

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en niños menores de 5 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024

AUTORES:

**Bravo Triana, Annyka Rommina
Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl**

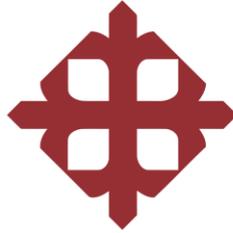
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Moscoso Meza, Ronny Raymon

Guayaquil, Ecuador

22 de mayo del 2025



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Bravo Triana, Annyka Rommina y Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR

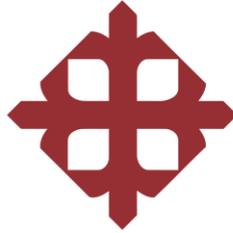


f. _____
Moscoso Meza, Ronny Raymon

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 22 del mes de mayo del año 2025



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Bravo Triana, Annyka Rommina**
Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en niños menores de 5 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024**, 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, a los 22 del mes de mayo del año 2025



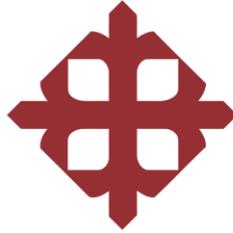
**Annyka Rommina
Bravo Triana**
Time Stamping
Security Data



**Ricardo Paul
Sangurima Zambrano**
Time Stamping
Security Data

f. _____
Bravo Triana, Annyka Rommina

f. _____
Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Bravo Triana, Annyka Rommina**
Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en niños menores de 5 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 del mes de mayo del año 2025



Annyka Rommina
Bravo Triana

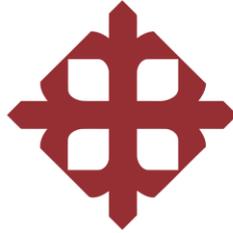


Ricardo Paul
Sangurima Zambrano



f. _____
Bravo Triana, Annyka Rommina

f. _____
Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA

MEDICINA

REPORTE DE ANTIPLAGIO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS
iMagister

TFT-BRAVO-SANGURIMA (2)

2% Textos sospechosos

- 2% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
- 4% Idiomas no reconocidos (ignorado)
- 10% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: TFT-BRAVO-SANGURIMA(2).docx
ID del documento: 0775013e9a088efebf391400bb5e13913d6a640
Tamaño del documento original: 89,75 kB

Depositante: Ronny Raymond Moscoso Meza
Fecha de depósito: 8/5/2025
Tipo de carga: Interfaz
Fecha de fin de análisis: 8/5/2025

Número de palabras: 7294
Número de caracteres: 48.072

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	TI_P73_MASTERRENA-CANTOS.docx TI_P73_MASTERRENA-CANTOS... #318225 El documento proviene de mi grupo 3 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (19) palabras
2	repositorio.ucsg.edu.ec Prevalencia de infecciones del tracto respiratorio super... http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3172/40537/UCSG-C46-23594.pdf 1 fuente similar	2%		Palabras idénticas: 2% (11) palabras
3	repositorio.ucsg.edu.ec Repositorio Digital UCSC: Prevalencia de infecciones de... http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/317/24053 11 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (11) palabras
4	Documento de otro usuario #136143 El documento proviene de otro grupo 9 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (5) palabras
5	Documento de otro usuario #136112 El documento proviene de otro grupo 8 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (5) palabras

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	hdl.handle.net Uso de antibioterapia en niños menores de 2 años con diagnósti... https://hdl.handle.net/20.500.12072/21708	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (5) palabras
2	repositorio.unapiguato.edu.pe Estado nutricional en pacientes pediátricos me... http://repositorio.unapiguato.edu.pe/handle/20.500.12730/10796	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (2) palabras
3	dspace.utb.edu.ec Bindevirus y su influencia en el desarrollo de infección respira... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49500/58876/P47B-FC5-TERRE-00094.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (2) palabras
4	www.doi.org Infecciones respiratorias http://www.doi.org/10.1016/S011-1390(07)73387-4	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (1) palabras
5	132.248.9.195 Agentes etiológicos virales de resfriado común en niños http://132.248.9.195/revistas/091833/ingles.html	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (1) palabras

Fuente ignorada Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	SEGUNDO AVANCE BRAVO - SANGURIMA.doc SEGUNDO AVANCE BRA... #922174 El documento proviene de mi grupo	91%		Palabras idénticas: 91% (6624 palabras)



¡Visítanos en línea!
Número por:
**RONNY RAYMOND
MOSCOSO MEZA**
¡Visítanos únicamente así!

f. Moscoso Meza, Ronny Raymon

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a las tres personas que le dan eje a mi vida, Mi abuela Jeannette Avilés, Mi mama Cidelina Triana y Mi papa José David Bravo, sin el apoyo y la confianza incondicional que pusieron en mí, no solo en estos años de carrera universitaria sino desde que tengo uso de razón, nada de esto hubiera sido tangible. Este logro es nuestro.

Agradezco también a todos mis compañeros en esta aventura, los que me acompañan desde el colegio y a los que fui conociendo dentro la carrera, sin duda hicieron de esta experiencia una de las mas maravillosas e inolvidables.

Agradezco a mi compañero de Tesis Ricardo Sangurima por compartir junto a mi desde segundo ciclo hasta el final, este increíble sueño de ser llamados Médicos, no me imagino un mejor amigo para culminar esta etapa.

Annyka Rommina Bravo Triana

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a los pilares fundamentales en mi vida, a mi mamá Viviana Zambrano, a mi papá Paul Sangurima y a mi hermana Andrea Sangurima por siempre haber confiado en mí, por apoyarme incondicionalmente en todo este largo camino y porque a pesar de las adversidades, siempre hicieron todo a su alcance para que yo pueda seguir adelante. No cabe duda que nada de esto hubiera sido posible sin ellos, se las dedico.

También quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a mi tío Yuri Zambrano, a mi abuela Blanca González y al resto de mi familia, por haber puesto todo su apoyo sobre en mí durante el año del internado, fue de mucha ayuda para poder llegar a donde estoy.

Quiero agradecer a mis amigos que me acompañaron durante el trayecto de la carrera, por hacer de ella, recuerdos y momentos únicos e inolvidables, siempre los llevaré en el corazón. Por último, le agradezco a mi compañera de tesis Annyka Bravo porque pudimos recorrer juntos y apoyarnos en todo durante esta etapa para llegar a alcanzar nuestra meta más soñada, lo logramos juntos.

Ricardo Paúl Sangurima Zambrano

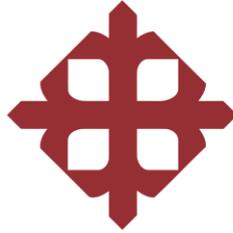
DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los que vertieron su confianza en mí, a quienes me brindaron su apoyo y amor, ha sido un camino largo y duro pero rodeado de gente excepcional.

Annyka Rommina Bravo Triana

Quisiera dedicar este trabajo a las personas que siempre me dieron su total confianza y apoyo, a quienes nunca dudaron de mí y a quienes hicieron hasta lo imposible por brindarme la oportunidad seguir esta hermosa carrera. Fue un trayecto pesado, pero jamás pude haberlo logrado sin cada una de estas personas en mi vida.

Ricardo Paúl Sangurima Zambrano



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA**

f _____
**Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

F _____
**(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE**

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	X
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
Capítulo II	5
MARCO TEÓRICO	5
CAPITULO III	14
METODOLOGIA.....	14
CAPITULO IV	19
RESULTADOS Y DISCUSION	19
CAPITULO V	32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS	34

INDICE DE TABLA

Tabla 1 Edad de la población estudiada.....	19
Tabla 2 Distribucion de pacientes según el sexo.....	20
Tabla 3 Lugar de procedencia de los pacientes.....	20
Tabla 4 Infecciones de vias respiratorias superiores diagnosticas.....	21
Tabla 5 Infecciones de vias respiratorias Inferiores diagnosticadas.....	22
Tabla 6 Tabla cruzada de enfermedades respiratorias superiores y el sexo.....	23
Tabla 7 Tabla cruzada de enfermedades respiratorias inferiores y el sexo.....	24
Tabla 8 Distribucion de infecciones de vias respiratorias superiores según la edad.....	25
Tabla 9 Distribución de infecciones de vías respiratorias inferiores según la edad.....	27

INDICE DE IMAGEN

Figura 1 Distribucion de la poblacion pediatrica según la edad.	19
Figura 2 Poblacion pediatrica en funcion de la sexo.....	20
Figura 3 Porcentaje de pacientes según area rural y area urbana.	20
Figura 4 Cuadros respiratorios superiores diagnosticados en el periodo 2022 – 2023.	21
Figura 5 Porcentaje de infecciones de vias respiratorias inferiores diagnosticadas en el periodo 2020 – 2023.....	22
Figura 6 Distirbucion de infecciones de vias respiratorias superiores en funcion del sexo	23
Figura 7 Distirbucion de infecciones de vias respiratorias inferiores en funcion del sexo	25
Figura 8 Distribucion de infecciones de vias respiratorias superiores según la edad.....	26
Figura 9 Distribución de los pacientes según la edad y las infecciones de vías respiratorias inferiores	28

RESUMEN

Las infecciones del tracto respiratorio (ITR) son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica, especialmente en niños menores de 5 años. Se dividen en infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, siendo las primeras más frecuentes y de etiología viral, mientras que las segundas suelen ser más graves y asociadas a infecciones bacterianas. En Ecuador, las ITR representan una causa importante de hospitalización infantil.

Este estudio tiene como objetivo describir la prevalencia de infecciones respiratorias en niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital General del Norte IESS Ceibos en 2024. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, analizando historias clínicas de pacientes con infecciones de vías respiratorias altas y bajas. Se evaluaron variables epidemiológicas como edad, sexo y diagnóstico.

Los resultados mostraron que la mayor proporción de pacientes tenía 4 años (39.50%). El resfriado común fue la infección respiratoria superior más frecuente (39.50%), seguido de la rinofaringitis (31.40%) y la faringitis (20.80%). En infecciones respiratorias inferiores, la bronquitis aguda predominó (45.30%), seguida de la bronquiolitis (28.60%) y la neumonía (20.00%). Se encontró una distribución equitativa entre sexos, con diferencias significativas en infecciones respiratorias superiores.

Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias de prevención y tratamiento oportuno, especialmente en grupos de mayor riesgo, para reducir la incidencia y severidad de las ITR en la población pediátrica.

Palabras clave: Infecciones respiratorias, bronquitis, pediatría, epidemiología, hospitalización.

ABSTRACT

Introduction: Respiratory tract infections (RTI) are one of the main causes of morbidity and mortality in the pediatric population, especially in children under 5 years of age. They are divided into upper and lower respiratory tract infections, the former being more frequent and of viral etiology, while the latter are usually more severe and associated with bacterial infections. In Ecuador, RTIs represent an important cause of infant hospitalization. The aim of this study was to describe the prevalence of respiratory infections in children under 5 years of age hospitalized at the Hospital General del Norte IESS Ceibos in 2024. **Methodology:** A descriptive, retrospective and cross-sectional study was performed, analyzing clinical histories of patients with upper and lower respiratory tract infections. Epidemiological variables such as age, sex and diagnosis were evaluated. **Results:** The results showed that the highest proportion of patients were 4 years old (39.50%). Common cold was the most frequent upper respiratory infection (39.50%), followed by rhinopharyngitis (31.40%) and pharyngitis (20.80%). In lower respiratory infections, acute bronchitis predominated (45.30%), followed by bronchiolitis (28.60%) and pneumonia (20.00%). An equal distribution between sexes was found, with significant differences in upper respiratory infections. These findings highlight the importance of implementing prevention strategies and timely treatment, especially in high-risk groups, to reduce the incidence and severity of RTIs in the pediatric population.

