UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Perfil Clínico y Epidemiológico del Paciente Pediátrico Menor de 5 Años con Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2020-2023

AUTOR:

David Alexander Lema Lucas

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de MÉDICO

TUTORA:

Dra. Moncayo Jacome Liliana Teresa

Guayaquil, Ecuador

21 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 **LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO.**

TUTORA

DRA. MONCAYO JACOME LILIANA TERESA

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS

Guayaquil, a los 21 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

Yo, **LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Perfil Clínico y Epidemiológico del Paciente Pediátrico Menor de 5 Años con Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2020-2023,** 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, a los 21 del mes de mayo del año 2025

Firmado electrónicamente por:
DAVID ALEXANDER
LEMA LUCAS

LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Perfil Clínico y Epidemiológico del Paciente Pediátrico Menor de 5 Años con Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2020-2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 del mes de mayo del año 2025

Firmado electrónicamente por:
DAVID ALEXANDER
LEMA LUCAS

LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER

INFORME DE ANÁLISIS
studium

Perfil Clínico y Epidemiológico del Paciente Pediátrico Menor de 5 Años con Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2020-2023

4% Textos sospechosos

0% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
4% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: LEMA LUCAS DAVID_P74_BORRADOR FINAL.docx
ID del documento: 6b225da8d1935ce1befa2c3f4808d79c16090b0d
Tamaño del documento original: 436,63 kB

Depositante: DAVID ALEXANDER LEMA LUCAS
Fecha de depósito: 2/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 2/5/2025

Número de palabras: 7327
Número de caracteres: 48.183

Ubicación de las similitudes en el documento:

Liliana Teresa Moncayo Jacome

AGRADECIMIENTO

Quiero iniciar en primer lugar, agradeciendo profundamente a Dios, por darme la fortaleza, salud y perseverancia necesaria para culminar esta etapa tan importante de mi vida académica.

A mi familia, por ser mi mayor fuente de motivación y por acompañarme en cada paso con amor, compresión y Fe. Su apoyo incondicional ha sido el pilar que me sostuvo en los momentos más difíciles.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, por por brindarme una formación integral, no solo académica sino también humana, que ha sido fundamental en mi desarrollo profesional. Gracias a todos los docentes que, con paciencia y dedicación, compartieron sus conocimientos y me inspiraron a seguir adelante.

Mi agradecimiento también al Hospital General Monte Sinaí, por abrirme sus puertas y permitirme llevar a cabo el trabajo de investigación en sus instalaciones. Gracias al personal médico, administrativo y a todos quienes colaboraron de forma directa en el desarrollo de este proyecto. Su apoyo fue clave para la recolección de información y la aplicación práctica de lo aprendido.

Finalmente, a todos mis amigos y compañeros de carrera, por compartir este camino lleno de retos, aprendizajes y experiencias que siempre recordaré con gratitud.

Gracias a todos por ser parte de este logro.

LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por haberme dado la vida, la sabiduría y la fortaleza para alcanzar esta meta. Sin su guía, nada de esto habría sido posible.

A mis padres, por ser mi ejemplo de esfuerzo, sacrificio y amor incondicional. Gracias por creer en mi incluso en los momentos en que yo mismo dudaba. Este logro también es de ustedes.

A mi familia, por su constante apoyo, palabras de aliento y compañía en cada paso del camino. Su presencia ha sido fundamental en todo este proceso de mi formación profesional.

A mis verdaderos amigos, quienes me brindaron su compañía, motivación y comprensión en los momentos mas difíciles, su amistad ha sido un refugio y un impulso para seguir adelante.

Y, especialmente, a mi mismo, por no rendirme, por luchar contra el cansancio y las dudas, y por confiar en que todo esfuerzo tiene su recompensa.

LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER

ÍNDICE GENERAL.

ÍNDICE GENERAL. IX
RESUMEN..... XI
ABSTRACT XII
DESARROLLO CAPÍTULO I 2
1.1 Introducción.....2
1.2 Planteamiento del problema 3
1.3 Justificación.....3
1.4 Objetivos 3
1.4.1 Objetivo general 3
1.4.2 Objetivos específicos 4
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO 5
2.1 Neumonía.....5
2.1.1 Etiología de la Neumonía en Niños Menores de 5 Años.....5
2.1.2 Manifestaciones clínicas.....8
2.1.3 Factores de Riesgo 9
2.1.4 Diagnóstico 13
2.1.5 Tratamiento 15
CAPÍTULO III METODOLOGÍA 17
3.1 Diseño del estudio.....17
3.2 Investigación 17
3.3 Población de estudio 17
3.4 Método de recolección de datos.....18
3.5 RESULTADOS. 19
3.6 DISCUSIÓN 31

CONCLUSIONES 34
RECOMENDACIONES 36
REFERENCIAS 37

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo determinar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes pediátricos menores de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en el Hospital General Monte Sinaí entre enero de 2020 y diciembre de 2023. Se utilizó una metodología descriptiva mediante la revisión de historias clínicas, lo que permitió obtener datos sobre las características demográficas, factores de riesgo y síntomas clínicos de los pacientes. Los resultados revelaron una predominancia de niños de 4 años y una ligera mayoría de pacientes femeninas, quienes provienen en su mayoría de contextos socioeconómicos desfavorables. Además, se identificaron factores de riesgo significativos, como antecedentes de enfermedades respiratorias, inmunización insuficiente y acceso limitado a servicios de salud. Los síntomas clínicos más frecuentes incluyen fiebre, tos y dificultad respiratoria, lo que indica la necesidad de un monitoreo constante. La principal conclusión del estudio resalta la vulnerabilidad de esta población, enfatizando la necesidad de intervenciones integrales que aborden tanto los aspectos médicos como los determinantes sociales de la salud para mejorar el bienestar de los niños afectados.

Palabras clave: *perfil, clínico, epidemiológico, neumonía adquirida, niños, comunidad*

ABSTRACT

This study aims to determine the clinical and epidemiological profile of pediatric patients under 5 years of age with community-acquired pneumonia treated at Mount Sinai General Hospital between January 2020 and December 2023. A descriptive methodology was used through chart review, which yielded data on patients' demographic characteristics, risk factors, and clinical symptoms. The results revealed a predominance of 4-year-old children and a slight majority of female patients, most of whom come from disadvantaged socioeconomic backgrounds. In addition, significant risk factors were identified, such as a history of respiratory illnesses, insufficient immunizations, and limited access to health services. The most common clinical symptoms include fever, cough, and respiratory distress, indicating the need for ongoing monitoring. The main conclusion of the study highlights the vulnerability of this population, emphasizing the need for comprehensive interventions that address both the medical and social determinants of health to improve the well-being of affected children.

Keywords:

profile, clinical, epidemiological, acquired pneumonia, children, community

DESARROLLO CAPÍTULO I

1.1 Introducción

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las causas más frecuentes de infección y de mortalidad de causa infecciosa a nivel mundial, y tiene una importante implicación económica. La edad representa uno de los factores de riesgo más importantes para la NAC (Abad et al, 2022).

La morbilidad y mortalidad de los niños menores de cinco años es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, en particular en los países desarrollados, se encuentra la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) (1). Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), confirmen que el 15% de las muertes de niños menores de cinco años se deben a la neumonía, lo que equivale a unas 800.000 muertes infantiles al año en todo el mundo. Entre las principales causas de NAC en niños se encuentran bacterias como Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae (Cameli, 2021).

La reducción de las complicaciones y la mortalidad relacionadas con la neumonía requieren un diagnóstico y un tratamiento precoz, las enfermedades de alto riesgo son la malnutrición, el bajo peso al nacer, la falta de vacunación y las condiciones económicas y sociales desfavorables (Aguero, 2020). La neumonía sigue siendo la principal causa de hospitalización de los pacientes pediátricos (de la Cruz (2022), a pesar de los esfuerzos por mejorar la cobertura de vacunación y las condiciones de vida en Ecuador. Es una oportunidad única para evaluar el perfil clínico y epidemiológico de los niños menores de 5 años en el Hospital General Monte Sinaí, uno de los principales centros de salud de Guayaquil.

1.2 Planteamiento del problema

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes pediátricos menores de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en el Hospital General Monte Sinaí?

1.3 Justificación

Con el propósito de que el sistema de salud se fortalezca los médicos deben analizar la epidemiología y manifestaciones clínicas de los niños menores de cinco años con neumonía adquirida para identificar los factores de riesgo más prevalentes y los patrones clínicos comunes, de forma que puedan enfocar científicamente el diagnóstico y tratamiento. Como consecuencia de las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad de la NAC en esta población concreta, es esencial conocer las particularidades de los casos que se producen en el Hospital General Monte Sinaí con el objetivo de ajustar adecuadamente las normativas de salud del país y distribuir adecuadamente los recursos.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes pediátricos menores de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en el Hospital General Monte Sinaí entre enero de 2020 y diciembre de 2023.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar la población pediátrica menores de 5 años diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2020-2023, según las variables demográficas como la edad, sexo y lugar donde reside.
2. Determinar los factores de riesgo vinculados con la neumonía adquirida en la comunidad como las enfermedades respiratorias, condiciones sociales y de salud.
3. Describir los síntomas clínicos más comunes en los pacientes diagnosticados con neumonía, como alza térmica, presencia de secreciones respiratorias, dificultad para respirar y sintomatología acompañante.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Neumonía

Definición

Se entiende por neumonía un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar adquirido fuera del entorno hospitalario, consistente en que los alvéolos se llenan de líquido o material purulento, con la consiguiente tos con flemas o pus, fiebre, escalofríos y dificultad respiratoria. Las causas de la neumonía pueden ser microorganismos diversos, como bacterias, virus y hongos (Manzanares A. , 2023).

