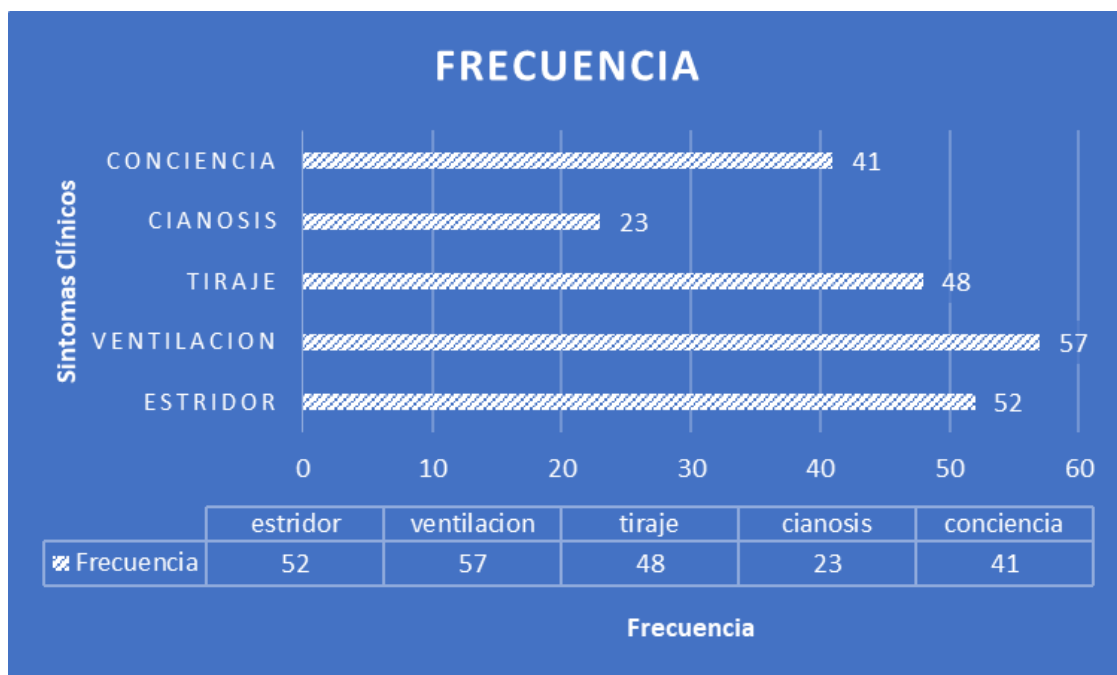
4. Resultados

La investigación que se presenta en esta tesis representa un esfuerzo exhaustivo y riguroso en el cual hubo una recolección de datos con la capacidad de caracterizar a los pacientes con laringitis obstructiva aguda. De acuerdo a los datos obtenidos, se puede evidenciar que basándose a la escala de Taussig, la sintomatología por la que más incurren las madres de familia a la emergencia es por presentar alteración en la ventilación y estridor laríngeo, presentándose en 57 pacientes y 52 pacientes respectivamente. (Tabla 1; Gráfico 4)

TABLA #1 Identificar la sintomatología más frecuente que presentan los pacientes con laringitis aguda en la emergencia

Sintomatología más frecuente en la presentación clínica	
	Frecuencia
estridor	52
ventilacion	57
tiraje	48
cianosis	23
conciencia	41

Elaborado por: Guashpa A; Macías S (2023)



Gráfico#4 Frecuencia de síntomas clínicos más recurrentes que se presenta en el momento de la emergencia. Adaptado por: Guashpa A; Macías S (2023)

TABLA #2 Distribución relacionado al sexo del paciente con el grupo etario

TABLA CRUZADA EDAD / SEXO						
SEXO						
	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	TOTAL %
LACTANTES MENORES	49	71.01	15	21.74	64	92.75
LACTANTES MAYORES	2	2.90	0	0.00	2	2.90
PREESCOLAR	1	1.45	2	2.90	3	4.35
TOTAL	52	75.36	17	24.64	69	100.00

Elaborado por: Guashpa A; Macías S (2023)