Key words: Respiratory infections, bronchitis, pediatrics, epidemiology, hospitalization.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto respiratorio (ITR) forman parte de las patologías del tracto respiratorio más frecuentes y con una tasa de morbilidad y mortalidad importante a nivel global. Formando parte en este sentido de los principales problemas de salud en la población pediátrica, especialmente en niños menores de 5 años.

Las ITR se clasifican en dos grandes grupos, infecciones de vías respiratorias superiores e infecciones de vías respiratorias inferiores. Las primeras comienzan con las fosas nasales hasta llegar a la laringe. Las vías respiratorias inferiores van desde la tráquea, incluyendo bronquios, bronquiolos y los acos alveolares (1).

Con respecto a la prevalencia de ambos subgrupos de patologías, aquellas que se ubican en las vías respiratorias superiores son las más prevalentes, siendo los agentes infecciosos virales los responsables en la mayoría de los casos. Por otro lado, las infecciones de las vías respiratorias inferiores suelen generar un cuadro más severo y suelen ser de etiología bacteriana (2).

En Ecuador, las infecciones respiratorias inferiores (ITR) se encuentran entre las principales causas de hospitalización en niños menores de 5 años. Pues, como se expone en el informe realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el año 2018, las ITR representaron el 12,5% de todas las hospitalizaciones en la población pediátrica, subrayando su relevancia como problema de salud pública en este grupo etario.(3)

El objetivo del presente trabajo de investigación es describir la prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en niños menores de 5 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024

Capítulo I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema

prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en pacientes pediátricos menores de 5 años que se encontraron hospitalizado en el Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, e inferiores, en niños menores de 5 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024?

1.3 Justificación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012, estas infecciones contribuyeron a la muerte de 6.5 millones de menores de cinco años, representando aproximadamente el 17% de la mortalidad en este grupo etario. El 70% de estos casos tienen una etiología viral, lo que subraya la importancia de implementar métodos diagnósticos actualizados y tratamientos modernos para mejorar el manejo clínico y reducir complicaciones y mortalidad (4,5).

En países en vías de desarrollo, las infecciones respiratorias agudas representan entre el 20% y el 40% de las hospitalizaciones pediátricas, constituyendo una carga significativa para los sistemas de salud. En particular, se estima que, durante los primeros cinco años de vida, los niños experimentan entre cinco y nueve episodios de IRA al año, dos de cada 100 de estos episodios derivan en neumonía, una de las complicaciones más graves. Las infecciones respiratorias en la infancia están asociadas a la inmadurez del sistema inmunológico y a la presencia de patógenos como *Streptococcus pneumoniae*, uno de los más importantes en esta población (6).

A nivel regional, en países como Cuba, las infecciones respiratorias agudas son una de las principales causas de consulta externa e ingresos hospitalarios, representando 25-30% de las consultas y el 30% de las hospitalizaciones.

Anualmente, se reportan aproximadamente cuatro millones de atenciones médicas por esta causa y constituyen la tercera causa de muerte en menores de un año y la cuarta causa de muerte en niños de uno a cinco años. Estos datos reflejan la magnitud del problema y la necesidad de contar con estudios que permitan comprender mejor la prevalencia y los factores asociados a estas infecciones en la población pediátrica (7).

Dado este contexto global y regional, se justifica plenamente la investigación sobre la prevalencia de infecciones del tracto respiratorio superior e inferior en niños de 2 a 14 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2024-2025, con el objetivo de contribuir a la comprensión del impacto de estas infecciones en la morbilidad infantil y mejorar las estrategias de manejo y prevención en el entorno hospitalario.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Describir la prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en niños menores de 5 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población pediátrica diagnosticada con infecciones del tracto respiratorio superiores e inferiores en el periodo 2024
- Determinar cuáles son las principales infecciones del tracto respiratorio superior e inferior
- Describir la distribución de las infecciones respiratorias más frecuentes del tracto superior e inferior en función del sexo
- Identificar las infecciones respiratorias más prevalentes del tracto superior e inferior según la edad de los pacientes

1.5 Hipótesis

El presente trabajo es de nivel descriptivo no requiere hipótesis de investigación.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1 Infección respiratoria aguda

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son aquellas que tienen una duración menor a 15 días. Estas infecciones pueden ser causadas por diversos microorganismos patógenos, siendo estos los virus, bacterias, hongos y parásitos, siendo las infecciones víales los cuadros predominantes en pediatría, responsables de entre el 45% y el 77% de los casos (6).

La función principal de la vía aérea es llevar oxígeno a los pulmones y eliminar dióxido de carbono en el proceso de hematosis. Sin embargo en el contexto de una IRA estos procesos son interrumpidos y, dependiendo de su localización anatómica, pueden clasificarse en infecciones de vías respiratorias altas (que afectan nariz, oídos, faringe o laringe) o bajas (que comprometen la tráquea, bronquios o pulmones). A pesar de que la mayoría de las IRA son leves y autolimitadas gracias a la respuesta inmune del organismo, algunas pueden desencadenar complicaciones graves, llegando incluso a ser mortales (6)

A nivel mundial, las IRA son la infección más frecuente en la población infantil constituyendo la principal causa de morbilidad en niños menores de cinco años, siendo más representativa en los meses de invierno. Estas infecciones representan hasta el 20% de la mortalidad infantil, generando un alto volumen de consultas y hospitalizaciones en el servicio de pediatría de los centros hospitalarios. En cuanto a su etiología, las infecciones respiratorias en niños suelen comenzar con una infección viral, seguida de una sobreinfección bacteriana, lo que incrementa el uso de antibióticos en este grupo etario (8).

La alta recurrencia de las IRA, su capacidad para generar complicaciones y el costo asociado a su atención justifican su relevancia en la atención médica pediátrica, lo que subraya la importancia de contar con diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados para mitigar su impacto en la salud infantil (8).

2.2 Infección de vías respiratorias superiores

Las infecciones respiratorias agudas de vías superiores (IRAVS) son una de las

afecciones más comunes y constituyen una de las principales causas de consultas médicas, particularmente en países de altos ingresos (9). Estas infecciones afectan las estructuras del tracto respiratorio situadas por encima de las cuerdas vocales, como la cavidad nasal, senos paranasales, faringe y laringe (10). Las IRAVS comunes son el resfriado común, la faringitis, la laringitis, la sinusitis aguda, la gripe y, más recientemente, la COVID-19 (10,11).

La mayoría de estas infecciones son de causa viral, siendo el rinovirus uno de los agentes más frecuentes. Las IRAVS tienden a ocurrir con mayor frecuencia en los meses de otoño e invierno, y los niños son especialmente susceptibles a padecerlas. Los síntomas típicos incluyen rinorrea, congestión nasal, dolor de garganta y tos. Aunque en la mayoría de los casos estas infecciones son autolimitadas y resuelven espontáneamente en un promedio de 7 a 10 días, en algunos casos pueden durar hasta 14 días (9,10).

El tratamiento de las IRAVS es generalmente sintomático y de soporte, y no se recomienda el uso de antibióticos a menos que se confirme una infección bacteriana secundaria, como puede ser el caso de la otitis media aguda, sinusitis bacteriana aguda o la progresión a una infección de las vías respiratorias inferiores (9). En estos casos, el diagnóstico puede requerir pruebas específicas para identificar el patógeno, como ocurre con infecciones virales como la gripe o la COVID-19, o con la faringitis estreptocócica (10). Por ende es fundamental monitorear la aparición de infecciones bacterianas secundarias que requieran tratamiento antibiótico (9,10).

2.2.1 Rinofaringitis aguda

La rinofaringitis aguda, también conocida como catarro común, es una infección viral autolimitada que afecta las vías respiratorias superiores, principalmente en niños pequeños. Se caracteriza por síntomas como obstrucción nasal, rinorrea, estornudos, dolor faríngeo y tos. En la mayoría de los casos, la evolución es rápida y sin complicaciones, resolviéndose en un período de 7 a 10 días. Los síntomas alcanzan su punto álgido a los 2 o 3 días y posteriormente comienzan a atenuarse. Aunque la fiebre puede durar hasta 5 días, no suele prolongarse más allá de este período (12). El diagnóstico es clínico y no requiere pruebas

complementarias, ya que el tratamiento es sintomático, basado en analgésicos y antipiréticos, junto con lavados nasales con solución salina (12).

La etiología de la rinofaringitis aguda es predominantemente viral, con los rinovirus como agentes más comunes, responsables del 30 al 40% de los casos. Otros virus implicados incluyen coronavirus, adenovirus, virus sincitial respiratorio, parainfluenza, coxsackie e influenza. En algunos casos, la rinofaringitis puede estar acompañada de afectación sinusal, por lo que el término rinosinusitis también puede ser aplicable. Aunque el carácter purulento de la rinorrea es común en la fase avanzada de la enfermedad, este no es un indicador de sobreinfección bacteriana, lo que resalta la naturaleza autolimitada de la mayoría de los casos (13). Las complicaciones de la rinofaringitis aguda, aunque poco frecuentes, pueden incluir otitis media y rinosinusitis bacteriana, o exacerbar condiciones respiratorias preexistentes como el asma (12).

2.2.2 Otitis media aguda

La otitis media aguda (OMA) es una de las infecciones más comunes en la infancia, caracterizada por la aparición rápida de síntomas de inflamación en el oído medio. Esta condición afecta principalmente a lactantes y niños pequeños, presentándose con síntomas como dolor de oído, que es el signo más prominente y angustiante, acompañado frecuentemente de fiebre, irritabilidad y alteraciones del sueño o la alimentación (14,15). En algunos casos, puede haber secreción del oído (otorrhea), que ocurre en un 15-20% de los niños afectados. En los niños más pequeños, los síntomas pueden ser más sutiles, como tirar, frotar o sostener el oído, lo que hace que su diagnóstico sea más complejo (15).

El diagnóstico de la OMA se basa en la identificación de efusión en el oído medio (presencia de líquido), junto con signos de inflamación, como el abombamiento y la opacidad de la membrana timpánica. Un oído sano observado en la otoscopía presenta un tímpano translúcido y de color gris perla, mientras que en la OMA se observa un tímpano enrojecido y abombado. Este hallazgo es uno de los criterios clave para confirmar la presencia de OMA de origen bacteriano (16). La gravedad de la enfermedad varía según el paciente, y el manejo inicial suele ser sintomático, aunque en los casos más severos o

persistentes puede requerirse el uso de antibióticos, especialmente cuando los síntomas no mejoran dentro de las 48 a 72 horas posteriores al inicio del tratamiento (14,16).

Es importante diferenciar la OMA de otras condiciones del oído medio, como la otitis media con efusión (OME), que implica la presencia de líquido en el oído medio sin signos de infección aguda. Además, la OMA recurrente se define cuando un niño presenta tres o más episodios en los últimos seis meses, o cuatro o más episodios en un año, lo que puede requerir intervenciones adicionales para prevenir complicaciones a largo plazo (16).