2.1.1 Etiología de la Neumonía en Niños Menores de 5 Años

El manejo de la neumonía adquirida en la comunidad, constituye un desafío, dado que las limitaciones de las pruebas diagnósticas epidemiológicas son evidentes, en donde, la mayor sensibilidad y especificidad se presenta en las muestras provenientes del tracto respiratorio inferior, las cuales son poco utilizadas porque se consideran invasivas (Hermosillo, 2020).

Habitualmente el diagnóstico inicial, se basa en una combinación de datos clínicos, radiológicos y analíticos, pero éstos no suelen ser suficientes para determinar por sí mismos el agente causal. El estudio exhaustivo en pacientes hospitalizados podría identificar el microorganismo causante hasta en un 50-80% de los casos (Manzanares A. , 2023).

Virus

Entre las principales causas de NAC en niños, las infecciones virales representan el 60% de las NAC con ingreso hospitalario en nuestro país, como ocurre en otros países donde con mayor frecuencia se presenta en niños menores de dos años que presentan síntomas como hipoxemia y sibilancias.

Entre los virus, el sincitial respiratorio (VSR) o virus respiratorio sincitial (VRS) es el más frecuente y se manifiesta fundamentalmente en niños menores de cinco años, en tanto que a partir de esa edad es poco frecuente (Faican et al, 2022).

Es común observar un pico estacional entre noviembre y enero en el hemisferio norte (véase el protocolo AEP sobre infecciones respiratorias víricas). El metapneumovirus y el virus de la gripe (influenza) causan aproximadamente un 15% de las neumonías que requieren ingreso y el parainfluenza, un 6%. Otros virus, como el adenovirus, el enterovirus, el rinovirus y los coronavirus estacionales, tienen un papel discutido en la patogenia de la NAC, pues diversos estudios han hallado una incidencia similar usando reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para estos virus en casos y controles. Sin embargo, se detectan con frecuencia en pacientes con neumonía y parece que favorecen la coinfección bacteriana (Otheo et al, 2022).

El síndrome respiratorio agudo grave (NAC) provocado por el SARS-CoV-2 es ligeramente distinto del provocado por otros virus. Generalmente se presenta en pacientes de más edad (8 años frente a 1 año) y está caracterizada por menos sibilancias y menores necesidades de oxígeno. En cualquier caso, existe un considerable grado de solapamiento entre los síntomas y los signos, dificultando la identificación de la enfermedad (Yépez, 2020).

Bacterias

Alrededor de un tercio de las neumonías para las cuales se requiere un ingreso hospitalario están causadas por bacterias poco frecuentes, siendo M. pneumoniae su causa más común en nuestro país (Otheo et al, 2022). Este índice parece ser menor en otras naciones (alrededor del 10%) (Jain et al, 2015), sin olvidar que el diagnóstico suele requerir la realización de pruebas seriadas, hecho que podría dar lugar a una infravaloración en los casos de estudios en los que únicamente se utiliza la PCR. Ocurre con mayor frecuencia en niños mayores de cinco años.

Generalmente presente una leve sintomatología con una disminución de los procesos inflamatorios, sin embargo, la mayor parte de las personas con neumonía causada por M. pneumoniae necesitan identificación radiológica y pueden desarrollar derrame pleural, según (Otheo et al, 2022). Según (Tagarro et al, 2022), la ocurrencia de la NAC ocasionada por Chlamydia pneumoniae representa cerca del 2% de todos los casos.

Los microorganismos habituales son responsables de aproximadamente el 15% de todas las neumonías hospitalarias. S. pneumoniae es la responsable principal de las neumonías de este tipo, con menor frecuencia, aunque también características, son otras bacterias como Streptococcus pyogenes (S. pyogenes), Staphylococcus aureus (S. aureus), Moraxella catarrhalis (M. catarrhalis) y H. influenzae tipo b. Algunos de los síntomas habituales son: estado general deteriorado, fiebre persistente, foco pulmonar, opacidad radiográfica, leucocitosis y neutrófilos, anemia y sodio bajo. Aproximadamente el 33% de los casos puede experimentar la aparición de complicaciones, entre las que el derrame pleural para neumónico es el cuadro más habitual y problemático (Otheo et al, 2022).

En los últimos años, la introducción de la vacuna antineumocócica ha contribuido a reducir los casos de neumonía bacteriana por S. pneumoniae con hospitalización. Durante los últimos años, se ha registrado un incremento en el número de casos de S. pyogenes, aparentemente asociado a un aumento de las complicaciones y de las hospitalizaciones requeridas en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Últimamente se ha reportado un incremento de las neumonías causadas por S. aureus (Del Rosal et al, 2020).

Actualmente, debido a la vacunación, las neumonías causadas por H. influenzae son poco frecuentes; pero hay que tener en cuenta este microorganismo en los niños sin vacunar (menores de dos meses o con vacunaciones incompletas). Es infrecuente que se produzcan neumonías causadas por Haemophilus spp. y M. catarrhalis. Las otras bacterias gramnegativas sólo deben tenerse en cuenta en los recién nacidos o en las

neumonías relacionadas con el entorno sanitario. Las bacterias anaerobias también son muy infrecuentes, exceptuando los casos de neumonías causadas por broncoaspiración. (Aguilera et al, 2022).

Coinfecciones

El diagnóstico de las neumonías bacterianas se basa en el número de bacterias presentes en la sangre. Es importante tener en cuenta que en al menos el 10% de las neumonías se puede identificar más de un agente causal. Esta cifra está influida por la restricción en el diagnóstico de las neumonías bacterianas que no presentan bacterias en la sangre. Si el paciente empeora durante la fase en la que la infección respiratoria debería mejorar, y si presenta signos de neumonía bacteriana a pesar de haber detectado un virus, la presencia de una infección vírica puede indicar una complicación bacteriana. S. pneumoniae constituye la principal causa de sobreinfección bacteriana en pacientes afectados de neumonía viral (Hedberg etal, 2022).

2.1.2 Manifestaciones clínicas

Las neumonías suelen cursar con fiebre y tos. Como síntoma, la fiebre tiene una sensibilidad y especificidad bajas, puede no manifestarse o ser leve en las neumonías causadas por virus o bacterias atípicas. En ocasiones, los niños mayores refieren dolor torácico, con o sin acumulación de líquido en la cavidad pleural, pudiendo presentarse dolor abdominal, sobre todo en las neumonías que afectan a la base del pulmón, en las proximidades del diafragma.

Los síntomas más sensibles para identificar una neumonía, aunque no son específicos, son la polipnea durante el examen físico. La dificultad respiratoria, caracterizada por el uso de músculos adicionales durante la respiración, durante la exploración física aparece en forma de retracción subcostal, intercostal o supraclavicular, respiración entrecortada y sibilantes (Espín, 2019).

En la auscultación pulmonar es frecuente encontrar una sibilancia, con disminución de los mismos en una zona determinada y presencia de crepitantes finos, soplo tubárico o aumento de la transmisión de la voz. No obstante, esta sintomatología se presenta con mayor frecuencia, en casos de neumonía causada por bacterias comunes en infantes de más de tres años. Una disminución brusca de las bases pulmonares puede ser un signo de derrame pleural. Las neumonías causadas por virus suelen provocar hipoxemia y sibilancias con más frecuencia. (Otheo et al, 2022).

De forma frecuente, en la exploración pulmonar se encuentran sibilancias, observándose una reducción de las sibilancias y la aparición de crepitaciones, con aumento de la emisión de voz, Hay que destacar que esta sintomatología es más frecuente en casos de neumonía causada por bacterias comunes en bebés mayores de tres años. Un indicador de derrame pleural es cuando se observa la reducción abrupta de las bases pulmonares provocando sibilancias e hipoxemia.

2.1.3 Factores de Riesgo

Hoy por hoy, la neumonía en niños menores de cinco años representa una de las enfermedades con mayor prevalencia en el territorio nacional, a causa de diferentes etiologías cuyo entendimiento hace posible mejorar las acciones de diagnóstico y tratamiento tendientes a mejorar la salud de los niños (Manzanares A. , 2023):

Edad

Las infecciones respiratorias afectan a los niños menores de 6 meses debido a la inmadurez de su sistema inmunitario, porque desde el punto de vista inmunológico, a esta edad los menores no cuentan con las suficientes defensas, lo que hace que dependan de los anticuerpos transmitidos por la madre en la gestación y a través de la lactancia materna respectivamente (Tagarro et al, 2022).