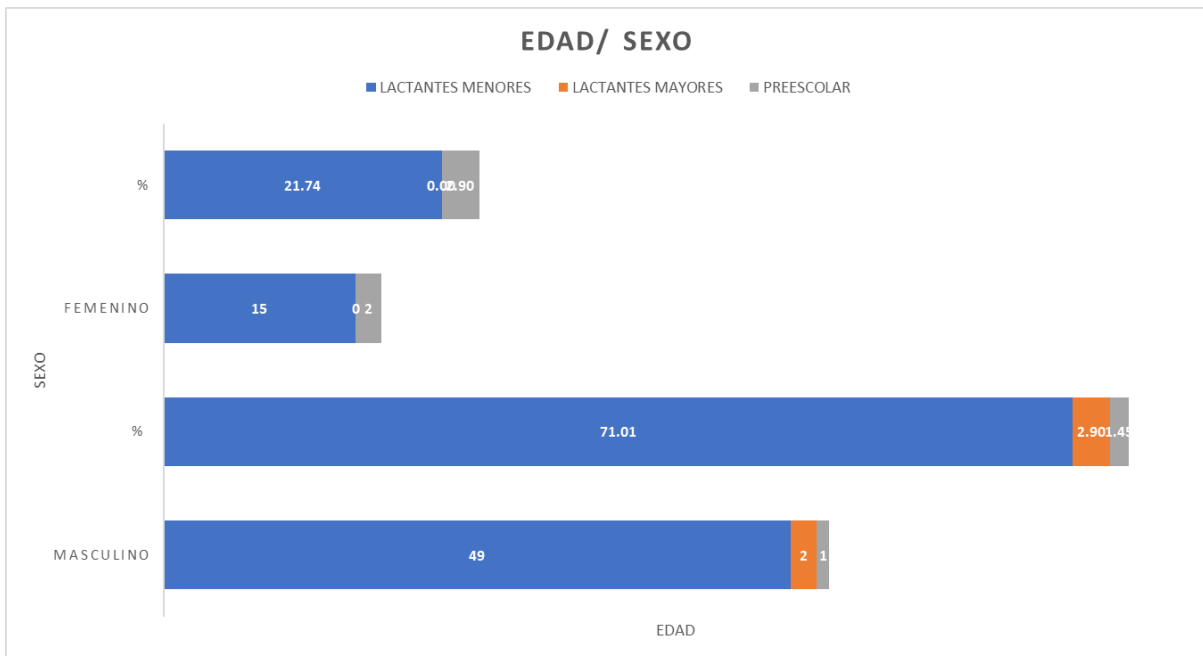


Gráfico #5 Representación de la distribución de acuerdo a la edad con relación al sexo. Adaptado por: Guashpa A; Macías S (2023)

De acuerdo a la recolección de datos, para mejor comprensión, clasificamos la edad, en grupos etarios: Lactantes menores que engloba a pacientes menores a un año, lactantes mayores, son pacientes entre un año a dos años, y preescolar mayores a dos años. De acuerdo a los datos demográficos de la población en estudio prevalece los pacientes lactantes menores masculinos con un 71.01% mientras que los lactantes menores femeninos tienen un porcentaje de 21.74% (tabla 2; gráfico 5)

TABLA #3 Momento del año en el cual existen casos más recurrentes de laringitis aguda

ESTACIONES DEL AÑO		
	FRECUENCIA	%
INVIERNO	43	62.32
VERANO	26	37.68
TOTAL	69	100

Elaborado por: Guashpa A; Macías S (2023)



Gráfico#6 Distribución de acuerdo a las estaciones del año, que se presenta esta enfermedad con más frecuencia. Adaptado por: Guashpa A; Macías S (2023)