2.2.3 Rinosinusitis aguda

La sinusitis aguda consiste en una inflamación de los senos paranasales igualmente secundaria a infecciones virales. Generalmente, los pacientes pueden experimentar de tres a ocho episodios de infecciones de vías respiratorias superiores al año, y de estas, hasta el 13% pueden derivar en una sinusitis aguda. Aunque la mayoría de los pacientes pediátricos se recuperan sin complicaciones, en algunos casos la sinusitis puede progresar y producir complicaciones orbitarias o intracraneales (17).

La sinusitis en los pacientes pediátricos es la evolución de un cuadro respiratorio viral, caracterizado por inflamación de las mucosas que recubren la vía respiratoria superior, causando obstrucción en el sistema de drenaje desde los senos paranasales, lo cual conlleva a ectasia de moco, en donde la proliferación bacteriana tiene lugar (18).

El diagnóstico de sinusitis aguda en niños se basa en criterios clínicos, dado que el aislamiento bacteriano a través de una punción sinusal no es una práctica común en la clínica diaria. La introducción de vacunas como la neumocócica conjugada 13-valente ha reducido significativamente las infecciones por *Streptococcus pneumoniae*, una de las bacterias más comúnmente implicadas en las complicaciones de sinusitis aguda bacteriana (19).

2.2.4 Absceso periamigdalino

El absceso periamigdalino es una acumulación de material purulento que se

encuentra entre las estructuras de la cápsula periamigdalina y la mucosa que recubre al músculo constrictor superior de la faringe, siendo la complicación más frecuente de la amigdalitis aguda bacteriana. Se estima una incidencia de 30 casos por cada 100 000 habitantes en Estados Unidos, par aun total de 45 000 casos al año. Su etiopatogenia se asocia a la extensión de una criptitis amigdalina que genera periamigdalitis y, eventualmente, un absceso por progresión de la infección a través de la cápsula amigdalina. Aunque típicamente es unilateral, se han descrito presentaciones bilaterales, especialmente en adultos, siendo esta forma rara en niños. Los síntomas incluyen odinofagia, trismus, sialorrea y voz gutural, y el examen físico revela abombamiento de los pilares anteriores y edema del paladar blando, aunque en los casos bilaterales no siempre se observan asimetrías. El tratamiento implica antibioticoterapia, corticoides y drenaje quirúrgico, pero también puede requerir intervención ante el riesgo de compromiso de la vía aérea (20).

2.2.4 Faringoamigdalitis

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las causas más frecuentes de consulta en pediatría y atención primaria, caracterizándose por la inflamación de las amígdalas y la faringe, comúnmente debido a infecciones virales o bacterianas. Los virus respiratorios, como adenovirus, rinovirus, influenza y parainfluenza, son los responsables de entre el 50% y el 80% de los casos de FA en pacientes pediátricos. Aunque menos frecuente, la infección por bacterias, como *Streptococcus pyogenes* o *Streptococcus* β hemolítico del grupo A (SBHGA), es la principal causa bacteriana de FA y representa alrededor del 15-30% de los casos en niños mayores de tres años, mientras que en menores de dos años es menos común (21,22). Otros agentes como *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, y *Neisseria gonorrhoeae* también pueden causar FA en casos más raros (21).

El diagnóstico de FA puede basarse en criterios clínicos y epidemiológicos, sin embargo, solo el análisis microbiológico permite identificar con precisión al agente causal, orientando el tratamiento adecuado y previniendo complicaciones. El tratamiento de elección para la faringoamigdalitis estreptocócica es la penicilina,

administrada durante 10 días, con amoxicilina como alternativa en una o dos dosis diarias. En caso de alergias no graves a estos antibióticos, se emplean cefalosporinas de primera generación (23).

2.2.5 Epiglotis

La epiglotitis es una condición inflamatoria aguda que afecta principalmente a las estructuras supraglóticas, particularmente la epiglotis, lo que genera edema e inflamación que pueden provocar obstrucción de las vías respiratorias superiores. Antes de la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB), esta patología era predominantemente observada en niños de 2 a 6 años, llegando a causar aproximadamente 8000 casos anuales en menores de cinco años. Comportamiento epidemiológico que se ha atenuado debido al éxito de las campañas masivas de vacunación (24,25).

Esta patológica se caracteriza por fiebre, odinofagia, disfonía, sialorrea, posición en trípode junto a estridor. Debido a su progreso y mal pronóstico, un diagnóstico rápido en conjunto con el inicio de su manejo es crucial para disminuir el riesgo de morbimortalidad por obstrucción inminente de las vías respiratorias (24,26).

2.2.6 Laringotraqueítis - CRUP

La laringotraqueítis, comúnmente conocida como crup, es una enfermedad respiratoria aguda que afecta principalmente a niños entre seis meses y tres años, con mayor incidencia en el segundo año de vida. Se presenta como resultado de una infección viral, siendo el virus de la parainfluenza el agente etiológico más frecuente en el 70% de los casos. Esta patología se caracteriza por la aparición súbita de síntomas como tos perruna o de foca, estridor inspiratorio, disfonía y dificultad respiratoria. La inflamación y el edema que provoca la obstrucción de la vía aérea superior, particularmente en la región subglótica, son las causas principales de los síntomas respiratorios que caracterizan al crup (27–29).

2.2.7 Traqueítis bacteriana

La traqueítis bacteriana es una infección poco común, pero potencialmente grave, que afecta las vías respiratorias superiores, particularmente la tráquea. Se suele observar en niños menores de seis años, especialmente durante los meses de

otoño e invierno, y puede ser causada por una superinfección bacteriana posterior a una infección viral del tracto respiratorio superior, como influenza o parainfluenza (30). Los patógenos bacterianos más comunes asociados con esta afección incluyen *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis* y *Haemophilus influenzae* (31). Clínicamente se observa en estos cuadros fiebre alta, tos productiva con mucosidad purulenta, disfonía, estridor inspiratorio que en ocasiones lleva a la dificultad respiratoria. (30).

El diagnóstico de es principalmente clínico, el apoyo con métodos de imagen como radiografía de tórax pueden evidenciar en algunos casos inflamación, pseudomembranas, sin embargo, la confirmación diagnóstica se da mediante broncoscopia debido a la accesibilidad a la vías respiratoria donde se evidencia el exudado purulento. El tratamiento incluye el manejo de las vías respiratorias, con intubación en los casos más graves, y la administración de antibióticos sistémicos dirigidos a los patógenos más comunes (32).

características clínicas	Crup viral	Traqueítis bacteriana
Edad	6 meses a 3 años	4 a 6 años
Promedio de presentación	Insidioso, puede aparecer luego de una infección de la vía aérea superior	Lento (2 o 3 días) con deterioro brusco en 24 horas
Localización	Laringe, tráquea, bronquios	Tráquea
Clínica	Estridor respiratorio, ronquera y tos perruna. Además, síntomas y signos de infección viral y postura normal	Fiebre alta, tos productiva mucopurulenta, afección del estado general, tóxico, dolor cervical. Puede aparecer estridor y ronquera

Crup viral y traqueítis bacteriana como diferenciales de epiglotitis. Información tomada del trabajo de Falcono Valencia M et al. 'Epiglotitis en edades pediátricas: comprensión actual y estrategias de manejo'

Aunque generalmente es una afección benigna y autolimitada, puede progresar en algunos casos hacia una dificultad respiratoria significativa, llegando a requerir intubación en situaciones graves. La enfermedad sigue un patrón estacional, presentándose más comúnmente en los meses de otoño e invierno. Afecta más a los niños que a las niñas, con una relación de 1.5:1. Aproximadamente, el 5% de

los niños ha padecido crup a los dos años, y aunque puede aparecer en niños mayores de seis años o menores de seis meses, estos son considerados casos atípicos (28,29).

2.2.8 Bronquitis aguda

La bronquitis aguda en pacientes pediátricos es una de las enfermedades más comunes y constituye una de las principales razones de consulta médica, así como una causa frecuente de hospitalización. Esta patología se caracteriza por la inflamación temporal de los bronquios, generalmente causada por infecciones virales en un 85-95% de los casos. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la tos persistente, que puede ser inicialmente seca y luego volverse productiva, fiebre, disnea, y, en algunos casos, sibilancias. Aunque la mayoría de los casos de bronquitis aguda en niños se resuelven espontáneamente en un período de una a tres semanas, algunos pueden requerir tratamiento, sobre todo si se presenta una sobreinfección bacteriana (33,34).

El tratamiento de este cuadro es sintomático, incluyendo antibioticoterapia solo en casos sugestivos de sobreinfección bacteriana. Pos consiguiente para el alivio de la enfermedad se suele administrar β 2 agonistas en caso de obstrucción bronquial y antipiréticos para el manejo de la fiebre. Dado que el sistema inmunológico de los niños pequeños es inmaduro, este grupo etario es particularmente vulnerable, especialmente durante los meses de invierno, cuando las infecciones respiratorias virales son más prevalentes (33–35)

2.2.9 Neumonía

La neumonía en pacientes pediátricos, específicamente la adquirida en la comunidad (CAP), continúa siendo una de las principales causas de hospitalización, morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial, en niños menores de cinco años. Pueden existir complicaciones, como derrame pleural, empiema, necrosis o abscesos pulmonares. Además, las complicaciones sistémicas como sepsis, choque séptico, insuficiencia multiorgánica y síndrome de dificultad respiratoria aguda pueden poner en peligro la vida de los pacientes si no son tratados de manera oportuna (36,37).

En la mayoría de los casos de neumonía pediátrica, los virus respiratorios son los principales agentes etiológicos. Estudios como el EPIC realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han revelado que virus como el virus respiratorio sincitial (VRS), rinovirus y metapneumovirus humano están presentes en el 66% de los casos de CAP que requieren hospitalización. Sin embargo, las bacterias piógenas, aunque menos comunes, pueden causar formas graves de neumonía. *Streptococcus pneumoniae* sigue siendo la bacteria más frecuentemente identificada, seguida de *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, lo que refuerza la importancia de un diagnóstico temprano y la administración de antibióticos adecuados en estos casos (38,39).

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 Metodología

La investigación se realizó a través de un enfoque de nivel Descriptivo, con una metodología retrospectiva, observacional y transversal. Mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de hospitalización pediátrica con diagnóstico de infección de vías respiratorias altas y bajas en el periodo 2024. La información fue analizada de forma individual por ambos investigadores para evitar sesgos de confirmación y de observación de datos. Entre las variables analizadas se encuentran las características epidemiológicas como edad y sexo, antecedentes patológicos personales y tipo de infección de vías respiratorias diagnosticada.

3.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de diseño observacional, retrospectivo y transversal de nivel descriptivo.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Investigación

Se recopilaron los datos provenientes de las notas de evolución de las historias clínicas de los pacientes pediátricos contenidos en el sistema IBM AS400 del Hospital General del Norte IESS CEIBOS. La tabulación de la información recolectada se llevó a cabo en el programa de Microsoft Excel.

