



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

TEMA:

**Características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños
menores de 3 años hospitalizados.**

AUTORAS:

**Mota Hidalgo Adriana Leonela
Vera Erazo Yaskara Melanie**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Mgs. Rivera Salazar Geny Margoth PhD.

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Mota Hidalgo Adriana Leonela y Vera Erazo Yaskara Melanie**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____

MGS. RIVERA SALAZAR GENY MARGOTH PHD.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LIC. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mota Hidalgo Adriana Leonela**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**, 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 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. _____
Mota Hidalgo Adriana Leonela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vera Erazo Yaskara Melanie**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**, 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 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. _____

Vera Erazo Yaskara Melanie



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Mota Hidalgo Adriana Leonela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. _____

Mota Hidalgo Adriana Leonela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Vera Erazo Yaskara Melanie

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. _____

Vera Erazo Yaskara Melanie

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Tesis Mota - Vera Final 2026 la definitiva
ID : e78e6268a26cd0572427647a169f4ff294c32900



2%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : Tesis Mota - Vera Final 2026 la definitiva.txt Tamaño del archivo original : 853,88 kB Número de palabras : 15.467	Depositante : Geny Margoth Rivera Salazar Fecha de depósito : 17 de agosto de 2026 Tipo de carga : interface fecha de fin de análisis : 17 de agosto de 2026
---	---

AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi agradecimiento en primer lugar a Dios, por la vida, la sabiduría, a su amor constante durante este proceso, por darme la fortaleza necesaria y mantenerme siempre de pie en momentos que han sido muy difíciles y sentía que ya no podía más. Por permitirme culminar con éxito esta maravillosa etapa universitaria, ya que, sin sus bendiciones, nada de esto hubiera sido posible.

A mis queridos padres Jhon Mota y Erlinda Hidalgo, por su apoyo incondicional, por ser mi guía, mi luz, mi motivación, mi fuente de inspiración para lograr cada logro que me he propuesto.

A mis queridos hermanos por su apoyo, comprensión, cariño y palabras de aliento durante este camino. Gracias por estar presentes en los momentos más importantes de mi vida y por creer siempre en mis capacidades.

Mi profundo y sincero agradecimiento a mi tutora de tesis Lcda. Genny Rivera, por haberme brindado su apoyo, paciencia y la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, además por la dedicación y guía en cada paso para la elaboración y culminación de mi tesis.

A mis amigos y compañeros de internado y trabajo hoy culmina esta maravillosa etapa, en la cual hemos compartido momentos inolvidables y hemos formado un lazo de amistad, espero volvernos a encontrar muy pronto como colegas, gracias por estar hay siempre.

DEDICATORIA

En primer lugar, agradezco a Dios por brindarme la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para culminar esta importante etapa de mi formación profesional.

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi familia, por su amor, apoyo incondicional, paciencia y confianza durante todo este proceso. Gracias por acompañarme en cada desafío, por motivarme a seguir adelante y por creer en mi incluso en los momentos más difíciles.

A mis docentes, extendiendo el más profundo reconocimiento por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, contribuyendo de manera significativa a mi formación académica, humana y profesional. Cada orientación y consejo recibido ha sido fundamental para alcanzar este logro.

A la institución educativa, por brindarme las herramientas y oportunidades necesarias para desarrollar mis capacidades y prepararme para ejercer la profesión con responsabilidad, ética, compromiso y vocación de servicio.

También agradezco a mis compañeros, amigos y a todas aquellas personas que, de una u otra manera, me brindaron su apoyo, palabras de ánimo y colaboración durante la elaboración de esta tesis.