El desarrollo de los órganos y sistemas esenciales de los bebés nacidos prematuramente, incluidos los pulmones y el sistema inmune, es incompleto, con el consiguiente aumento de su susceptibilidad a las infecciones respiratorias, lo que los hace más vulnerables a trastornos pulmonares como la displasia broncopulmonar (DBP) y el síndrome de dificultad respiratoria, enfermedades que los predisponen a patologías infecciosas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2017).

A raíz de ello, la inmadurez del organismo para producir surfactante pulmonar, sustancia esencial para que los alvéolos permanezcan abiertos durante la respiración, agudiza el riesgo de colapso alveolar, con el consiguiente aumento de padecer enfermedades respiratorias.

Desnutrición:

la desnutrición es un factor que deprime el sistema inmune aumentando la predisposición a padecer dificultades respiratorias, la nutrición deficitaria inhibe la producción de células inmunológicas como los linfocitos T y B, lo cual no permite sintetizar adecuadamente los anticuerpos, convirtiendo el organismo en susceptible a las bacterias y virus, en consecuencia, la poca producción de células inmunes, no se responde adecuadamente frente a los agentes microbiológicos, lo que puede ocasionar que se agudicen las infecciones con la consecuente complicación (Aguilera et al, 2022).

El estado nutricional deficiente contribuye a la inflamación crónica y al deterioro de las barreras físicas, como las mucosas respiratorias, que constituyen la primera línea de defensa del organismo, el deficitario proceso alimenticio generan procesos inflamatorios crónicos, haciendo que los niños sean proclives a la neumonía adquirida en la comunidad, al contrario, las intervenciones nutricionales tempranas son importantes para la prevención de este tipo de patología (Aguilera et al, 2022).

Lactancia materna no efectiva

La lactancia materna desempeña un papel fundamental durante los primeros meses de vida del niño, ya que proporciona al lactante las sustancias nutritivas indispensables para su crecimiento, además del aporte de anticuerpos que refuerzan sus defensas, como la inmunoglobulina A secretora (IgA), que se caracteriza porque reviste y protege la mucosa respiratoria y gastrointestinal, evitando la penetración de agentes infecciosos. Cuando la lactancia materna se interrumpe de forma prematura o no llega a producirse, disminuye la transferencia de estos anticuerpos protectores, lo que deja al lactante más expuesto a infecciones respiratorias.

La lactoferrina, es una proteína antimicrobiana que retiene el hierro, elemento importante para que las bacterias se reproduzcan, además de la enzima lisozima la cual ayudando a disminuir la inflamación y consecuentemente la infección regula la respuesta inmunológica que lo protege contra infecciones.

Por otra parte, la lactancia materna posibilita el desarrollo de componentes sanos de la flora intestinal, que resultan imprescindibles para la maduración del sistema inmune, al contrario, al abandonar la lactancia materna, el riesgo de padecer neumonía adquirida en la comunidad se incrementa, lo cual está relacionado con complicaciones durante los primeros meses de vida que conducen a hospitalizaciones (Hedberg etal, 2022).

Enfermedades crónicas o congénitas

La cardiopatía congénita, junto con la fibrosis quística, obstaculizan gravemente la salud respiratoria al predisponer a los niños a condiciones graves como la neumonía adquirida en la comunidad, donde la falta de circulación sanguínea impide la oxigenación adecuada de los tejidos, lo que permite la proliferación de agentes patógenos y exacerba la infección (Hedberg etal, 2022).

Como consecuencia del desarrollo de enfermedades pulmonares crónicas, el funcionamiento de los pulmones se ve menoscabado,

disminuyendo la capacidad del niño para eliminar secreciones y microorganismos patógenos y propiciando la colonización bacteriana y viral. Por otra parte, las inmunodeficiencias congénitas, como la hipogammaglobulinemia, repercuten en la generación de anticuerpos esenciales para combatir las infecciones, aumentando en consecuencia la frecuencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias. Con frecuencia, estas enfermedades conllevan inflamación crónica y daño tisular permanente, complicando adicionalmente la mejoría de los episodios infecciosos. Con frecuencia, los niños con estas enfermedades requieren hospitalizaciones frecuentes, así como intervenciones quirúrgicas o empleo de dispositivos médicos durante periodos prolongados, aspectos que también aumentan el riesgo de exposición a infecciones (Zar, 2020).

Así mismo, es necesario un monitoreo incesante junto con un abordaje integral a la prevención y tratamiento, puesto que estas enfermedades agudas no solo incrementan el riesgo de adquirir infecciones respiratorias, sino que también dificultan el manejo y la prognosis.

Asistencia a guarderías o lugares hacinados

La asistencia de un niño a centros de cuidado diario o condiciones de vida comunitarias es un factor predisponente, que arriesga infecciones respiratorias para niños menores de cinco años debido a la exposición constante a patógenos. Mientras se está en una guardería, el contacto cercano entre los niños conduce a una propagación en espacios reducidos, y muchos de ellos pueden esparcir sin síntomas a algunos de los niños, aumentando así la propagación en la población infantil.

Bajo estas condiciones de mala ventilación y aglomeración, es más probable que los agentes infecciosos permanezcan más tiempo en el ambiente, aumentando la probabilidad de contraer un resfriado o gripe a través de la nariz. Los niños tienden a interactuar con su entorno tocando objetos y llevando las palmas a su boca, nariz u ojos, lo que los predispone a

que microorganismos entren en el cuerpo, haciendo que el contacto con diferentes superficies contaminadas generalmente aumente este riesgo.

Por otra parte, con frecuencia existe una falta de rigor en la aplicación de medidas higiénicas, como la correcta higiene de las manos o el intercambio de utensilios, lo que contribuye a la transmisión de enfermedades respiratorias, como la neumonía adquirida en la comunidad. Para minimizar la aparición de infecciones, se considera esencial la prevención de estas patologías, mediante una buena ventilación, vacunación y hábitos higiénicos (Jain et al, 2015).

2.1.4 Diagnóstico

Diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños menores de 5 años

Para diagnosticar una neumonía hay que basarse principalmente en la historia clínica del paciente. Estos antecedentes a ocasiones pueden no ser suficientes, pero en los casos en que se trate de una neumonía leve y el paciente presente todos los síntomas característicos, bastará con la historia clínica. Los que presenten una neumonía grave o síntomas atípicos necesitarán someterse a más pruebas de imagen o de laboratorio para llegar a un diagnóstico apropiado (Hernández, 2024).

1. Historia Clínica

Principales síntomas: Las manifestaciones más frecuentes son las siguientes: fiebre, carraspera, insuficiencia respiratoria, resistencia a alimentarse y aletargamiento.

Los síntomas de alarma: Si la enfermedad es grave, los niños se presentan con cuadro de cianosis, adormecimiento extremo, taquicardia o insuficiencia respiratoria.

Factores de predisposición: Los antecedentes relevantes como enfermedad respiratoria previa, vacunación incompleta, contacto con el humo del tabaco o malnutrición son valorados (Capa, 2023).

2. Examen Físico

Observación general: Dificultad respiratoria visible, uso de músculos accesorios, retracciones intercostales y aleteo nasal (Capa, 2023).

Frecuencia respiratoria

La taquipnea es un indicador importante:

- Menores de 2 meses: >60 respiraciones/minuto.
- Entre 2 y 12 meses: >50 respiraciones/minuto.
- Entre 1 y 5 años: >40 respiraciones/minuto.

Auscultación pulmonar:

La presencia de estertores crepitantes y sibilancias es dominante en un paciente con bronquitis obstructiva, junto con una disminución del murmullo que es indicativo de consolidación o derrame pleural.

3. Estudios de Imagen

Radiografía de tórax:

Se considera que la radiografía de tórax es la prueba de imagen más eficaz en el diagnóstico de enfermedades pulmonares complejas junto con la clínica, ya que también permite definir la presencia o ausencia de hiperinflación, líquido o aire en la cavidad pleural y patrón de consolidación.

Laboratorio

En cuanto a la posible infección bacteriana, la leucocitosis o leucopenia pueden detectarse en el hemograma completo. Se observa un aumento de neutrófilos durante las infecciones bacterianas con linfocitosis en el curso de las infecciones virales.

La proteína C-reactiva (PCR) en casos más severos de infección bacteriana se eleva de sus valores referenciales en tanto, la procalcitonina es un indicador para distinguir entre infecciones bacterianas y virales. Es importante considerar algunos estratos específicos desde el punto de vista de la microbiología y, por lo tanto, realizar cultivos sanguíneos en casos graves.

El lavado nasofaríngeo para agentes virales respiratorios típicos, como el virus sincitial respiratorio (VSR)es recomendable. Otras pruebas incluyen la inmunocromatográfica rápida que permite la detección de ciertos antígenos bacterianos en orina, incluido el estreptococo pneumoniae.