3.4 Población

La población comprendió pacientes pediátricos menores de 5 años de edad, atendidos en el Hospital General del Norte IESS CEIBOS bajo el diagnóstico de infección de vías respiratorias superiores o inferiores codificados con los CIE10 J03 (Amigdalitis aguda), J02 (Faringitis aguda), H66 (Otitis media supurativa aguda) o H65 (Otitis media no supurativa), J00 (Rinofaringitis aguda o resfriado común), J21 (Bronquiolitis aguda), J20 (Bronquitis aguda), J05 (Laringotraqueobronquitis aguda o crup), J06 (Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores no especificadas), J04.0 (Laringitis aguda) y J18

(Neumonía por organismo no especificado) en el año 2024

Muestra

Se trabajo con una población de 395 pacientes ideal para una población infinita.

$$\begin{aligned}n &= \frac{(1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (1 - 0.50)}{(0.05)^2} \\n &= \frac{3.8416 \cdot 0.50 \cdot 0.50}{0.0025} \\n &= \frac{0.9604}{0.0025} \\n &= 384.16\end{aligned}$$

Método de muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio

Criterios de inclusión:

- Pacientes que hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General DEL NORTE IESS CEIBOS durante el periodo enero a diciembre 2024
- Pacientes pediátricos de menores de 5 años del Hospital General DEL NORTE IESS CEIBOS durante el periodo 2024 - 2025.
- Pacientes pediátricos con diagnosticados de infección del tracto respiratorio superiores o inferiores en el periodo enero a diciembre 2024 del Hospital General DEL NORTE IESS

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes con diagnósticos presuntivos de ITR.
- Pacientes que hayan solicitado alta a petición.

Tabla de operacionalización de variables.

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO	MEDIDA
Sexo	<p>Clasificación biológica de los individuos basada en las diferencias anatómicas, fisiológicas y genéticas.</p>	<p>cualitativa dicotómica</p>	<p>masculino - femenino</p>
Edad	<p>Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta un momento específico.</p>	<p>cuantitativa discreta</p>	<p>años</p>

<p>Infección de vías respiratorias superiores</p>	<p>Condición que afecta el tracto respiratorio superior, que incluye, mucosa nasal, senos paranasales, faringe, amígdalas y glotis.</p>	<p>cualitativa nominal politómico</p>	<p>sinusitis rinitis faringitis amigdalitis Absceso periamigdalino epiglotitis</p>
<p>Infección de vías respiratorias inferiores</p>	<p>Afección de las estructuras</p>	<p>cualitativa nominal politómica</p>	<p>neumonía bronquitis</p>
	<p>situadas por debajo de la laringe, incluyendo la tráquea, bronquios, bronquiolos alveolos.</p>		<p>bronquiolitis CRUP</p>

7. Entrada y gestión informática de datos:(comoalmacena la información)

Información recolectada y tabulada en un archivo de Excel e IBM SPSS

8. Estrategia de análisis estadístico: (descriptivo y/o analítico; Test, nivel de significancia, etc.)

El análisis estadístico se realizó mediante la aplicación de cálculos descriptivo de centralidad como media, mediana, frecuencia relativa y frecuencia absoluta. Además, cálculos de dispersión como desviación estándar y rango intercuartílico. para las variables y los datos serán organizados en una tabla de Excel.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados

Tabla 1 *Edad de la población estudiada*

AÑOS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1 AÑO	54	13.70%
2 AÑOS	50	12.70%
3 AÑOS	83	21.00%
4 AÑOS	156	39.50%
5 AÑOS	52	13.20%

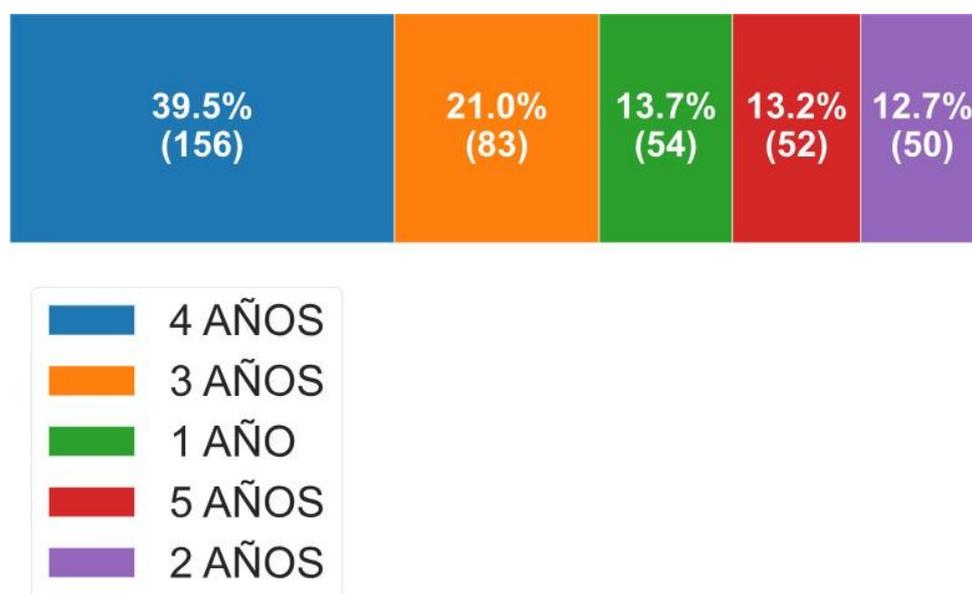


Figura 1 *Distribucion de la poblacion pediatrica según la edad.*

Se realizó un análisis poblacional con una distribución etaria. La muestra incluyó niños menores de cinco años, cuya distribución por edad se presenta en términos de frecuencia absoluta y relativa. El 39.5% de los casos (n=156) conformaron el grupo de pacientes de 4 años. A este le sigue el grupo de pacientes con 3 años, quienes conformaron el 21% de los participantes (n=83). Finalmente los grupos de 5, 1 y 2 años conformaron una proporción de 13.2% (n=52), 13,7% (n=54) y 12.7% (50), respectivamente.

Tabla 2 Distribucion de pacientes según el sexo

SEXO	frecuencia Absoluta	frecuencia Relativa
Masculino	198	50.10%
Femenino	197	49.90%

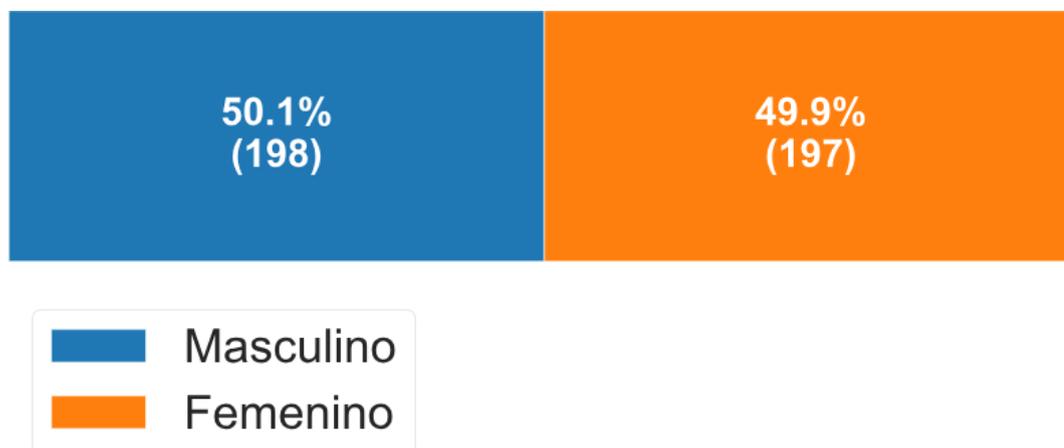


Figura 2 Poblacion pediatria en funcion de la sexo.

Se observó que la frecuencia absoluta de casos en pacientes de sexo masculino fue de 198, lo que representó el 50.10 % del total. En el caso de las pacientes de sexo femenino, la frecuencia absoluta fue de 197, con una frecuencia relativa del 49.90 %.

Tabla 3 Lugar de procedencia de los pacientes.

LUGAR DE PROCEDENCIA	frecuencia Absoluta	frecuencia Relativa
Urbana	239	60.50%
Rural	156	39.50%

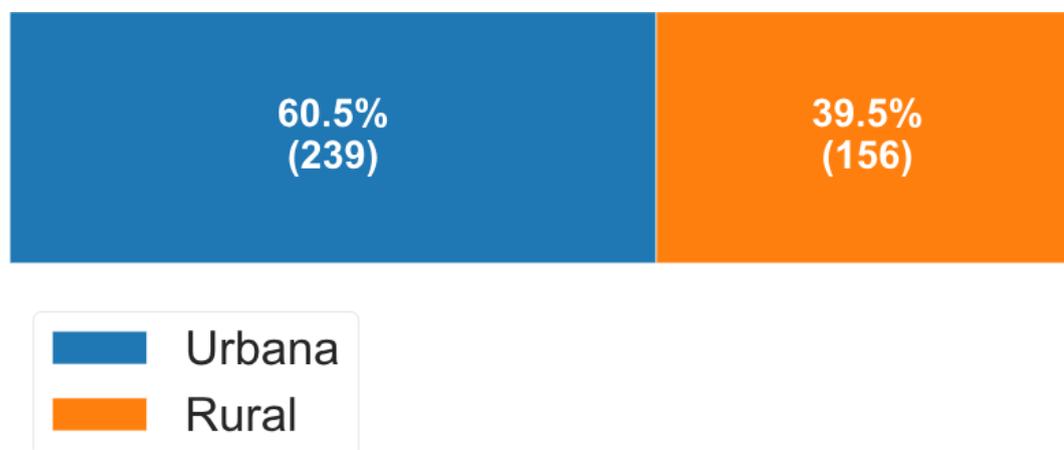


Figura 3 Porcentaje de pacientes según area rural y area urbana.

Se identificó que la mayor proporción de pacientes provenía de zonas urbanas, con una frecuencia absoluta de 239 casos, lo que representó el 60.50 % del total. En contraste, los pacientes procedentes de zonas rurales fueron 156, con una frecuencia relativa del 39.50 %.

Tabla 4 Infecciones de vías respiratorias superiores diagnosticadas

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Resfriado común	156	39.50%
Rinofaringitis	124	31.40%
Faringitis	82	20.80%
Amigdalitis	21	5.30%
Otitis media	12	3.00%

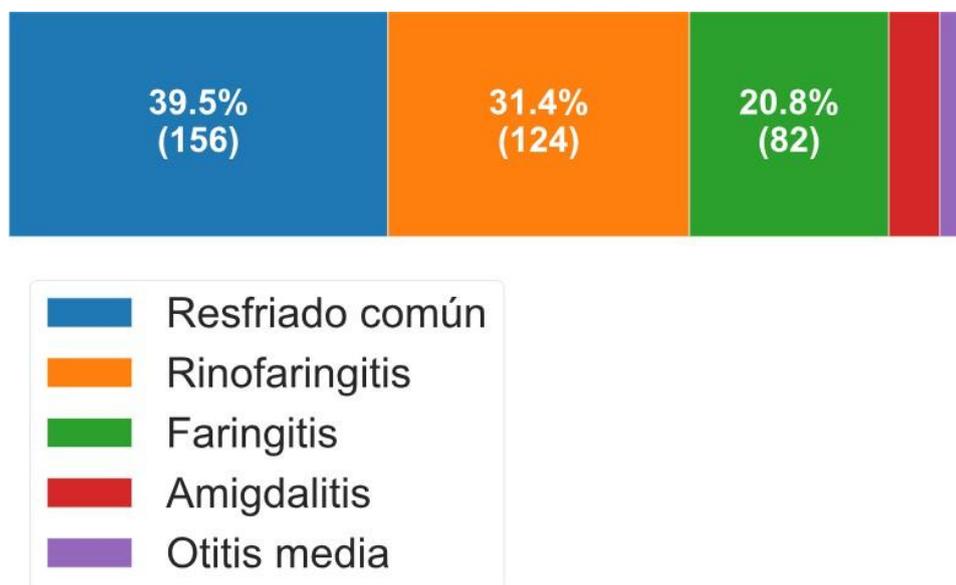


Figura 4 Cuadros respiratorios superiores diagnosticados en el periodo 2022 – 2023.