Finalmente, agradezco a todas las personas que hicieron posible el desarrollo de este trabajo de investigación. Este logro representa no solo la culminación de una etapa académica, sino también el inicio de un camino profesional en el que llevaré siempre presente el compromiso de cuidar, servir y brindar una atención de Enfermería humanizada y de calidad.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LIC. ÁNGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, MGs.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

MGS. RIVERA SALAZAR, GENY MARGOTH PHD.
COORDINADORA DEL ÁREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LIC. CEPEDA LÓPEZ, SILVIA MARÍA, MGS.
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA	IX
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. Preguntas de investigación	6
1.3. Justificación.....	6
1.4. Objetivos	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
CAPÍTULO II	9
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL.	13
2.2.1. Laringitis aguda (CRUP)	13
2.2.2. Fisiopatología del CRUP en los menores.....	14
2.2.3. Factores predisponentes y comorbilidades asociadas	16
2.2.4. Manifestaciones clínicas del CRUP	19
2.2.5. Evaluación de gravedad clínica	21
2.2.6. Diagnóstico clínico	22
2.2.7. Tratamiento del CRUP	24
2.2.8. Complicaciones y evolución clínica del CRUP	24
2.3. MARCO LEGAL	25
2.3.1. Constitución del Ecuador	25
2.3.3. Ley Orgánica de Salud	26
CAPÍTULO III.....	27
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1. Tipo De Estudio.....	27

3.2. Nivel.....	27
3.3. Métodos.....	27
3.4. Diseño.....	27
3.4.1. Según el tiempo.....	27
3.4.2. Según la naturaleza.....	27
3.5. Población.....	27
3.6. Criterios de inclusión y exclusión.....	27
3.6.1. Criterios de inclusión.....	27
3.6.2. Criterios de exclusión.....	28
3.7. Procedimientos para la recolección de la información.....	28
3.8. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos.....	28
3.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.....	28
3.10. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	29
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1 Distribución según edad	31
Figura No. 2 Distribución según sexo	32
Figura No. 3 Distribución según lugar de residencia	33
Figura No. 4 Distribución según antecedentes de infecciones respiratorias previas.....	34
Figura No. 5 Distribución según antecedentes de alergias o asma	35
Figura No. 6 Distribución según número de episodios previos.....	36
Figura No. 7 Distribución según antecedentes familiares	37
Figura No. 8 Nivel de gravedad según la Escala Westley Croup Score	38
Figura No. 9 Distribución según síntoma principal de inicio	39
Figura No. 10 Distribución según presencia de tos seca y metálica.....	40
Figura No. 11 Distribución según estridor inspiratorio	41
Figura No. 12 Distribución según tipo de disnea.....	42
Figura No. 13 Distribución según saturación de oxígeno	43
Figura No. 14 Distribución según temperatura corporal	44
Figura No. 15 Distribución según diagnóstico clínico principal	45
Figura No. 16 Distribución según corticoides	46
Figura No. 17 Distribución según epinefrina nebulizada	47
Figura No. 18 Distribución según antipiréticos / antibióticos	48
Figura No. 19 Distribución según terapia de oxígeno.....	49
Figura No. 20 Distribución según duración de hospitalización	50
Figura No. 21 Distribución según necesidad de UCI.....	51
Figura No. 22 Distribución según resultado al egreso	52

RESUMEN

La laringitis aguda o CRUP es una enfermedad respiratoria frecuente en la infancia, principalmente entre los seis meses y tres años, caracterizada por inflamación de la vía aérea superior, tos seca y metálica, estridor inspiratorio y dificultad respiratoria en los casos de mayor gravedad. **Objetivo:** Determinar las características clínicas de la laringitis aguda (CRUP) en niños menores de 3 años hospitalizados en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”. **Diseño metodológico:** Estudio con enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño retrospectivo y de corte transversal. **Población:** 243 niños menores de 3 años hospitalizados con diagnóstico de laringitis aguda en el servicio de pediatría del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante” durante el año 2024. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Matriz de observación indirecta y Escala Westley Croup Score. **Resultados:** Predominaron los niños de 12 a 23 meses (46%), con una edad promedio de 16,99 meses, el sexo masculino (64%) y la residencia urbana (80%). Como antecedente respiratorio destacó la bronquiolitis (51%). Entre las manifestaciones clínicas, el 89% presentó tos seca y metálica, el 85% estridor inspiratorio y el 49% disnea moderada; además, el 78% tuvo diagnóstico de laringotraqueítis y el 52% presentó un nivel moderado de gravedad. En cuanto al tratamiento, el 95% recibió corticoides, el 57% epinefrina nebulizada y el 62% antipiréticos o antibióticos. **Conclusión:** El CRUP hospitalizado predominó durante el segundo año de vida y presentó principalmente manifestaciones respiratorias características, con gravedad moderada según la Escala Westley Croup Score. El manejo estuvo basado principalmente en medidas farmacológicas, mientras que la mayoría de los pacientes no requirió terapia de oxígeno.