Oximetría de pulso

Parte de los datos básicos son la pulsioximetría en donde un porcentaje de saturación de oxígeno inferior al 92% es indicativo de hipoxemia, lo cual puede hacer necesaria la hospitalización. Para evaluar la severidad se emplean escalas tales como el índice de Silverman-Andersen, el cual posibilita la monitorización del nivel de dificultad respiratoria en neonatos. (Capa, 2023).

2.1.5 Tratamiento

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en régimen ambulatorio es un tratamiento recomendado para niños de bajo riesgo y gravedad leve a moderada. El fármaco de elección es la amoxicilina en dosis de 80-90 mg/kg/día, fraccionada en dos o tres tomas, durante un periodo de una semana a diez días. Este tratamiento resulta efectivo contra la bacteria más frecuente, el Streptococcus pneumoniae (Llorente et al, 2024). En niños con alergias a la penicilina, es posible emplear antibióticos llamados macrólidos como la azitromicina o la claritromicina, en dosis de 10 mg/kg el primer día y de 5 mg/kg durante los cinco días posteriores. Cuando exista sospecha de resistencia o intolerancia neumocócica, la cefuroxima axetilo o el cefdinir son apropiados en la mayor parte de los tratamientos en casa.

Se vuelve vital controlar los síntomas desde el lugar de residencia, debemos tener presente los siguientes puntos importantes, tomar ciertas medidas de apoyo, como asegurar que la persona esté bien hidratada ofreciéndole líquidos regularmente. Se puede acompañar con el uso de medicación como el paracetamol en jarabe en dosis de 10 a 15 mg por kilo de

peso cada 6 horas. En casos donde la saturación de oxígeno caiga por debajo de (entre 90 y 92%), el médico podría sugerir el uso de oxígeno en casa si este lo fuera necesario (Llorente 2024). Resulta favorable un seguimiento entre las 48 y 72 horas después de iniciado el tratamiento, en casos donde la fiebre no disminuye o hay problemas para poder respirar, para cerciorarse si el tratamiento está funcionando, se deben esquivar complicaciones y favorecer una recuperación más rápida.

En aquellos niños que presentan neumonía grave, con niveles de oxigeno por debajo al 92%, deshidratación severa u otras comorbilidades que compliquen su cuadro, es imprescindible la hospitalización. El tratamiento de primera línea incluye la ampicilina intravenosa administrada a una dosis de 150-200 mg/kg/día en tres o cuatro dosis divididas. También es válida la penicilina G sódica intravenosa contra las infecciones debidas a la sensibilidad del Streptococcus pneumoniae. En caso de sospecha de resistencia, se recomienda ceftriaxona (50-100 mg/kg/día administrado en dosis única) en caso de gravedad. Sin embargo, la vancomicina se impone en los casos en que se sospeche una infección por Staphylococcus aureus multirresistente a la meticilina (SARM).

Para ayudar a mejorar la oxigenación en estos pacientes pediátricos, se requiere la administración de oxígeno extra, mediante el uso de cánulas nasales, o cuando el cuadro sea complejo de la enfermedad lo requiera se puede utilizar mascarillas con reservorio, en presencia de insuficiencia severa es necesario el soporte ventilatorio mediante técnicas invasivas o no invasiva con presión positiva.

En neumonías de origen viral, es necesaria la utilización de antivirales, en casos de influenza en niños menores de un año administrar oseltamivir a 3 mg/kg cada 12 horas durante cinco días, se recomienda iniciar el tratamiento 48 horas desde el comienzo de los síntomas.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

Se utilizó el diseño descriptivo para analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, sin considerar cual fuere su nivel de exposición o qué tipo de tratamiento fue administrado. Por la temporalidad el estudio fue retrospectivo al obtener la información de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el período 2020-2023, lo cual permitió caracterizar a la población de estudio según las variables operacionalizadas.

3.2 Investigación

La investigación adopto un enfoque observacional, en la que el investigador no manipula las variables, limitándose a la recolección y análisis de datos existentes en los archivos del Hospital General Monte Sinaí.

El estudio fue de tipo analítico, pues se trató de establecer las posibles relaciones entre los factores de riesgo, como la desnutrición, el nacimiento prematuro y la ausencia de la lactancia materna, con la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en pacientes menores de cinco años. Estos pacientes se evaluaron una sola vez, de manera que la presente investigación también se clasifica como transversal, pues proporciona una panorámica de los datos en un momento concreto.

3.3 Población de estudio

Los niños menores de 5 años diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el período 2020-2023.

Cálculo del tamaño de la muestra

No fue necesario calcular la muestra puesto todos niños menores de 5 años cumplieron los criterios de inclusión.

Método de muestreo

Se utilizó el muestreo por conveniencia, puesto que se seleccionó a todos los niños con criterios de inclusión que fueron parte de la población

Criterios de inclusión

- Edad de 4 años 11 meses
- Diagnosticados con neumonía Adquirida en la Comunidad
- Quienes acudieron al Hospital General Monte Sinaí.
- Con firma del consentimiento informado por sus representantes

Criterios de exclusión

- Mayores de 5 años de edad
- Niños tratados con antibióticos 7 días antes del estudio
- Niños cuyos padres no firmaron el consentimiento informado.

3.4 Método de recolección de datos

Los datos se extrajeron de:

Historias clínicas

Se analizaron las historias clínicas de los niños para recabar información sobre el historial, en particular los síntomas de ingreso, el diagnóstico, los correspondientes resultados de las pruebas realizadas y el seguimiento del tratamiento.

Examen físico

Las historias clínicas de los niños se revisaron para obtener información sobre la evaluación física inicial, con inclusión de los signos y síntomas.

Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio analizadas fueron el hemograma, PCR, hemocultivos y aspirados nasofaríngeos que fueron asistentes de diagnóstico.

3.5 RESULTADOS.

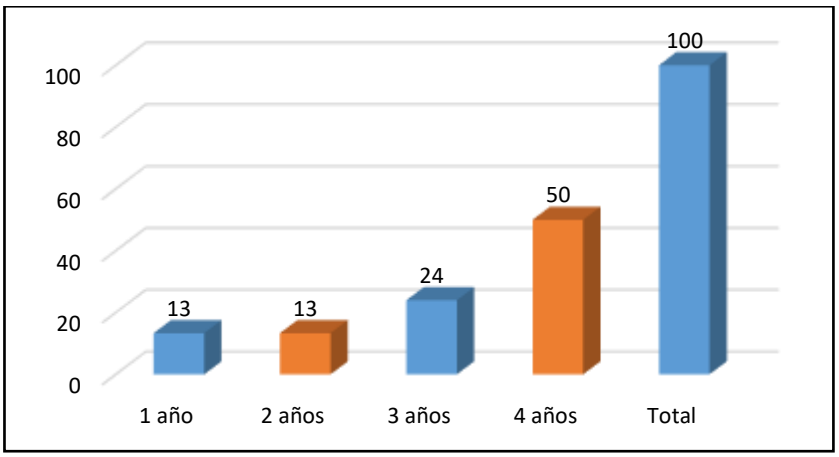
Perfil demográfico

Tabla 1. ***Edad***

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 año de edad	20	13 %
2 años de edad	20	13 %
3 años de edad	35	24 %
4 años de edad	75	50 %
Total	**150**	**100 %**

Nota: Historia clínica

Elaborado por: David Lema (2025)



Análisis

Referente a la edad, el 50% de los pacientes pediátricos menores de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad fueron de 4 años de edad. Esto indica claramente la presencia de la patología descrita en esta edad. Esto presenta un caso claro que justifica una inversión significativa en salud respiratoria, así como un aumento en el gasto en atención médica infantil. Sin embargo, en la edad de 1 a 2 años la prevalencia es menor, con solo el 13%. Lo cual expone que mientras más pequeños en edad los niños menor prevalencia de la enfermedad.

El 24%, estuvo en edad de 3 años, sugiriendo que existe un porcentaje importante de niños de esta edad con NAC. La alta prevalencia de morbilidad entre estos grupos de edad más jóvenes relativamente bajos tiene serias consecuencias en cuanto al diseño de políticas de salud pública y programas de atención pediátrica que, de manera bastante obvia, desvían recursos y atención de ser reactivos al diagnóstico y tratamiento de niños hacia un enfoque más preventivo.

La descripción conjunta de la población permite inferir que, en la atención médica correspondiente, debería prestarse mayor atención a los menores que padecen de neumonía. Es fundamental establecer planes que atiendan las demandas de salud de estos pacientes de manera oportuna y que, a la vez, permitan un desarrollo de salud óptimo en el futuro. De tal forma, la atención médica preventiva y curativa sería integral, sin interferencias y con buenos resultados en salud.