El diagnóstico más frecuente fue el resfriado común, con una frecuencia absoluta de 156 casos, lo que representó el 39.50 % del total de infecciones respiratorias superiores. En segundo lugar, se identificó la rinofaringitis, con 124 casos, equivalente al 31.40 %. La faringitis se presentó en 82 pacientes, con una frecuencia relativa del 20.80 %. En menor proporción, se registraron casos de amigdalitis y otitis media, con frecuencias absolutas de 21 y 12 casos, respectivamente, representando el 5.30 % y 3.00 % del total.

Tabla 5 Infecciones de vías respiratorias Inferiores diagnosticadas.

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	Frecuencia Absoluta	recuencia Relativa
Bronquitis aguda	179	45.30%
Bronquiolitis	113	28.60%
Neumonía	79	20.00%
Laringitis aguda	17	4.30%
CRUB	7	1.80%

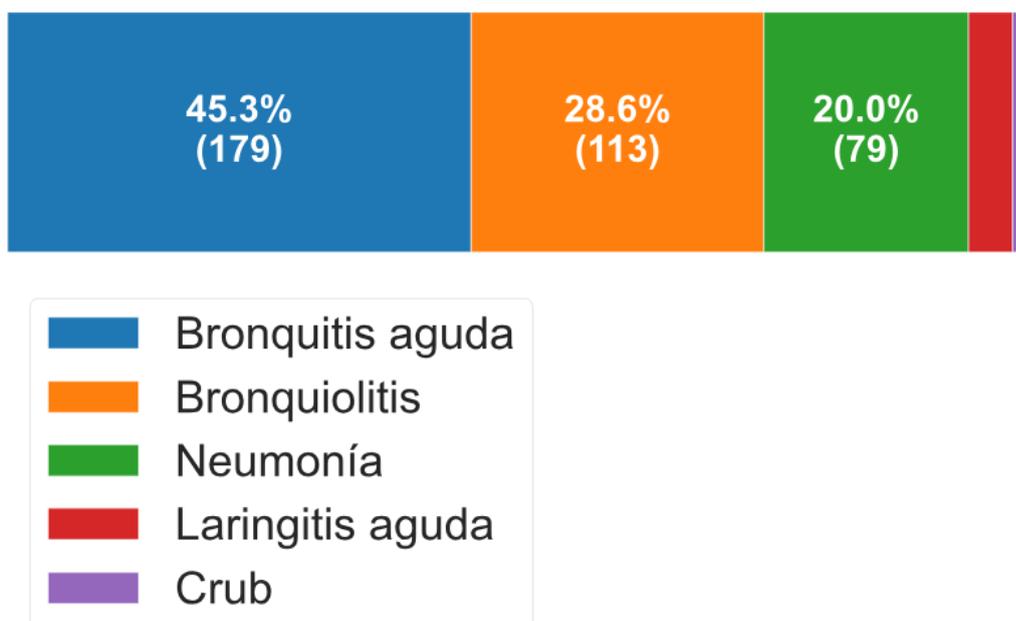


Figura 5 Porcentaje de infecciones de vías respiratorias inferiores diagnosticadas en el periodo 2020 – 2023

La bronquitis aguda fue el diagnóstico más frecuente, con una frecuencia absoluta de 179 casos, representando el 45.30 % del total de infecciones respiratorias inferiores. La bronquiolitis se presentó en 113 pacientes, con una frecuencia relativa del 28.60 %. La neumonía se diagnosticó en 79 casos, lo que equivale al 20.00 %. En menor proporción, se registraron casos de laringitis aguda y CRUB, con frecuencias absolutas de 17 y 7 casos, respectivamente, representando el 4.30 % y 1.80 % del total.

Tabla 6 Tabla cruzada de enfermedades respiratorias superiores y el sexo

ENFERMEDAD DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	SEXO		Total
	MASCULINO	FEMENINO	
AMIGDALITIS	18 85.70%	3 14.30%	21 100.00%
FARINGITIS	44 53.70%	38 46.30%	82 100.00%
OTITIS MEDIA	6 50.00%	6 50.00%	12 100.00%
RESFRIADO COMUN	74 47.40%	82 52.60%	156 100.00%
RINOFARINGITIS	56 45.20%	68 54.80%	124 100.00%
Total	198 50.10%	197 49.90%	395 100.00%
Prueba exacta de Fisher 13.277	P-Valor 0.009	V de Cramer 0.179	P-Valor 0.013

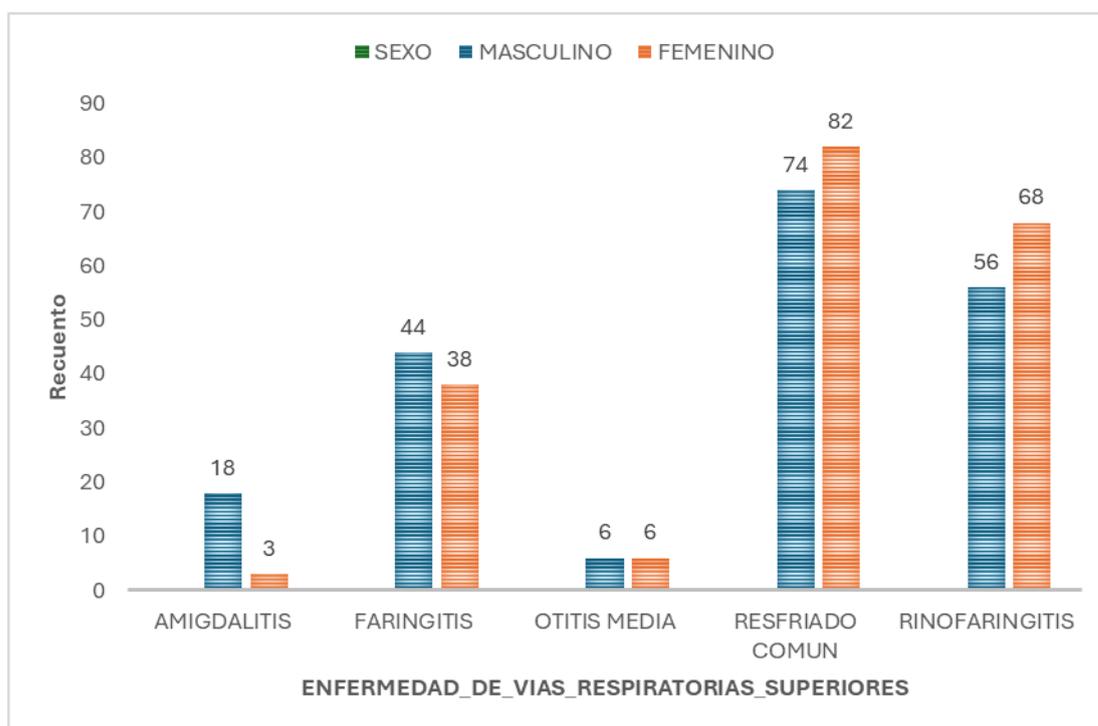


Figura 6 Distribucion de infecciones de vias respiratorias superiores en funcion del sexo

Se analizó la distribución de las infecciones de vías respiratorias superiores en función del sexo en niños menores de 5 años hospitalizados en el área de

pediatría del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024. Se evaluaron cinco tipos de infecciones respiratorias superiores, clasificadas según su frecuencia en pacientes masculinos y femeninos.

De modo que se observó al cuadro de amigdalitis con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino, con 18 casos (85.70 %), en comparación con 3 casos en pacientes de sexo femenino (14.30 %). La faringitis se distribuyó en 44 casos (53.70 %) en varones y 38 casos (46.30 %) en mujeres. La otitis media afectó de manera equitativa a ambos sexos, con 6 casos (50.00 %) en cada grupo. El resfriado común se distribuyó con 74 casos (47.4%) de pacientes masculinos y 82 casos (52.6%) femeninos. Por último la rinofaringitis, se presentaron 56 casos masculinos (45.20 %) y 68 casos (54.80 %) femeninos.

Para el análisis estadístico, se realizó la prueba exacta de Fisher, obteniendo un valor de 13.277 con un p-valor de 0.009, lo que indica una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de las infecciones respiratorias superiores según el sexo. Adicionalmente, se calculó el coeficiente V de Cramer, obteniéndose un valor de 0.179 con un p-valor de 0.013, lo que sugiere una asociación entre el sexo y la frecuencia de los diagnósticos.

Tabla 7 Tabla cruzada de enfermedades respiratorias inferiores y el sexo

ENFERMEDAD DE VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	SEXO		Total
	MASCULINO	FEMENINO	
BRONQUILITIS	49 43.40%	64 56.60%	113 100.00%
BRONQUITIS AGUDA	95 53.10%	84 46.90%	179 100.00%
CRUB	6 85.70%	1 14.30%	7 100.00%
LARINGITIS AGUDA	7 41.20%	10 58.80%	17 100.00%
NEUMONIA	41 51.90%	38 48.10%	79 100.00%
Total	198 50.10%	197 49.90%	395 100.00%
Prueba exacta de Fisher 6.72	P-valor 0.147	V de Cramer 0.132	P-valor 0.142

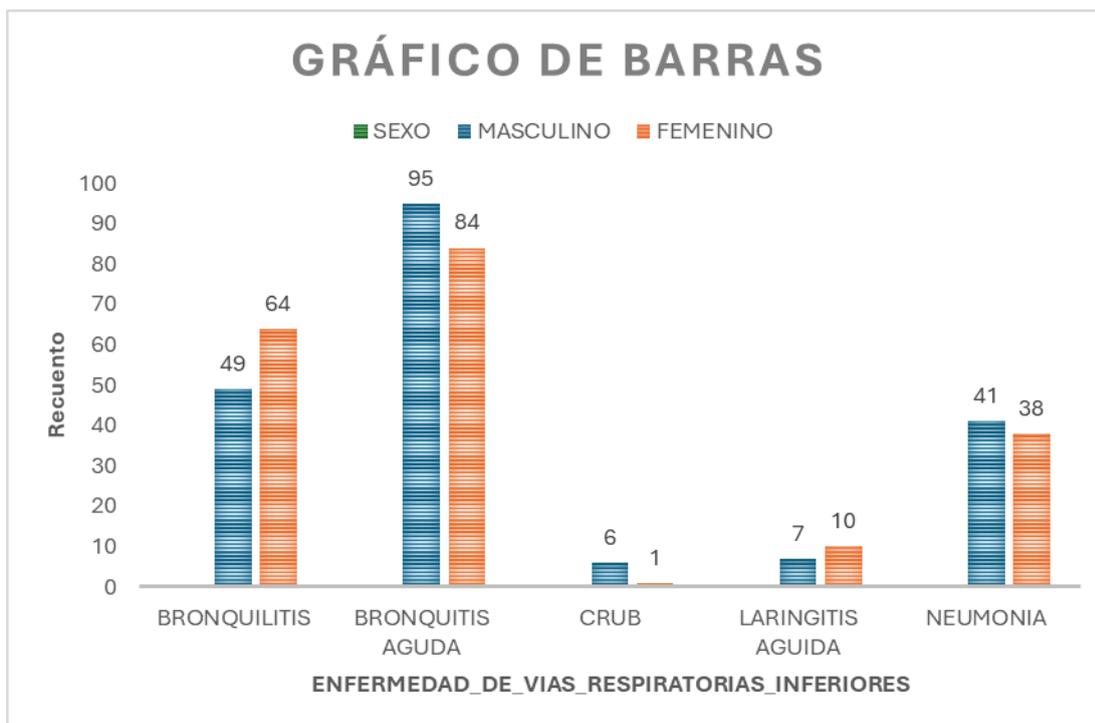


Figura 7 *Distribucion de infecciones de vias respiratorias inferiores en funcion del sexo*