Palabras clave: Laringitis aguda; CRUP; Estridor; Laringotraqueítis; Escala Westley Croup Score.

ABSTRACT

Acute laryngitis, or croup, is a common respiratory illness in childhood, primarily between six months and three years of age, characterized by inflammation of the upper airway, a dry, metallic cough, inspiratory stridor, and respiratory distress in more severe cases. **Objective:** Determine the clinical characteristics of acute laryngitis (CRUP) in children under 3 years of age hospitalized at the "Dr. Francisco de Icaza Bustamante" Children's Hospital. **Methodological design:** A quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional study. **Population:** 243 children under 3 years of age hospitalized with a diagnosis of acute laryngitis in the pediatric service of the "Dr. Francisco Icaza Bustamante" Children's Hospital during 2024. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Indirect observation matrix and Westley Croup Score. **Results:** The majority of children were between 12 and 23 months old (46%), with a mean age of 16.99 months, male (64%), and residing in urban areas (80%). Bronchiolitis was the most common respiratory condition (51%). Clinical manifestations included a dry, hacking cough (89%), inspiratory stridor (85%), and moderate dyspnea (49%). Laryngotracheitis was diagnosed in 78% of patients, and 52% presented with moderate severity. Treatment consisted of corticosteroids (95%), nebulized epinephrine (57%), and antipyretics or antibiotics (62%). **Conclusion:** Hospitalized croup was most prevalent during the second year of life and primarily presented with characteristic respiratory manifestations, with moderate severity according to the Westley Croup Score. Management was mainly based on pharmacological measures, and most patients did not require oxygen therapy.

Key word: Acute laryngitis; Croup; Stridor; Laryngotracheitis; Westley Croup Score.

INTRODUCCIÓN

La laringitis aguda o crup, es una enfermedad que afecta con mayor frecuencia a los niños entre los seis meses y tres años de edad, aunque también puede aparecer en cualquier momento y es más común durante las estaciones de invierno o de otoño; esta enfermedad afecta las vías respiratorias y suele causar la tos tipo “perruna”, ruido al respirar y dificultad respiratoria cuando el cuadro es más grave(1); esta se presenta con mayor frecuencia con una evolución leve y mejor por sí sola, pero algunos niños pueden presentar mayor dificultad para respirar y necesitar atención hospitalaria y tratamiento especializado(2).

En este contexto, el crup puede causar molestias leves o puede evolucionar hacia cuadros que afectan con mayor intensidad las vías respiratorias, teniendo relación con infecciones causadas por virus, principalmente la para influenza; entre sus manifestaciones más comunes están la tos metálica y el ruido al respirar, los cuales ayudan a orientar el diagnóstico; durante la valoración también se debe descartar otras enfermedades o la presencia de cuerpos extraños, debido a que pueden dificultar el paso del aire y necesitar de una intervención inmediata(3).

En cuanto al tratamiento, en la parte inicial se incluyen corticosteroides para disminuir la inflamación y, cuando existe mayor dificultad para respirar, puede utilizarse epinefrina nebulizada para conseguir un alivio rápido; la mayoría de los menores puede mostrar una evolución favorable, aunque en algunos casos pueden aparecer complicaciones como la neumonía o la infección de la tráquea; cuando hay niveles bajos de oxígeno o existe mayor esfuerzo para respirar, se requiere que haya una vigilancia más cercana y que se haga el ingreso hospitalario(4).

Por esta razón, este estudio es importante porque permitirá conocer las características clínicas que presentan con mayor frecuencia los niños mejores de tres años hospitalizados por laringitis aguda (crup), facilitando

así el reconocimiento de los casos y una atención oportuna; también ayudará a prevenir complicaciones respiratorias y mejorar el uso de los recursos disponibles en la atención pediátrica; de esta manera los resultados podrán servir como apoyo para la mejora de los protocolos y la preparación del personal de salud encargado de atender a estos pacientes(5).