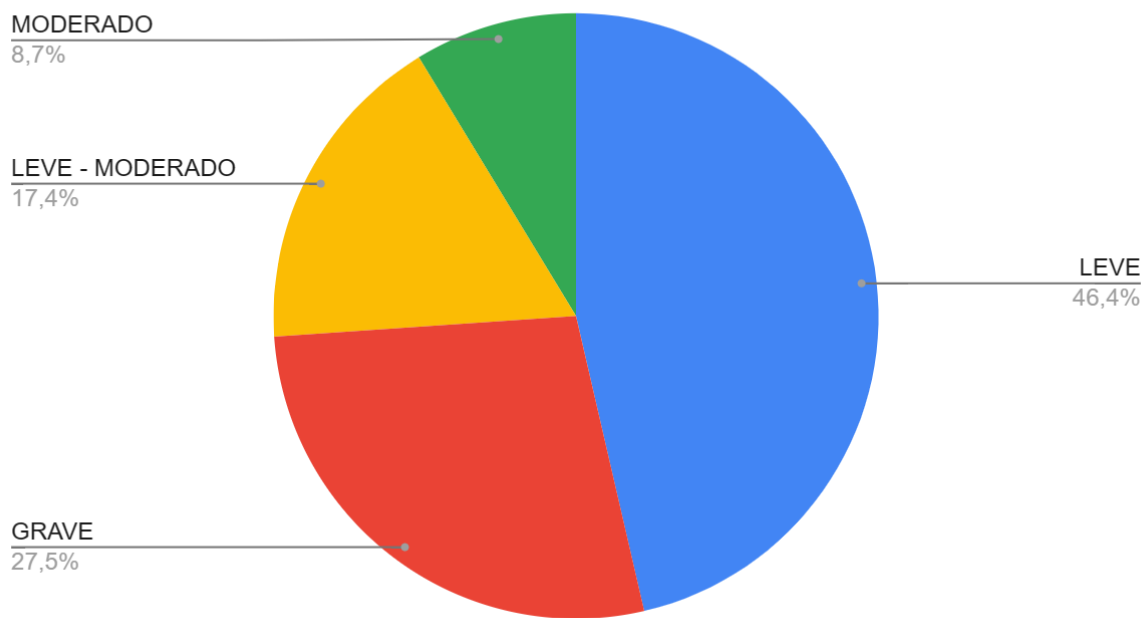
En relación con la adquisición de datos de pacientes que presentan laringitis obstructiva aguda, se observó que esta entidad patológica puede manifestarse a lo largo de todas las estaciones del año; sin embargo, se identificó un incremento significativo en la incidencia durante la temporada invernal, con una prevalencia del 62%, en contraste con el verano, donde se registró un porcentaje del 38%. (Tabla 3; gráfico 6)

TABLA#4 Determinar el grado de severidad más frecuente y el manejo de laringitis aguda obstructiva aguda través de la escala de Taussig

ESCALA DE TAUSSIG		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE (< 5 puntos)	32	46,4
LEVE-MODERADO (5-7 puntos)	12	17,4
MODERADO (7-8 puntos)	6	8,7
GRAVE (>8 puntos)	19	27,5
TOTAL	69	100

Elaborado por: Guashpa A; Macías S (2023)

Recuento de ESCALA DE TAUSSIG



Gráfico#7 Distribución de la gravedad según la escala de Taussig, que se valoró en los pacientes en el momento de la emergencia y su manejo. Adaptado por: Guashpa A; Macías S (2023)

En el contexto de la recopilación de datos de pacientes que presentaron laringitis obstructiva aguda durante el período comprendido entre 2019 y 2022, se determinó que la categoría de severidad más frecuentemente observada fue la laringitis leve, con un 46.4% de incidencia. Este nivel de gravedad generalmente se manejó de manera ambulatoria. Cabe destacar que se

registró una incidencia del 27.5% para los casos de laringitis grave, lo que sugiere que, en algunos casos, no se buscaron servicios de atención médica de urgencia de manera inmediata para esta categoría de pacientes.

5. Conclusiones

La laringitis obstructiva aguda en niños es una entidad clínica que presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos significativos. Este estudio, basado en una población de 69 pacientes, ha proporcionado valiosa información sobre las características epidemiológicas y clínicas de esta patología en niños.

Nuestros hallazgos revelan que la laringitis obstructiva aguda tiende a afectar predominantemente a lactantes de sexo masculino. Además, se destaca una clara estacionalidad, con un aumento significativo de casos durante la temporada invernal 62%. Los síntomas más comunes, como la disnea 57%, son una causa frecuente de búsqueda de atención médica de emergencia en estos pacientes.