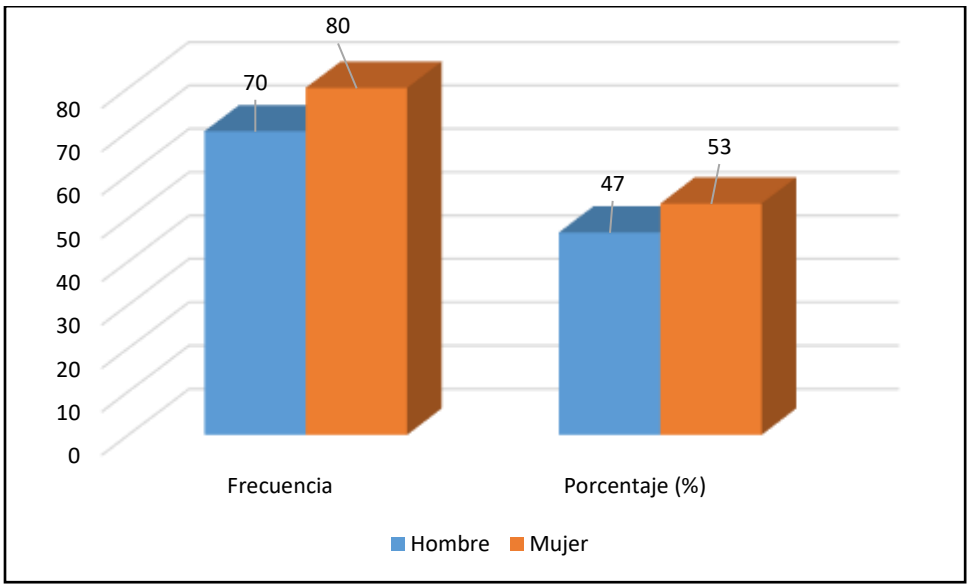
La descripción de las diferentes edades de la población en estudio, hace conocer que se debe prestar atención a los niños con esta patología. Es esencial desarrollar estrategias que respondan a las necesidades de salud de estos pacientes de manera oportuna y que proporcionen una base para un desarrollo óptimo de la salud en el futuro. De tal manera, la atención médica preventiva y curativa sería integral, no fragmentada y efectiva en los resultados de salud, sin obstáculos ni barreras en lo que respecta a temas de salud.

Tabla 2. *Sexo*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	70	47 %
Femenino	80	53 %
Total	**150**	**100 %**

Nota: Historia clínica

Elaborado por: David Lema (2025)



Análisis

Referente al sexo de los niños menores de 5 años con neumonía, se observó que el 53 % de los casos de neumonía en menores de cinco años correspondió a niñas, mientras que el 47 % fueron niños, lo que refleja una ligera predominancia del sexo femenino.

Dado que la distribución de género en la población estudiada es casi equitativa, puede ser mejor que los servicios de salud no se enfoquen en el género como criterio para la atención, sino que ofrezcan atención sin distinción. Por lo que se recomienda un enfoque que permita ofrecer atención a cada niño basado en sus necesidades individuales, garantizando que todos

los niños reciban el mismo cuidado y atención medica de calidad, sin distinción de sexo.

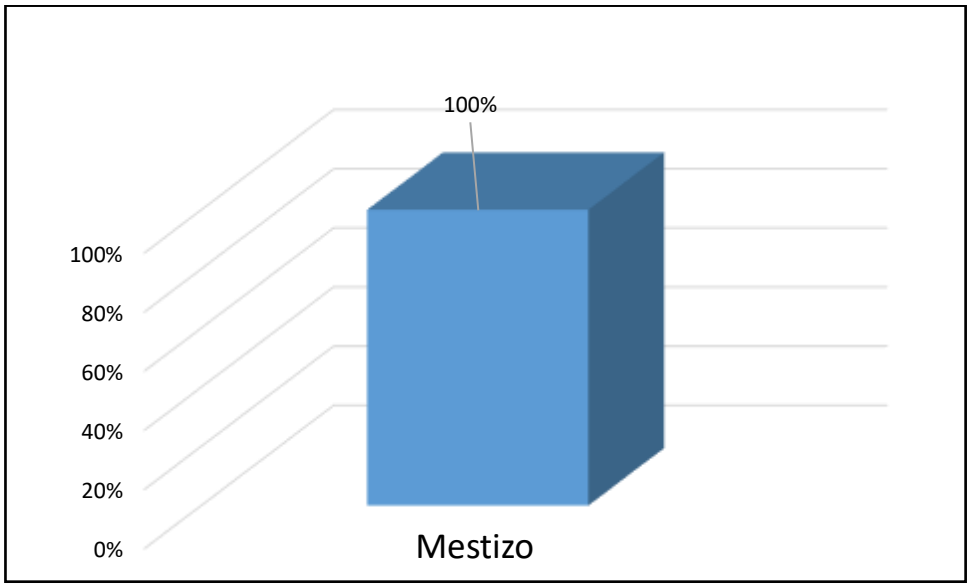
Este tipo de enfoque fomentaría, evitar establecer desigualdad de género en la atención sanitaria y se lograría proporcionar más inclusividad e igualdad sin prejuicios en la salud. Así, sería más eficaz diseñar intervenciones dirigidas a todos los niños y niñas para garantizar que se proporcione a cada niño el bienestar infantil y salud pública de calidad.

Tabla 3. ***Etnia***

Etnia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mestizo	150	100 %
Total	**150**	**100 %**

Nota: Historia clínica

Elaborado por: David Lema (2025)



Análisis

Es muy llamativo que todos los niños menores de cinco años diagnosticados con neumonía comunitaria, pertenece a etnia mestiza, la cual es mayoritariamente característica de la población en el Ecuador.

Las características raciales de la población analizada en lugar de ser un obstáculo para la identificación de los factores sociales y culturales más bien hacen posible enfocarse en las características de la población para diseñar y ajustar los servicios de salud acoplados a sus necesidades.

Tomando en cuenta las características de etnia de la población el sistema de salud considerará utilizar las estrategias adecuadas para ser aplicadas en este grupo, esto conlleva a comprender el contexto global de la situación social y cultural de la población estudiada, abordar los detalles y demandas que enfrenta la población para que haya un enfoque eficaz en la prevención y tratamiento de la NAC.

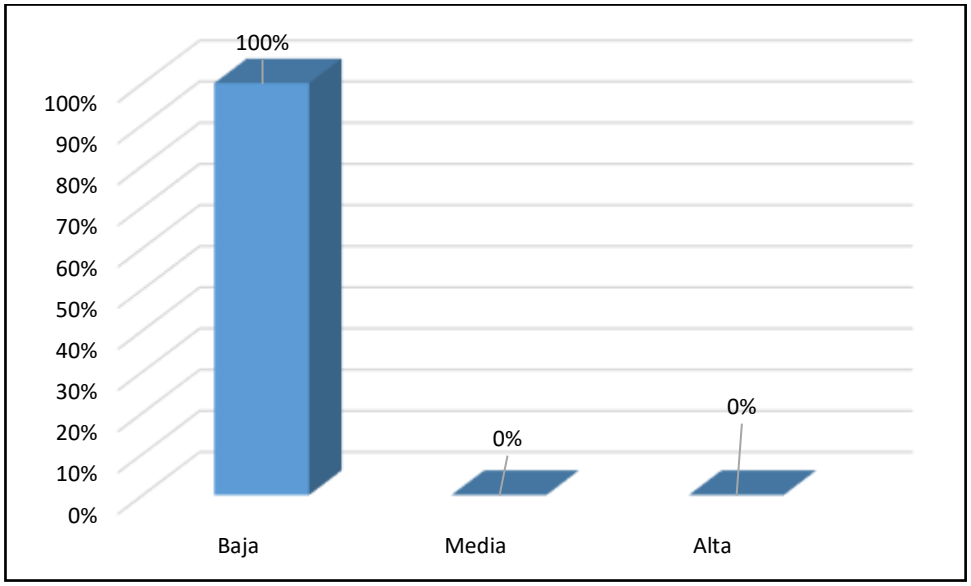
Para asegurar que las intervenciones sean útiles y efectivas en relación con la realidad demográfica del país, se vuelve vital educar sobre la importancia de la intervención temprana para reforzar la infraestructura del sistema de salud comunitario para mejorar los indicadores de salud para los niños en este grupo.

Tabla 4. ***Condiciones socio económicas***

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Baja	150	100 %
Media	0	0%
Alta	0	0%
Total	**150**	**100 %**

Nota: Historia clínica

Elaborado por: David Lema (2025)



Análisis

El análisis de la etnicidad de los niños menores de cinco años con neumonía adquirida en la comunidad muestra que estos pacientes provienen enteramente de entornos socioeconómicos bajos. Este hallazgo representa una preocupante tendencia de desintegración entre los beneficiarios que podría tener graves repercusiones en su salud y bienestar.