Se registraron 113 casos de bronquiolitis, con una distribución de 49 casos (43.40 %) en pacientes masculinos y 64 casos (56.60 %) en pacientes femeninos. La bronquitis aguda se presentó en 95 pacientes masculinos (53.1%) y 84 (46.9%) femeninos. Con respecto al CRUB, 6 casos (85.7%) eran masculinos y solo un caso femenino (14.3%). La laringitis aguda se presentó en 7 pacientes masculinos (41.20 %) y 10 pacientes femeninos (58.80 %). Finalmente, la neumonía afectó a 41 masculinos (51.90 %) y 38 femeninos (48.10 %).

Posteriormente se aplicó la prueba exacta de Fisher, para determinar si existía asociación entre la distribución de las patologías respecto del sexo, obteniendo un favor de $F= 6.72$ con un p-valor de 0.147 siendo no estadísticamente significativa.

Tabla 8 *Distribucion de infecciones de vias respiratorias superiores según la edad*

INFECCION DE VIAS SUPERIORES	EDAD					Total
	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	
amigdalitis	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	18 85.70%	3 14.30%	21 100.00%

faringitis	14 17.10%	16 19.50%	21 25.60%	23 28.00%	8 9.80%	82 100.00%
otitis media	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	12 100.00%	0 0.00%	12 100.00%
Resfriado común	39 25.00%	24 15.40%	34 21.80%	48 30.80%	11 7.10%	156 100.00%
Rinofaringitis	1 0.80%	10 8.10%	28 22.60%	55 44.40%	30 24.20%	124 100.00%
Total	54 13.70%	50 12.70%	83 21.00%	156 39.50%	52 13.20%	395 100.00%
Prueba exacta de Fisher	P-valor	V de Cramer	P-valor			
100.177	0.0000	0.252	0.0000			

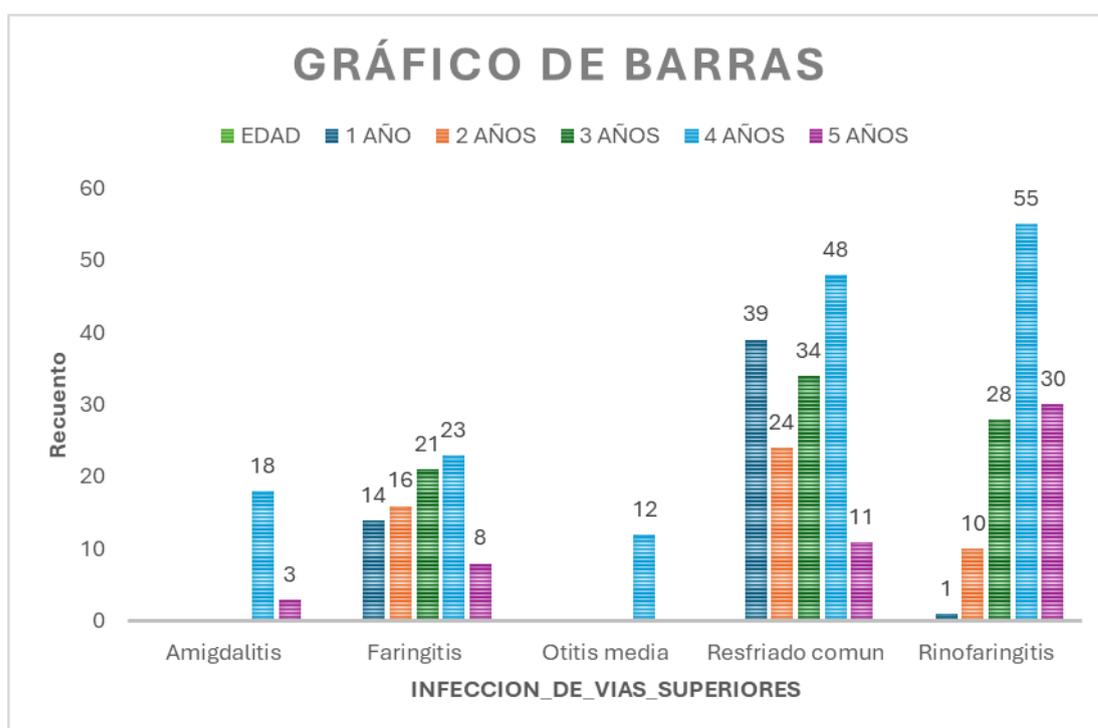


Figura 8 Distribucion de infecciones de vias respiratorias superiores según la edad

Se registraron 21 casos de amigdalitis, con una mayor proporción en pacientes de 4 años (85.70 %), seguidos por el grupo de 5 años (14.30 %). La faringitis se presentó en 82 casos, distribuidos en mayor proporción en pacientes de 4 años (28.00 %), 3 años (25.60 %), 2 años (19.50 %), 1 año (17.10 %) y 5 años (9.80 %). La otitis media se observó en 12 casos, todos en el grupo de 4 años (100.00 %). El resfriado común tuvo una mayor frecuencia en el grupo de 4 años (30.80 %), seguido de los grupos de 1 año

(25.00 %), 3 años (21.80 %), 2 años (15.40 %) y 5 años (7.10 %), sumando un total de 156 casos. La rinoфарингитis se presentó en 124 pacientes, el grupo más robusto fue el de 4 años (44.40 %), seguido de los grupos de 3 años (22.60 %), 5 años (24.20 %), 2 años (8.10 %) y 1 año (0.80 %).

La prueba exacta de Fisher, obteniendo un valor de 100.177 con un p-valor de 0.0000, demostrando significancia estadística en la distribución de las infecciones respiratorias superiores según la edad. Adicionalmente, se calculó el coeficiente V de Cramer, obteniéndose un valor de 0.252 con un p-valor de 0.0000, lo que sugiere una asociación entre la edad y la frecuencia de los diagnósticos.

Tabla 9 Distribución de infecciones de vías respiratorias inferiores según la edad

INFECCIÓN RESPIRATORIA INFERIOR	EDAD					Total
	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	
Bronquiolitis	52 46.00%	25 22.10%	10 8.80%	13 11.50%	13 11.50%	113 100.00%
Bronquitis Aguda	1 0.60%	3 1.70%	42 23.50%	100 55.90%	33 18.40%	179 100.00%
Crub	0 0.00%	1 14.30%	4 57.10%	2 28.60%	0 0.00%	7 100.00%
Laringitis Aguda	1 5.90%	3 17.60%	5 29.40%	8 47.10%	0 0.00%	17 100.00%
Neumonía	0 0.00%	18 22.80%	22 27.80%	33 41.80%	6 7.60%	79 100.00%
Total	54 13.70%	50 12.70%	83 21.00%	156 39.50%	52 13.20%	395 100.00%
Prueba exacta de Fisher 212.616	P-valor 0.0000	V de Cramer 0.367	P-valor 0.0000			

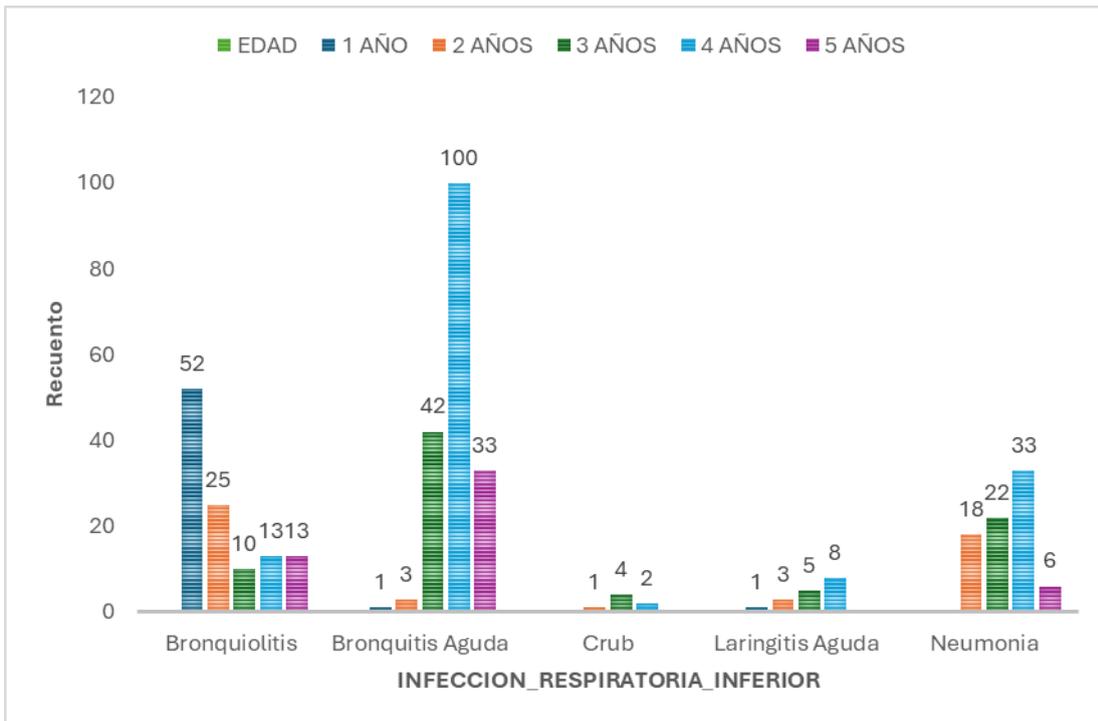


Figura 9 Distribución de los pacientes según la edad y las infecciones de vías respiratorias inferiores

Como se observa en la (tabla 9), la bronquitis aguda se presentó con mayor frecuencia en pacientes de 4 años (55.90 %), por su parte la bronquiolitis se presentó con mayor frecuencia en pacientes de un año (46.00 %), el crub aunque registro una baja prevalencia el grupo de 3 años (57.10 %) fue el más prevalente. La laringitis aguda se presentó principalmente en el grupo de 4 años (47.10 %) y finalmente la neumonía también fue más prevalente en el grupo de 4 años (41.80 %).