Uno de los aspectos más notables de nuestra investigación es la predominancia de casos clasificados como laringitis de gravedad leve 46.4% según nuestra escala de valoración. Esto podría indicar un pronóstico generalmente favorable en esta población de pacientes pediátricos.

En resumen, este estudio proporciona una visión más completa de la laringitis obstructiva aguda en niños, con un enfoque en la epidemiología, la estacionalidad y la gravedad de la enfermedad. Estos conocimientos pueden guiar a los profesionales de la salud en la identificación temprana y el manejo adecuado de esta afección, contribuyendo así a mejorar la calidad de atención para los niños que la padecen. Sin embargo, se requieren investigaciones adicionales para comprender mejor los factores subyacentes y los tratamientos óptimos para esta patología pediátrica.

Índice de Gráficos

Gráfico 1.- Escala de gravedad LAO

Tabla 1. Escala de gravedad LAO

Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Disfonia (tos y voz). Estridor inspiratorio leve e intermitente, acentuado con el esfuerzo (llanto).	Disfonia (tos y voz). Estridor inspiratorio continuo. Tiraje leve (retracción supraesternal, intercostal o subcostal)	Disfonia (tos y voz). Estridor inspiratorio y espiratorio. Tiraje intenso. Signos de hipoxemia (palidez, inquietud, sudoración, polipneal). Disminución del murmullo pulmonar.	Disfonia, estridor. Tiraje intenso. Palidez. Somnolencia. Cianosis. Aparente disminución de la dificultad respiratoria.

Guía Clínica AUGUE. Infección respiratoria baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013⁹.

Fuente: Guía Clínica AUGUE.

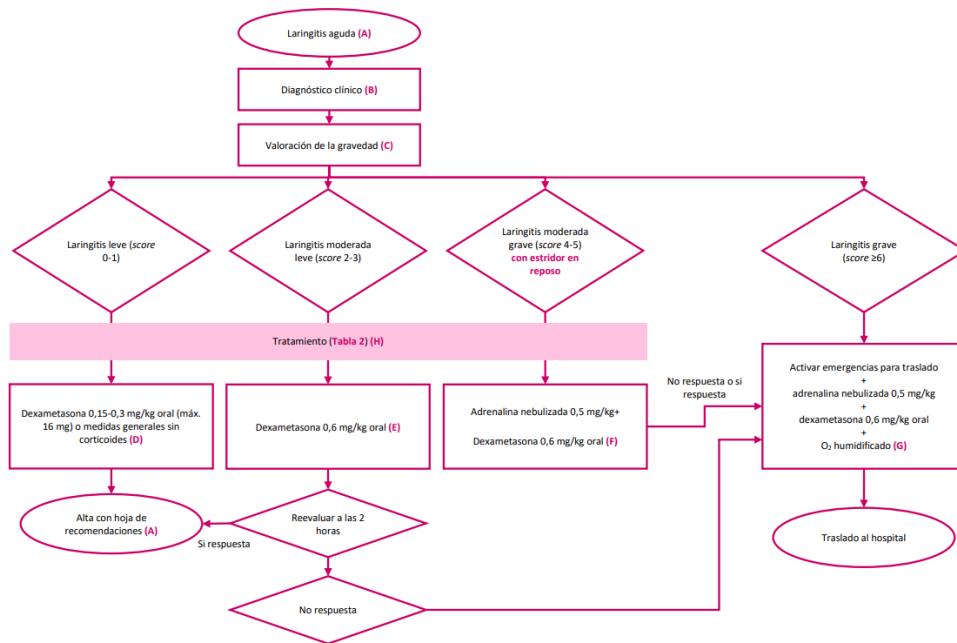
Gráfico 2.- Escala de Taussig

Tabla 1. Escala de Taussig para valorar la gravedad del crup				
	0	1	2	3
Estridor	No	Leve	Moderado	Intenso/ausente
Entrada de aire	Normal	Leve disminución	Disminuida	Muy disminuida
Color	Normal	Normal	Normal	Cianosis
Retracciones	No	Escasas	Moderadas	Intensas
Conciencia	Normal	Agitado si se le molesta	Ansioso y agitado en reposo	Letargia

Leve: <5; Leve-moderado: 5-7; Moderado: 7-8; Grave: >8.