Sin embargo, en Ecuador contamos con instituciones hospitalarias con buena infraestructura y personal capacitado, especialmente como el Hospital Monte Sinaí que cuenta dichas características mencionadas anteriormente, la realidad es que los niños de bajo estatus económico son susceptibles de tener dificultades para su atención médica, debido a la alta demanda de los servicios en este centro de atención hospitalario. Las condiciones socio económicas para asegurar la salud de los niños requiere una nutrición adecuada y un entorno apropiado. Cuando los recursos económicos no son lo suficiente esto puede dificultar el acceso a servicios de salud integrales, incluidos los cuidados preventivos y el seguimiento post tratamiento factores importantes para garantizar la salud de los niños.

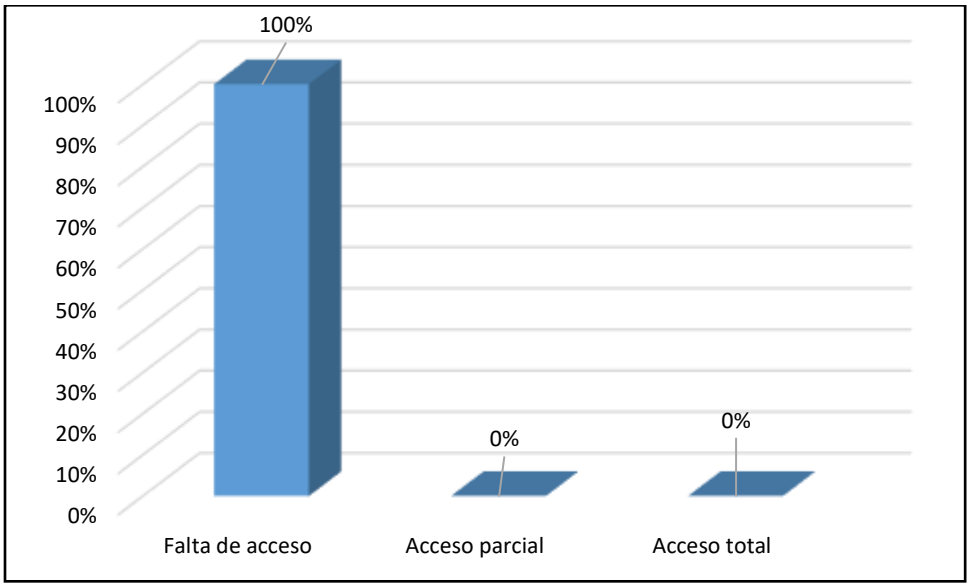
Para afrontar los problemas de salud infantil relacionados con la pobreza, requiere que los sistemas de educación y la salud, así como el desarrollo de redes de apoyo comunitario mejoren en función de los requerimientos de los niños con el fin de ofrecerles un ambiente más apropiado y pueden crecer plenamente.

Tabla 5. ***Acceso a atención médica***

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin acceso a atención médica	150	100 %
Atención médica parcial	00	00%
Atención médica total	00	00%
Total	**150**	**100 %**

Nota: Historia clínica

Elaborado por: David Lema (2025)



Análisis

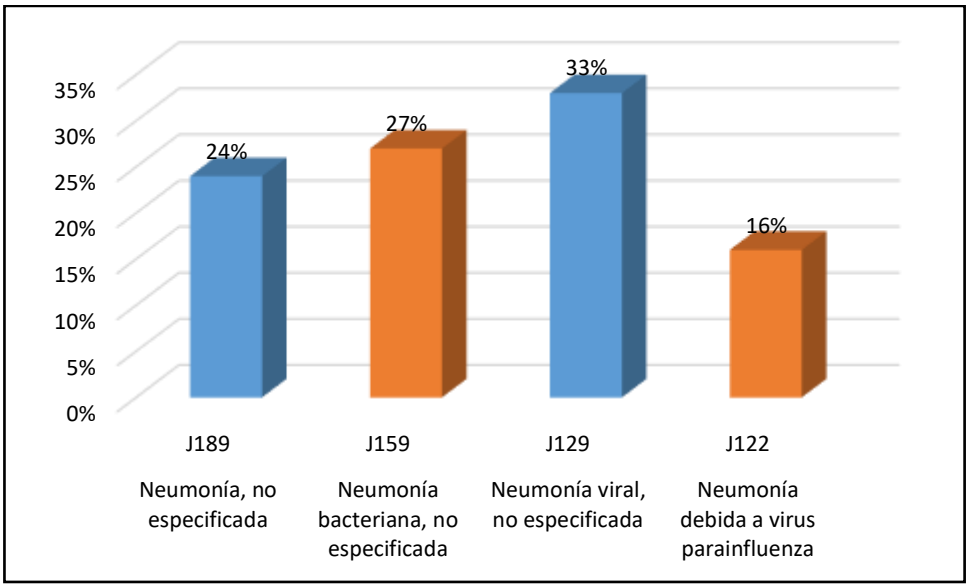
En cuanto, a que los niños menores de cinco años que sufren de neumonía adquirida en la comunidad tengan accesibilidad a los servicios de salud la respuesta en general fue que ningunos de los encuestados dijo que si, esto nos demuestra una realidad muy alarmante ya que estos niños no están recibiendo la atención que requieren. Es importante implementar políticas de salud con cobertura gratuita para estos grupos de la población, proporcionando servicios salud comunitarios básicos.

Tabla 6. ***Diagnóstico***

Diagnóstico	CIE-10	Frecuencia	Porcentaje (%)
Neumonía, no especificada	J189	36	24 %
Neumonía bacteriana, no especificada	J159	40	27 %
Neumonía viral, no especificada	J129	50	33 %
Neumonía debida a virus parainfluenza	J122	24	16 %
Total		**150**	**100 %**

Nota: Historia clínica

Elaborado por: David Lema (2025)



Análisis

Referente al diagnóstico, el 33, 3 % de los casos de los niños presentó neumonía viral de origen no especificado, además el 27 % de los casos diagnosticados fue para la neumonía bacteriana no especificada, lo que presupone que estos pacientes infantiles necesitaron tratamientos para bacterias. El virus parainfluenza representa el 16% de neumonía viral por, en tanto, que el 24% de los casos fue por neumonías indeterminadas, la variedad de microorganismos identificados condiciona la dirección a seguir sobre la implementación de tratamientos individualizados o combinados en los casos necesarios.

Tabla 7. ***Factores de riesgo asociados***

Grupo de Factores	Factores de Riesgo Específicos
Antecedentes Médicos	- Enfermedades respiratorias previas (bronquitis, asma)
	- Inmunización incompleta
Condiciones Sociales	- Pobreza y baja situación socioeconómica
	- Falta de acceso a atención médica
	- Inseguridad alimentaria
Salud Ambiental	- Hacinamiento
	- Contaminación del aire (polvo, productos químicos)
Factores Demográficos	- Edad (menores de 2 años son más vulnerables)
	- Sexo (algunos estudios indican mayor incidencia en varones)

Análisis

En el primer grupo de factores de riesgo están pacientes con antecedentes médicos:

Trastornos respiratorios como el asma y la bronquitis. Es más probable que los niños con antecedentes de bronquitis o asma sean hospitalizados debido a daños pulmonares previos que favorecen la neumonía.

Otro factor a considerar es el número considerable de niños que carece de un esquema de vacunación completa, lo que los hace más vulnerable a contraer neumonía. Es urgente establecer estrategias efectivas para garantizar que todos los niños completen el esquema de vacunación contra esta enfermedad respiratoria.

Condiciones de pobreza y marginación:

Entornos socioeconómicos más desfavorecidos: cuando los niños se desenvuelven en situaciones de pobreza y marginación social sufren problemas de salud. El hecho de no contar con acceso a servicios sanitarios adecuados y a una dieta equilibrada debilita su salud y hace más probable que padezcan infecciones del aparato respiratorio.

Acceso limitado a servicios de salud

Dificultades de acceso a los servicios de salud: Los niños que tiene problemas para acudir a los centros hospitalarios por ubicación geográfica, gastos o falta de transporte, no permiten un manejo adecuado de la neumonía, empeorando la condición de estos niños.

Inseguridad alimentaria:

Desnutrición: Dentro de los factores de riesgo para la NAC, la desnutrición es una gran preocupación al considerar que los niños desnutridos tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones debido a su débil sistema inmunológico.

Hacinamiento en viviendas:

Es mayor el riesgo de contraer enfermedades en los niños que se exponen cuando estos viven en condiciones de hacinamiento dentro de las instalaciones de vivienda, lo cual hace más fácil que los gérmenes se propaguen y causen infecciones respiratorias, incluida la neumonía.