La prueba exacta de Fisher demostró una correlación estadísticamente significativa entre la distribución de las infecciones de vías respiratorias inferiores y la edad $F=212.616$ $p\text{-valor}= 0.000$. El cálculo de V de Cramer indicó una asociación moderada entre estas dos variables 0.367 con un $p\text{-valor}$ de 0.0000

4.2 Discusión

El presente estudio analizó la prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en pacientes pediátricos de menos de cinco años hospitalizados en el Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024.

En cuanto a la distribución etaria, los resultados indican que el grupo con mayor frecuencia de casos correspondió a los niños de 4 años (39.50 %), seguido por el grupo de 3 años (21.00 %), mientras que los grupos de 1, 2 y 5 años presentaron frecuencias menores.

Al comparar estos hallazgos con los de Nandí-Lozano (2002), se observa una diferencia en la distribución por edad, ya que en su estudio se incluyeron niños menores de 4 años, con una mayor proporción en el grupo de 1 a 2 años (42.3 %), seguido por los menores de 1 año (34.2 %) y el grupo de 2 a 4 años (32.9 %).(40) De manera similar, el estudio de Córdova Sotomayor (2018) mostró una prevalencia mayor en menores de 1 año (29.9 %), con un incremento en los niños de 3 años (35.3 %), pero una disminución en el grupo de 4 años (30.7 %).(41) Estos resultados difieren de los obtenidos en la presente investigación, en la que los casos fueron más prevalentes en niños de 4 años.

En contraste, los estudios de Tamayo Peña (2024), Valencia Henao (2024) y Quispe Prieto (2024) muestran una tendencia diferente en la distribución etaria.(42) Tamayo Peña reportó que la mayor cantidad de casos se presentaron en menores de 1 año (42.89 %), seguidos por el grupo de 1 a 2 años (30.90 %), mientras que el grupo de 3 a 4 años representó el 26.21 %.

(42) De manera similar, en el estudio de Valencia Henao, el grupo con mayor representación fue el de 1 a 3 años (40.4 %), seguido por el de 3 a 5 años (34.0 %), y el de menores de 1 año con una menor proporción (25.5 %). (43) Por su parte, Quispe Prieto identificó que la mayoría de los niños se encontraba en el rango de 1 a 3 años (42.0 %), con una representación más baja en los menores de 1 año. (44) Estas diferencias pueden deberse a factores sociodemográficos específicos de cada estudio.

En cuanto a la distribución por sexo, en este estudio se encontró una proporción casi equitativa entre ambos sexos, con un ligero predominio del masculino (50.10 %) sobre el femenino (49.90 %). Este hallazgo es similar al estudio de Nandí-Lozano (2002), en el que los niños masculinos representaron el 53.0 % y las niñas el 47.0 %.(40) De igual forma, Córdova Sotomayor (2018) reportó una leve predominancia masculina (31.8 %) frente a las mujeres (29.2 %). Tamayo Peña (2024) también identificó una mayor proporción de casos en pacientes

masculinos (51.42 %), con predominio en menores de 1 año, mientras que Valencia Henao (2024) encontró una distribución similar (51.1 % masculinos y 48.9 % femeninos). (42) Estos resultados coinciden con la presente investigación, en la que se observó una distribución equitativa entre ambos sexos, con un leve predominio de los varones.

En el estudio de Chuquisala Canales et al. se encontró que la mayoría de los pacientes provenían de zonas urbanas, representando un 89 %, mientras que solo un 11 % procedían de zonas rurales.(45) Estos resultados muestran una mayor concentración de pacientes urbanos en comparación con tu investigación. En contraste, en este estudio, el 60.50 % de los pacientes eran de zonas urbanas, mientras que el 39.50 % provenían de zonas rurales. Además en el estudio de Valencia Henao D. et al. predominaron los pediátricos que venían en su mayoría del área rural 77.33% y el 26.67% era de áreas urbanas. (46)

La bronquitis aguda se identificó como la infección respiratoria más frecuente en niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el año 2024, con una prevalencia del 45.30 %. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Tamayo Peña, quien identificó la bronquitis aguda como la afección más común, representando el 72.56 % del total de diagnósticos.(42) Sin embargo, a diferencia de los resultados actuales, Tamayo Peña halló una mayor prevalencia en menores de 1 año, mientras que en este estudio la bronquitis aguda predominó en niños de 4 años (55.90 %).(42)

Por otro lado, la bronquiolitis representó el 28.60 % de los casos en el presente estudio, con una mayor incidencia en niños de 1 año (46.00 %). En comparación, Callejas de Valero encontró una prevalencia similar de bronquiolitis en menores de 12 meses (51.85 %), mientras que Alomía Castro reportó una frecuencia del 10.9 %.(46,47) Estos datos sugieren que la bronquiolitis sigue siendo una de las principales infecciones respiratorias en poblaciones pediátricas, aunque su frecuencia puede variar según el grupo etario y la población estudiada.

La neumonía se presentó en el 20.00 % de los pacientes en el actual estudio, con una distribución predominante en niños de 4 años (41.80 %). En contraste, Diana Callejas de Valero identificó la neumonía como la infección más frecuente

en niños de 1 a <3 años (66.67 %) y en niños de 3 a 5 años (66.67 %), lo que sugiere una variabilidad en la distribución etaria según el contexto hospitalario. (46)

En cuanto a las infecciones respiratorias superiores, la rinofaringitis fue una de las afecciones más prevalentes en este estudio, con una mayor incidencia en niñas (54.80 %). Este resultado es congruente con los hallazgos de Chuquisala Canales et al., quienes identificaron la rinofaringitis como la patología más frecuente en ambos años de estudio, con una prevalencia del 75 % en 2021 y 57 % en 2020. (48) Asimismo, Alomía Castro reportó una prevalencia del 39.7 % para la rinofaringitis, ubicándola como la infección más frecuente en su estudio. (8)

El resfriado común se presentó en el 47.40 % de los pacientes masculinos y en el 52.60 % de las pacientes femeninas. En comparación, Córdova Sotomayor informó que el resfriado común fue la enfermedad más frecuente en su estudio, con una prevalencia del 31.1 %, lo que resalta su alta incidencia en la población pediátrica.(41) Además, se observó que la faringitis afectó a un 53.70 % de varones y 46.30 % de mujeres en este estudio, mientras que Nandí-Lozano reportó que el 95.3 % de las infecciones respiratorias agudas correspondieron a faringitis, evidenciando la alta prevalencia de esta patología en poblaciones pediátricas hospitalizadas. (40)

En relación con la distribución según el sexo, los resultados mostraron una distribución estadísticamente significativa con respecto a las infecciones respiratorias superiores, mientras que para las infecciones respiratorias inferiores no se encontró una asociación significativa. Datos que difieren de los reportados por Córdova Sotomayor, quien no encontró una distribución por sexo para la mayoría de las enfermedades respiratorias tanto inferiores como superiores.

Respecto a la distribución por edad, se observó que la mayor frecuencia de infecciones respiratorias superiores e inferiores se registró en niños de 4 años, a diferencia de los hallazgos de Tamayo Peña y Córdova Sotomayor, quienes encontraron una mayor incidencia en menores de 1 año.(41,42) Esta diferencia podría deberse a variaciones en la exposición a agentes patógenos y en las características de la población hospitalaria estudiada.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Los resultados del estudio evidenciaron que el resfriado común fue la infección respiratoria superior más frecuente, con una prevalencia del 39.50 %, seguido por la rinofaringitis (31.40 %) y la faringitis (20.80 %). En cuanto a las infecciones respiratorias inferiores, la bronquitis aguda fue la más prevalente, seguida de la bronquiolitis y la neumonía.

El análisis reveló que la distribución de las infecciones respiratorias superiores mostró diferencias significativas según el sexo, con una mayor prevalencia de amigdalitis en varones y rinofaringitis en niñas. Con respecto a las infecciones respiratorias inferiores, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa según el sexo.

Se identificó que la mayor proporción de infecciones respiratorias se presentó en niños de 4 años. Entre las infecciones respiratorias superiores, el resfriado común y la rinofaringitis fueron más comunes en este grupo etario. Además, entre las infecciones respiratorias inferiores, la bronquitis aguda predominó en niños de 4 años, mientras que la bronquiolitis afectó mayormente a niños de 1 año.

5.2 Recomendaciones

Implementar protocolos de prevención y educación sanitaria dirigidos a los padres de familia o tutores a cargo de los niños menores de 5 años, con énfasis en medidas preventivas de higiene, vacunación, así como detección temprana de síntomas para reducir tanto la incidencia como el mal pronóstico de estas enfermedades

Fortalecer la vigilancia epidemiológica diferenciada por sexo para determinar si existen factores biológicos o conductuales que influyan en la prevalencia de ciertas infecciones respiratorias, permitiendo diseñar intervenciones más dirigidas en los programas de atención pediátrica.

Diseñar estrategias de intervención preventivas específicas según la edad, incluyendo programas de inmunización, monitoreo de niños menores de 5 años en centros de salud, y capacitación para el personal médico en el manejo oportuno de las infecciones respiratorias más prevalentes en cada grupo etario.

Se recomienda la realización de estudios multicéntricos en diversas instituciones de salud para ampliar la información sobre la epidemiología de las infecciones respiratorias en poblaciones pediátricas. Esto permitiría identificar variaciones regionales en la prevalencia y severidad de estas afecciones, así como evaluar la eficacia de diferentes estrategias de prevención y tratamiento a nivel nacional.

REFERENCIAS

1. Infecciones respiratorias agudas en los niños Tratamiento de casos en hospitales pequeños.pdf [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3111/Infecciones%20respiratorias%20agudas%20en%20los%20ni%C3%B1os%20Tratamiento%20de%20casos%20en%20hospitales%20peque%C3%B1os.pdf?sequence=1>
2. González LF, Rey CC. Infecciones respiratorias virales. Reportes_ENSANUT_Vol1_Salud_de_la_Ninez.pdf [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Reportes_ENSANUT_Vol1_Salud_de_la_Ninez.pdf
3. García A, Luis J. Infección de vías respiratorias agudas en población pediátrica. Rev Enfermedades Infecc En Pediatría 29114728-733 [Internet]. 14 de febrero de 2019 [citado 22 de octubre de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/2535>
4. Muñoz Muñoz CM, Dueñas Basurto VA, Castro Anchundia JP, Holguín Martinetti GG. Descripción y análisis de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Polo Conoc Rev Científico - Prof. 2021;6(9):1108-23.
5. Muñoz Muñoz CM, Dueñas Basurto VA, Castro Anchundia JP, Holguín Martinetti GG. Descripción y análisis de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Polo Conoc Rev Científico - Prof. 2021;6(9):1108-23.
6. Cedeño OCC, Cremé JL, Garzón LMC, Guía CC. Factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas altas en niños menores de cinco años. Mediciego. 13 de agosto de 2021;27:e1557-e1557.
7. Castro PEA, Torres AGR, Vintimilla SHG, Crespo APC, Sacoto PEG, Crespo LJP, et al. Infecciones respiratorias agudas en infantes menores de 5 años del Centro de Salud Javier Loyola, Ecuador. Arch Venez Farmacol Ter. 2019;38(6):758-61.
8. Vorilhon P, Arpajou B, Vaillant Roussel H, Merlin É, Pereira B, Cabaillet Efficacy of vitamin C for the prevention and treatment of upper respiratory tract infection. A meta-analysis in children. Eur J Clin Pharmacol. 6 de marzo de 2019;75(3):303-11.
9. Read by QxMD [Internet]. [citado 22 de octubre de 2024]. Upper respiratory infections. Disponible en: <https://read.qxmd.com/read/23958368/upper-respiratory-infections>
10. Sánchez Infante C, Povea Alfonso E, Ortega Perdomo LG, Núñez Sánchez A, Sánchez Infante C, Povea Alfonso E, et al. Infección respiratoria aguda antes y durante la pandemia COVID-19 y sus costos. Rev Cuba Pediatría [Internet]. 2020 [citado 22 de octubre de 2024];92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003475312020000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Pondaven Letourmy S. Rinofaringitis en el niño. EMC - Otorrinolaringol. 1 de julio de 2022;51(3):1-15. ActPed2006Sup1.pdf [Internet]. [citado 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1406/1/ActPed2006Sup1.pdf>

12. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children - Venekamp, RP - 2023 | Cochrane Library. [citado 22 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000219.pub5/full>
13. Venekamp RP, Schilder AGM, Van Den Heuvel M, Hay AD. Acute middle ear infection (acute otitis media) in children. *BMJ*. 18 de noviembre de 2020;m4238.
14. López Martín D, Piñeiro Pérez R, Martínez Campos L, Ares Álvarez J, de la Calle Cabrera T, Jiménez Huerta I, et al. Actualización del documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda y sinusitis. *An Pediatría*. 1 de mayo de 2023;98(5):362-72.
15. Galstyan-Minasova V, Alamar-Velázquez A, Ibañez-Alcañiz I, Lesmas- Navarro MJ, Armengot-Carceller M. Complicaciones de la sinusitis aguda en edad pediátrica. *Rev ORL*. 14 de septiembre de 2024;e32187-e32187.
16. Lascano PP, Salazar AA, Orellana FY, Escobar AA, Paredes AB. Sinusitis infantil: Comportamiento clínico, radiológico y bacteriológico en niños en una provincia de Ecuador.
17. López Martín D, Piñeiro Pérez R, Martínez Campos L, Ares Álvarez J, de la Calle Cabrera T, Jiménez Huerta I, et al. Actualización del documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda y sinusitis. *An Pediatría*. 1 de mayo de 2023;98(5):362-72.
18. Scatolini ML, Ragoni AC, Bravo SA, Novello L, Fiora GL. Absceso periamigdalino bilateral en pediatría: reporte de un caso. *Arch Argent Pediatría*. junio de 2019;117(3):e297-300.
19. Pavez D, Pérez R, Cofré J, Rodríguez J, Pavez D, Pérez R, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. *Rev Chil Infectol*. febrero de 2019;36(1):69-77.
20. Fornes Vivas R, Robledo Díaz L, Carvajal Roca E, Navarro Juanes A, Pérez Feito C. Utilidad de los criterios clínicos para el adecuado diagnóstico de la faringoamigdalitis en la urgencia pediátrica. *Rev Esp Salud Pública*. 12 de octubre de 2020;93:e201911061.
21. Piñeiro Pérez R, Álvez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i Bru J, Fernández Landaluce A, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatría*. 1 de septiembre de 2020;93(3):206.e1-206.e8.
22. Dowdy RAE, Cornelius BW. Medical Management of Epiglottitis. *Anesth Prog*. 6 de julio de 2020;67(2):90-7.
23. Swain SK, Shajahan N, Debta P. Acute epiglottitis – A life-threatening clinical entity. *J Clin Sci Res*. junio de 2020;9(2):110.
24. Allen M, Meraj TS, Oska S, Spillinger A, Folbe AJ, Cramer JD. Acute epiglottitis: Analysis of U.S. mortality trends from 1979 to 2017. *Am J Otolaryngol*. 1 de marzo de 2021;42(2):102882.
25. Villaverde Rosas J. Laringotraqueitis (CRUP). 14 de febrero de 2019 [citado 22 de octubre de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/235>
26. Rada Cuentas AJ. Nuevos conceptos de la laringotraqueítis en niños (crup viral). *Rev Méd Paz*. 2023;87-103.

27. Olivo Acurio AJ. Actualización del manejo, diagnóstico y tratamiento de la Laringotraqueitis en pacientes pediátricos. [Internet] [bachelorThesis]. Actualización del manejo, diagnóstico y tratamiento de la Laringotraqueitis en pacientes pediátricos.; 2023 [citado 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11851>
28. Casazza G, Graham ME, Nelson D, Chaulk D, Sandweiss D, Meier J. Pediatric Bacterial Tracheitis—A Variable Entity: Case Series with Literature Review. *Otolaryngol Neck Surg.* 1 de marzo de 2019;160(3):546-9.
29. DeBlasio D, Real FJ. Tracheitis. *Pediatr Rev.* 1 de septiembre de 2020;41(9):495-7.
30. Moreira M, Ferreira PR, Sarmiento A, Cardoso AL. Bacterial Tracheitis: A New Presentation of a Well-Known Disease. *Cureus.* 2 de julio de 2024;16(7):e63697.
31. Wopker PM, Schwermer M, Sommer S, Längler A, Fetz K, Ostermann T, et al. Complementary and alternative medicine in the treatment of acute bronchitis in children: A systematic review. *Complement Ther Med.* marzo de 2020;49:102217.
32. Ilbay Saca IE. Espiración lenta total a glotis abierta como tratamiento fisioterapéutico en niños con bronquitis aguda. [Internet] [masterThesis]. Riobamba: Universidad nacional de Chimborazo; 2023 [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/12013>
33. Jat KR, Dsouza JM, Mathew JL. Continuous positive airway pressure (CPAP) for acute bronchiolitis in children - Jat, KR - 2022 | Cochrane Library. [citado 23 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010473.pub4/abstract>
34. Benedictis FM de, Kerem E, Chang AB, Colin AA, Zar HJ, Bush A. Complicated pneumonia in children. *The Lancet.* 12 de septiembre de 2020;396(10253):786-98.
35. Nascimento-Carvalho CM. Community-acquired pneumonia among children: the latest evidence for an updated management. *J Pediatr (Rio J).* 17 de abril de 2020;96:29-38.
36. Fritz CQ, Edwards KM, Self WH, Grijalva CG, Zhu Y, Arnold SR, et al. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Bacteremic Pneumonia in Children. *Pediatrics.* 1 de julio de 2019;144(1):e20183090.
37. Yun KW, Wallihan R, Juergensen A, Mejias A, Ramilo O. Community- Acquired Pneumonia in Children: Myths and Facts. *Am J Perinatol.* 25 de junio de 2019;36:S54-7.
38. Nandí-Lozano E, Espinosa LE, Viñas-Flores L, Avila-Figueroa C. Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. *Salud Pública México* [Internet]. junio de 2002 [citado 12 de febrero de 2025];44(3). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Córdova Sotomayor DA, Chávez Bacilio CG, Bermejo Vargas EW, Jara Ccorahua XN, Santa María Carlos FB, Córdova Sotomayor DA, et al. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. *Horiz Méd Lima.* enero de 2020;20(1):54-60.
40. Tamayo Peña DI, Almarales Sarmiento G, Pupo Damas H, Tamayo Serrano JR. Infecciones respiratorias agudas bajas en menores de cinco años de Hatu-Builico,

- Timor Leste. Correo Cient Med Holguin [Internet]. 2008 [citado 12 de febrero de 2025]; Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no124/n124ori13.htm>
41. Henao DCV, Gomez EMP, Carrillo MH, Garreta LMM, Palta DCS, Franco DCG, et al. Enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años atendidos en un Centro de salud, Cali Colombia. Rev Médica Sanitas. 3 de abril de 2017;20(2):67-74.
 42. Cornejo M del CS, Prieto SQ, Cornejo MDS. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS BAJAS Y SU RELACIÓN CON ALGUNOS FACTORES DE RIESGO, SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2006. Cienc Desarro. 2006;(10):63-6.
 43. Saldaña F, Narcisa N. TEMA: Prevalencia de infecciones respiratorias agudas altas en niños menores de 5 años en un Centro de Atención Primaria.
 44. Valero DC de, Chávez DP, Vice RM, Urdaneta JS, Robles DR. Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Hospital General Dr. Verdi Cevallos Balda. QhaliKay Rev Cienc Salud ISSN 2588-0608. 28 de junio de 2022;6(2):50-6.
 45. Castro PEA, Torres AGR, Vintimilla SHG. Infecciones respiratorias agudas en infantes menores de 5 años del Centro de Salud Javier Loyola, Ecuador. años . 2019;38.
 46. Chuquisala Canales GM, Franco Saldaña NN. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas altas en niños menores de 5 años en un Centro de Atención Primaria. 12 de septiembre de 2022 [citado 13 de febrero de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/19200>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Bravo Triana, Annyka Rommina** con C.C: # **0928948926** y **Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl**, con C.C: #**0926761149** autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en niños menores de 5 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024** 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, **22 de Mayo de 2025**



Annyka Rommina
Bravo Triana



Ricardo Paul
Sanquirima Zambrano



f. _____
Bravo Triana, Annyka Rommina

C.C: # 0928948926

f. _____
Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl

C.C: #0926761149



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de infecciones del tracto respiratorio, tanto superiores como inferiores, en niños menores de 5 años en el área de hospitalización pediátrica del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el período 2024.		
AUTOR(ES)	Bravo Triana, Annyka Rommina Sangurima Zambrano, Ricardo Paúl		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Moscoso Meza, Ronny Raymon		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	22 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	36 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Bronquiolitis, Neumonía, Bronquitis aguda, Morbilidad infantil, Hospitalización pediátrica.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Infecciones respiratorias, bronquitis, pediatría, epidemiología, hospitalización.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Las infecciones del tracto respiratorio (ITR) son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica, especialmente en niños menores de 5 años. Se dividen en infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, siendo las primeras más frecuentes y de etiología viral, mientras que las segundas suelen ser más graves y asociadas a infecciones bacterianas. En Ecuador, las ITR representan una causa importante de hospitalización infantil.</p> <p>Este estudio tiene como objetivo describir la prevalencia de infecciones respiratorias en niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital General del Norte IESS Ceibos en 2024. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, analizando historias clínicas de pacientes con infecciones de vías respiratorias altas y bajas. Se evaluaron variables epidemiológicas como edad, sexo y diagnóstico.</p> <p>Los resultados mostraron que la mayor proporción de pacientes tenía 4 años (39.50%). El resfriado común fue la infección respiratoria superior más frecuente (39.50%), seguido de la rinofaringitis (31.40%) y la faringitis (20.80%). En infecciones respiratorias inferiores, la bronquitis aguda predominó (45.30%), seguida de la bronquiolitis (28.60%) y la neumonía (20.00%). Se encontró una distribución equitativa entre sexos, con diferencias significativas en infecciones respiratorias superiores.</p> <p>Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias de prevención y tratamiento oportuno, especialmente en grupos de mayor riesgo, para reducir la incidencia y severidad de las ITR en la población pediátrica.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	CON	Teléfono: 0969960372 / 0999109508	E-mail: Annyka.bravo@cu.ucsg.edu.ec Ricardo.sangurima@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	CON LA	Nombre: Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño	
	DEL	Teléfono: +593 982742221	
		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):			