Fuente: Revista de Pediatría Integral

Gráfico 3.- Algoritmo Diagnóstico y de manejo



Fuente: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria

4. Bibliografía

1. UP TO DATE; Dra. Laura L Loftis. UP TO DATE. [Online]; 2021. Acceso 20 de 11 de 2022. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/emergency-evaluation-of-acute-upper-airway-obstruction-in-children?search=laringitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#.
2. social Indas. IMSS. [Online] Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/258GER.pdf>.
3. Bustos P MF, Guzman N M, Cristina G. Laringitis aguda obstructiva o crup viral. [Online].; 2013. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Laringitis-aguda-obstructiva-o-crup-viral.pdf>.
4. SEPEAP. Programa de formación continuada en pediatría extrahospitalaria. *Pediatría Integral*. 2022; XXVI (7).
5. Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells CM. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. [Online].; 2020. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_laringitis.pdf.
6. Dr. Rodrigo Montoya S. “Laringitis aguda obstructiva: actualización en tratamiento en APS.” *Pontificia Universidad Católica de Chile*, vol. 1, 2022, p. 2, [https://medicina.uc.cl/publicacion/laringitis-aguda-obstructiva-actualizacion-en-tratamiento-en-aps/#:~:text=La%20laringitis%20aguda%20obstructiva%20se,puede%20tener%20complicaciones%20\(2\).](https://medicina.uc.cl/publicacion/laringitis-aguda-obstructiva-actualizacion-en-tratamiento-en-aps/#:~:text=La%20laringitis%20aguda%20obstructiva%20se,puede%20tener%20complicaciones%20(2).)
7. Dr. Craig H. Zalvan Dra. Jacqueline Jones. “Common causes of hoarseness in children.” *UpToDate*, vol. 1, 2023, p. 2, https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/common-causes-of-hoarseness-in-children?search=laringitis%20obstrutiva%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
8. ML. Arroba Basanta. “Laringitis aguda (Crup).” *Anales de Pediatría*, vol. 1, 2003, pp. 55-61, <https://www.analesdepediatría.org/es-laringitis-aguda-crup--articulo-13054787>.
9. Yen K, Flanary V, Estel C, et al. Traumatic epiglottitis. *Pediatr Emerg Care* 2003; 19:27
10. Recognition of respiratory distress and failure. Samson RA, Schexnayder SM, Hazinski MF, et al (Eds). *Pediatric Advanced Life Support Provider Manual*. American Heart Association, Dallas, 2016, p. 113.
11. Darras KE, Roston AT, Yewchuk LK. Imaging Acute Airway Obstruction in Infants and Children. *Radiographics* 2015; 35:2064.

12. SEPAEP. Programa de Formacion Continuada en Pediatria Extrahospitalaria. *Pediatría Integral*. 2017; XXI (7).
13. Primaria GdVRdlAEdPdA. Documentos Técnicos del GVR (DT -GVR-5). [Online].; 2018. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/laringitis-2018.pdf>.
14. Vignau GE, Schamber DLI. Diagnóstico y Tratamiento del Croup Respiratorio. *Revista de Posgrado de la VIa Catedra de Medicina*. 2006;(159).
15. Marcos T, Torres DH. Laringitis, crup y estridor. [Online].; 2017. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/02/n7-458-464_CarmenTorres.pdf.
16. Marquez R DY, Mario SRD. *Neumologia Pediatrica*. [Online].; 2018. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: file:///D:/ojsadmin,+5.pdf.
17. Cuestas G, Rodriguez H. *Pediatria práctica*. [Online].; 2022. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_pp_cuestas_22-4pdf_1649262200.pdf.
18. *Pediatria Dd. PAIDO salud infantil*. [Online]. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: <https://pediatriadexeus.com/wp-content/uploads/Enfermedades-Laringitis-ES.pdf>.
19. MD RB. *Manual MSD*. [Online]; 2022. Acceso 15 de 03de 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-respiratorios-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os/laringitis-estridulosa-crup>.
20. Mejía Arens CM, Salazar Campos NM. *Revista ciencia y salud*. [Online]; 2020. Acceso 15 de 03de 2023. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/126/220>.
21. Venegas Martínez MM, Baquero Latorre HM. *ISSUU*. [Online]. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: https://issuu.com/precopscp/docs/16-26_paciente_con_cianosis.
22. Pastor Vivero DM, Santiago PT, Rodriguez Cimadevilla JM. *Fracaso respiratorio agudo y crónico. Oxigenoterapia*. [Online].; 2017. Acceso 15 de 03 de 2023.

Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/23_fracaso_respiratorio.pdf.

23. Salas PLM. Manejo de la laringitis aguda. [Online]. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: <https://rafalafena.files.wordpress.com/2022/12/laringitis-aguda-en-edad-pediatica.pdf>.
24. Reig Rincón de Arellano I CLJVBC. AEPap Guía de Algoritmos en pediatría de atención primaria. [Online]. Acceso 15 de 03 de 2023. Disponible en: https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/77_Laringitis.pdf.
25. Mejía Arens CM. Actualización en crup viral para médicos de atención primaria Upata in viral croup for primary care physicians. Revista Ciencia y salud. 2020; 4(3).

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Guashpa Orellana, Andrea Dolores , con C.C: # 0955979679 y Macias Toapanta, Solange Stefania, con C.C: # 0951795335 autoras del trabajo de titulación: **Caracterización clínica de laringitis obstructiva aguda en pacientes menores de 6 años atendidos en Hospital de niños Francisco Icaza Bustamante en el periodo 2019-2022** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de septiembre de 2023

AUTORAS

Firmado digitalmente por

f. _____
Guashpa Orellana, Andrea Dolores

C.C: 0951795335

f. _____
Macías Toapanta, Solange Stefania

C.C: 0955979679

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización clínica de laringitis obstructiva aguda en pacientes menores de 6 años atendidos en Hospital de niños Francisco Icaza Bustamante en el periodo 2019-2022		
AUTOR(ES)	Macias Toapanta, Solange Stefania; Guashpa Orellana, Andrea Dolores		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	María Gabriela Altamirano Vergara		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS:	25
ÁREAS TEMÁTICAS:	Pediatria, Otorrinolaringología, Neumología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Laringitis, Escala de Taussig, croup, estridor, cianosis, tos metálica		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La laringitis obstructiva aguda, también conocida como "croup", es una enfermedad común en niños que afecta la vía respiratoria superior, especialmente la laringe y la tráquea. Se caracteriza por la inflamación de estas estructuras, lo que puede resultar en la obstrucción parcial de las vías respiratorias y causar dificultad para respirar. La gravedad se puede valorar a través de ciertas escalas, la que se usó en nuestro estudio, es la escala de Taussig, aquella valora diversas características específicas de la patología, y que igualmente nos ayudará a conocer el manejo del paciente. Por lo general, el croup es de origen viral, siendo el virus del para influenza el causante más común. El diagnóstico se basa principalmente en la clínica y en casos más graves o inciertos, se pueden realizar pruebas de imagen como radiografía, para evaluar la gravedad de la obstrucción. El tratamiento suele ser sintomático e incluye mantener al niño en un ambiente húmedo y confortable, administrar corticosteroides para reducir la inflamación y, en casos graves, utilizar nebulizadores con adrenalina para aliviar la obstrucción de las vías respiratorias. La mayoría de los casos de croup son leves y pueden manejarse en casa con el tratamiento adecuado. Sin embargo, en casos graves, puede ser necesario hospitalizar para proporcionar cuidados médicos más intensivos.			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593969254177 Teléfono: +5930985873749	E-mail: olange.macias.01@cu.ucsg.edu.ec Andrea.guashpa@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Diego Vásquez Cedeño		
	Teléfono: +593 98 274 2221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			