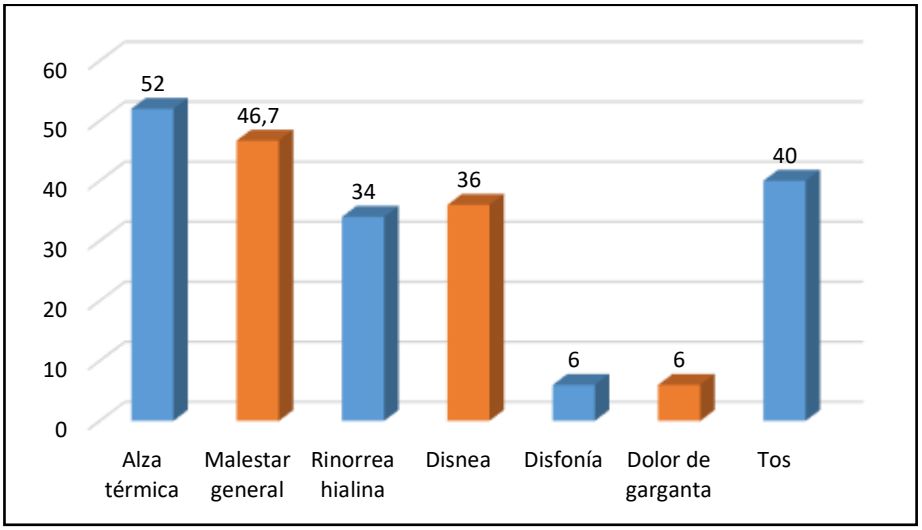
Contaminantes: La exposición a agentes como polvo, humo o sustancias químicas, hace que los niños corran un riesgo más alto de sufrir enfermedades respiratorias. La presencia de estos contaminantes puede irritar el tracto respiratorio predisponiéndolo a ser invadido por microorganismos que afectan las vías respiratorias.

Tabla 8. ***Síntomas clínicos más frecuentes***

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje (%)
Alza térmica	78	52 %
Malestar general	70	47 %
Rinorrea hialina	51	34 %
Disnea	54	36 %
Disfonía	9	6 %
Dolor de garganta	9	6 %
Tos	60	40 %

Nota: Historia clínica

Elaborado por: David Lema (2025)



Análisis

Los síntomas clínicos relevantes que sugieren un problema serio de neumonía adquirida en los niños son la fiebre que representa el 52% de los niños, lo cual es una importante señal en el diagnóstico de la enfermedad. También, el malestar general representa el 46.7%, la rinitis y tos se presentan en el 34% y 40% de los niños.

La presencia de esta variada sintomatología hace que la enfermedad sea alarmante para las familias que tiene que afrontar esta enfermedad en sus hijos.

3.6 DISCUSIÓN

Discusión sobre las características demográficas de los pacientes

De acuerdo con las condiciones demográficas de los niños menores de cinco años con neumonía adquirida en la comunidad que acuden al Hospital General Monte Sinaí, se observa que la mitad de los pacientes corresponden a la edad de cuatro años. En esta fase crucial del desarrollo, la neumonía es bastante prevalente, lo que pone de relieve la necesidad de aumentar los recursos financieros en el área de pediatría, medicina y servicios respiratorios, existen niños de uno y dos años (representa alrededor del 13% para cada edad), cuya prevalencia es menor.

El 24% de estos pacientes pertenecen a la edad de tres años, indicando un número considerable de niños en etapa preescolar que precisan este tipo de servicios. Estos datos señalan la existencia de una brecha en las políticas activas de salud pública relativas al diagnóstico y tratamiento oportuno de la neumonía en la población pediátrica.

Si unificamos las cifras vemos que el 24% de niños con neumonía adquirida perteneciente a la edad de tres años, lo que indica que la patología investigada predomina en los niños de uno a cuatro años, con una mayor relevancia en los de cuatro años.

Las niñas que representa el (53%) fue ligeramente superior en relación a niños que alcanzaron el (47%), al no existir diferencias significativas en los porcentajes de género, la atención médica debe ser igual para ambos, sin desigualdad.

El nivel socio económico y la identificación étnica revela la mayor presencia de niños con bajo nivel socio económico, lo cual es relevante que utilicen el sistema de salud público el cual es gratuito, en cuanto, a la etnia mestiza, no debería sorprender porque este grupo étnico es predominante en Ecuador. Estos hallazgos son coincidentes con lo que menciona Mendoza (2019) que referencia que las condiciones socioeconómicas precarias son un

determinante que predisponen a contraer patologías respiratorias en la población infantil.

Lo descrito, demuestra que, en el mundo, es importante que el bienestar de los niños más pequeños sea primordial, sin embargo, la prevalencia de enfermedades respiratorias en esta edad, causa preocupación, los resultados de Mendoza en 2019 demuestran una mayor proporción de infecciones respiratorias en menores de cinco años que fueron varones (57.4%). Sin embargo, en su estudio, la mayoría de los febriles con bronquiolitis no tenían neumonía lo que hace pensar que las explicaciones posibles de estas condiciones son probablemente diferentes.

Este análisis destaca que los factores sociales y económicos de manera integrada, estiman sus interacciones como determinantes clave de la salud infantil. Por ejemplo, la pobreza y la inseguridad alimenticia pueden debilitar el sistema inmunológico de los niños, incrementando su sospecha de un cuadro clínico de neumonía. En estas circunstancias explican por qué los niños de familias con menos recurso enfrentan mayores riesgos que los de familias con mayor estabilidad financiera. Estos resultados son esenciales para entender el bienestar de los niños y delimitar estrategias efectivas para prevenir la neumonía adquirida en la comunidad.

Esto coincidente con el trabajo realizado por Álvarez (2019) quien revela que la de desnutrición y falta de atención médica constituyen los factores de riesgo más importantes para la neumonía severa en pacientes pediátricos. El autor del estudio destaca las condiciones socioeconómicas y el acceso a establecimientos de salud como aspectos importantes para valorar el nivel de riesgo, en consecuencia, es crucial considerar como política pública la salud de los niños de esta edad.

Esto resultados coinciden con los hallazgos de Álvarez (2019) que identifica a la desnutrición y la deficiente atención de salud como factores de riesgo para la neumonía severa en niños menores a cinco años. Así mismo considera que para evaluar el nivel de riesgo de contraer la NAC es necesario

considerar las condiciones socioeconómicas y la disponibilidad de instalaciones de salud. subrayando, que es esencial adoptar un enfoque que incluya estos factores que prioricen de manera efectiva la salud infantil desde un enfoque integral.

Durante la investigación, se observó que la fiebre fue el síntoma más importante en los niños con neumonía adquirida en la comunidad, presente en el 52% de los niños, el malestar general representó el 46.7%, lo cual es sugestivo de un proceso infeccioso grave. La rinorrea hialina o secreciones y la tos con el 34% y 40% de los casos, respectivamente. Las complicaciones respiratorias se reportan en un 36% de los casos hace conocer que muchos de estos niños requieren atención médica de urgencia. Síntomas menos frecuentes como el dolor de garganta con ronquera son indicador de infecciones virales complicadas. Esta sintomatología requiere una evaluación clínica oportuna y conducta clínica adecuada.

Estos resultados son consistentes con lo expuesto por Manzanares (2023), que refiere que la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es la afección con mayores índices de mortalidad infantil a nivel mundial. Manzanares refiere la preponderancia de la fiebre y tos como los síntomas clásicos de la NAC. Asimismo, el autor refiere que la dificultad respiratoria es uno de los síntomas a destacar para la atención médica de la enfermedad, lo cual explica que, en la presente investigación, el 36% de casos de niños reportaron esta condición.

De acuerdo con Manzanares (2023), determinar si esta enfermedad es de origen viral o bacteriana, requiere una evaluación clínica muy detallada para asegurar un manejo adecuado del paciente. En las infecciones por bacterias son necesarias los antibióticos, mientras que para las infecciones por virus son necesarios los medicamentos antivirales. Esta diferenciación es fundamental porque las infecciones respiratorias pueden presentarse con síntomas superpuestos, lo que supone un desafío para el diagnóstico y el tratamiento exacto.

CONCLUSIONES

- El estudio sociodemográfico de los pacientes de 4 años de edad con neumonía del Hospital General Monte Sinaí demuestra que solicitar atención médica es común para los menores de cinco años. Casi todos ellos vienen de estratos socioeconómicos bajos, lo que sugiere que tienen, en diversos aspectos, poco acceso a servicios como el de salud, así como también a otras condiciones de vida. La situación da cuenta de la precariedad de estas poblaciones, en el sentido que sus condiciones de vida (pobreza) fomentan un ciclo salud-enfermedad la vida como también la calidad de vida. Así, es necesario cambiar los enfoques para la atención integral en salud, además de clínicos a otros que gestionen las condiciones socioeconómicas y políticas que determinan su salud.

- Los niños menores de 5 años son especialmente vulnerables a la neumonía adquirida en la comunidad, debido a diversos factores de riesgo que se entrelazan. Por ejemplo, aquellos con antecedentes patológicos de problemas respiratorios tienden a sufrir infecciones pulmonares recurrentes, lo que puede derivar en complicaciones graves. La pobreza, junto con una nutrición inadecuada, afecta directamente su salud, debilitando su sistema inmunológico. Además, la falta de acceso a servicios médicos de calidad agrava el problema, ya que muchos no reciben atención a tiempo. Estos factores se combinan, creando un entorno adecuado para la neumonía. Por eso, es crucial diseñar un enfoque integral que aborde tanto los desafíos sociales como los de salud relacionados con esta enfermedad (NAC).

- Esta población de pacientes pediátricos con NAC frecuentemente presenta de tos, fiebre e insuficiencia respiratoria como síntomas principales, los cuales se consideran relevantes para el seguimiento de la infección y su mortalidad. La tos puede ser seca o productiva. La Disnea, se considera una complicación de las más severas, que en

ciertos casos se puede requerir atención médica de emergencia. Además, la fatiga extrema, pérdida de apetito y congestión nasal son los síntomas que reflejan la complejidad del cuadro clínico. Lo cual evidencia la importancia del cuidado y control que se deben dar a estas enfermedades para prevenir daños mayores a la salud de los pacientes.

RECOMENDACIONES

- Se propone implementar programas médicos particularmente aquellos que se refieren a niños menores de cinco años, y especialmente a los de cuatro años de entornos menos favorecidos. Es necesario utilizar una combinación de apoyo familiar, educación en salud, servicios preventivos, atención médica de calidad y menos participación parental para lograr resultados de salud más favorables en esta población vulnerable.

- Además, se requieren extender los programas existentes para fortalecer aún más los programas de atención médica preventiva, como la promoción de la inmunización infantil y el monitoreo de niños para detectar bronquitis. También hay una necesidad de una mayor participación de los servicios de salud y servicios sociales en la mejora del estatus socioeconómico de las familias con niños al proporcionar acceso a servicios de salud y nutrición que mejoren la salud de estos niños.

- Es necesario construir un sistema de monitoreo y evaluación continua para pacientes diagnosticados con neumonía, que incluya la capacitación del personal de salud en la detección avanzada de síntomas. Esto resultaría en intervenciones más rápidas y efectivas, reducción de riesgos de complicaciones y mejora de los resultados de salud para los niños. Además, se deben proporcionar otros recursos a los cuidadores para permitirles identificar señales de alarma y buscar atención médica de manera oportuna.

REFERENCIAS

1. Abad et al, J. (2022). Neumonía adquirida en la comunidad. *Medicine, 13*(66), 3876-3884. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.med.2022.10.011
2. Aguero, C. (2020). Abordaje actualizado sobre la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. *Revista Ciencia y Salud, 4*(3), 2-12. https://doi.org/https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/148/227
3. Aguilera et al, A. (2022). Neumonía adquirida en la comunidad por Staphylococcus aureus en niños tras la vacunación antineumocócica 13-valente. *Pediatr Infect Dis J, 41*(5). https://doi.org/doi: 10.1097/INF.0000000000003503.
4. Álvarez, M. (2019). Riesgo de neumonía grave en niños menores de 5 años. *17*(3). https://doi.org/https://www.redalyc.org/journal/1804/180459045008/html/
5. Cameli, M. (2021). Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. *Pediatría en atención primaria, 22*(85), 2-10. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100005
6. Capa, J. (2023). Factores asociados a neumonía adquirida en la comunidad en menores de 5 años: revisión bibliográfica. *Ocrono, 6*(7), 1-20. https://doi.org/https://doi.org/10.58842/VBDI4260
7. De la Cruz, S. (2022). Factores de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad asociado a edad y sexo. *Revista Cubana de Pediatría, 93*, 2-20. https://doi.org/https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-neumonia-adquirida-comunidad-pautas-tratamiento-13018826

8. Del Rosal et al, T. (2020). Outcome of severe bacterial pneumonia in the era of pneumococcal vaccination. *Front Pediatr*. https://doi.org/ doi: 10.3389/fped.2020.576519.
9. Espín, A. (2019). Neumonía adquirida en la comunidad. *Revsita académica ISTCRE, 3*(1), 29-38. : https://www.revistaacademica-istcre.edu.ec/admin/postPDF/ARTICULO3.pdf
10. Faican et al, P. (2022). NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC). *Revista cientifca Tesla*. https://doi.org/https://doi.org/10.55204/trc.v9789i8788.66
11. Hedberg etal, P. (2022). Bacterial co-infections in community-acquired pneumonia caused by SARS-CoV-2, influenza virus and respiratory syncytial virus. *BMC Infect Dis, 22*(1), 1-11. https://doi.org/doi: 10.1186/s12879-022-07089-9.
12. Hermosillo, K. (2020). *Neumonía adquirida en la comunidad: diagnóstico y manejo*. Faculta de medicina Universidad Catolica de Chile: https://medicina.uc.cl/publicacion/neumonia-adquirida-en-comunidad-diagnostico-y-manejo/
13. Hernández, M. (2024). REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE IBEROAMÉRICA. *Revista Ciencias de la Salud, 1*(1), 54-62. https://doi.org/DOI: 10.54376/rcmui.v1i1.151
14. Jain et al, S. (2015). Neumonía adquirida en la comunidad que requiere hospitalización entre los niños estadounidenses. *N Engl J Med, 372*(9), 835-845.
15. Llorente et al, J. (2024). *Neumonía comunitaria*. https://www.guiaprioam.com/indice/neumonia-adquirida-en-la-comunidad/
16. Manzanares, A. (2023). Neumonía adquirida en la comunidad. *Asociación española de pediatría*(2), 151-165. https://doi.org/ISSN 2171-8172
17. Manzanares, Á. (2023). Neumonía adquirida en la comunidad. *Sociedad Española de Infectología Pediatrica*. https://doi.org/https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_neumonia_adquirida_comunidad.pdf

18. Mendoza, B. (2019). Caracterización de la infección respiratoria grave en menores de cinco años en un hospital de Medellín-Colombia. *CES MEDICINA, 32*(2). https://doi.org/https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.1
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía en pediatría.* Quito.
20. OMS. (2021). Retrieved 16 de Septiembre de 2024, from Neumonía: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail /neumonía
21. Otheo et al, E. (2022). Los virus y Mycoplasma pneumoniae son los principales agentes etiológicos de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes pediátricos hospitalizados en España. *Sociedadespañola de Infectología Pediátrica, 57*(1), 253-263. https://doi.org/ISSN 2171-8172
22. Rudan, I. O. (2019). Epidemiología y etiología de la neumonía infantil . *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 91*(5).
23. Tagarro et al, A. (2022). Una herramienta para distinguir la neumonía vírica de la bacteriana. *Pediatr Infect Dis J, 41*(1), 31-36.
24. Yépez, L. (2020). Neumonía bacteriana en niños en Ecuador: una mirada al impacto de las vacunas. *Revista Chilena de Infectología, 40*(4). https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182023000400382
25. Zar, H. y. (2020). La carga mundial de las enfermedades respiratorias: impacto en la salud infantil. *Neumología pediátrica, 49*(5).

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER,** con C.C: # 0931403802 autor/a del trabajo de titulación: Perfil Clínico y Epidemiológico del Paciente Pediátrico Menor de 5 Años con Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2020-2023**,** 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, **21** de **mayo** de **2025**

Firmado electrónicamente por:
DAVID ALEXANDER
LEMA LUCAS

_____

LEMA LUCAS DAVID ALEXANDER

C.C: **0931403802**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Perfil clínico y epidemiológico del paciente pediátrico menor de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad en el hospital general monte Sinaí en el periodo 2020-2023.		
AUTOR(ES)	DAVID ALEXANDER LEMA LUCAS		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	MONCAYO JACOME LILIANA TERESA		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	**Ciencias de la Salud**		
CARRERA:	**MEDICINA**		
TITULO OBTENIDO:	**MEDICO**		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de mayo de 2025	**No. DE PÁGINAS:**	38
ÁREAS TEMÁTICAS:	**NEUMONIA, PEDIATRIA, EPIDEMIOLOGIA**		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	NEUMONIA VIRAL, NEUMONIA BACTERIANA, PERFIL CLINICO, EPIDEMIOLOGIA, ESTANCIA HOSPITALARIA		

RESUMEN/ABSTRACT:
Este estudio tiene como objetivo determinar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes pediátricos menores de 5 años con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en el Hospital General Monte Sinaí entre enero de 2020 y diciembre de 2023. Se utilizó una metodología descriptiva mediante la revisión de historias clínicas, lo que permitió obtener datos sobre las características demográficas, factores de riesgo y síntomas clínicos de los pacientes. Los resultados revelaron una predominancia de niños de 4 años y una ligera mayoría de pacientes femeninas, quienes provienen en su mayoría de contextos socioeconómicos desfavorables. Además, se identificaron factores de riesgo significativos, como antecedentes de enfermedades respiratorias, inmunización insuficiente y acceso limitado a servicios de salud. Los síntomas clínicos más frecuentes incluyen fiebre, tos y dificultad respiratoria, lo que indica la necesidad de un monitoreo constante. La principal conclusión del estudio resalta la vulnerabilidad de esta población, enfatizando la necesidad de intervenciones integrales que aborden tanto los aspectos médicos como los determinantes sociales de la salud para mejorar el bienestar de los niños afectados.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** +593-988366582	E-mail: david.lema@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (C00RDINADOR DEL PROCESO UTE)::	**Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño**	
	Teléfono: +593-98274221	
	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):	