El propósito del presente estudio es describir las características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños menores de tres años hospitalizados, con el fin de generar evidencia que permita mejorar la atención médica y la respuesta terapéutica en esta población vulnerable. A través de este análisis se busca aportar información útil para la detección precoz, el manejo adecuado y la reducción de complicaciones, favoreciendo una recuperación más rápida y segura en los pacientes pediátricos afectados por esta patología respiratoria.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La laringitis aguda mantiene una presencia frecuente durante los primeros años de vida, representando además una causa de atención médica y hospitalización en la población infantil; a nivel mundial, su incidencia anual está entre el 3% y el 5% en menores de cinco años, con más frecuencia en el segundo año de vida; además, representa cerca del 7% de las hospitalizaciones por fiebre o enfermedades respiratorias agudas, afectando con más frecuencia a los varones, alcanzando una proporción de 1,4 a 1,5 casos por cada niña afectada(6).

En Europa, se registra que la laringitis aguda alcanza una incidencia del 6% en los menores, con más frecuencia entre los seis meses y los tres años de vida, aunque también se han dado casos en que predomina esta enfermedad en niños que son más pequeños y en adolescentes; en Bélgica, el 16% de los niños que tenía entre cinco y ocho años de edad, había presentado por lo menos un episodio de crup, mientras que el 5% tuvo más de tres episodios durante su infancia(7).

Cabe señalar que durante los meses de otoño e invierno, se incrementan los casos de crup en los países europeos, debido a que en estas épocas también existe mayor circulación de estos virus respiratorios; aunque la frecuencia puede cambiar entre un países y otro, esta enfermedad sigue siendo una causa común de mayor atención médica infantil durante las estaciones de frío, incrementando así la demanda de los servicios pediátricos; este comportamiento refleja la necesidad de seguir llevando los controles y desarrollar medidas de prevención dirigidas a la población infantil(8).

En Ecuador, las infecciones respiratorias agudas continúan predominando entre las principales causas de hospitalización en la población infantil; sin

embargo, existe poca información específica sobre la laringitis aguda o crup, dado a que los registros nacionales, la incluyen dentro del grupo de estas infecciones; según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, las enfermedades respiratorias ocupan el quinto lugar entre las causas de mortalidad en el país, mostrando la importancia que mantienen dentro de la salud pública(9).

A nivel institucional, en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante” de la ciudad de Guayaquil, es frecuente el ingreso de menores de dos años con tos seca y metálica, ruido al respirar, molestias que suelen aumentar durante la noche y llevan a buscar atención médica; también pueden presentar niveles bajos de oxígeno, fiebre y mayor dificultad para respirar, aumentando así la necesidad de hospitalización, más cuando hay mayor compromiso de las vías respiratorias.

Además, durante las épocas de invierno, los casos de crup aumentan, predominando las infecciones causadas por virus; aunque gran parte de los niños presenta una evolución favorable, algunos pueden tener dificultades para respirar, aumentando así la estancia hospitalaria y el riesgo de complicaciones, como la traqueítis o neumonía; cabe señalar que la falta de registros específicos, dificulta conocer la cantidad real de casos, debido a que muchos son incluidos dentro de las infecciones respiratorias agudas, por lo que es necesario describir las características clínicas que presentan los niños menores de tres años con esta enfermedad.

Por esta razón, el estudio se desarrolla dentro de la línea de investigación “Promoción y prevención de la salud infantil”, al abordar una enfermedad respiratoria frecuente durante los primeros años de vida y aportar información sobre sus principales características clínicas.

1.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los niños menores de 3 años hospitalizados con diagnóstico de laringitis aguda (crup) en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”?
- ¿Qué comorbilidades relacionados con enfermedades respiratorias presentan los niños diagnosticados con laringitis aguda (crup) en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”?
- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas predominantes al ingreso hospitalario en los pacientes con laringitis aguda (crup) en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”?
- ¿Qué tratamiento médico reciben los pacientes con laringitis aguda (crup) durante su hospitalización en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”?

1.3. Justificación

La presente investigación tiene como propósito conocer las características clínicas de la laringitis aguda o crup en niños menores de tres años hospitalizados; la necesidad de desarrollar este estudio parte de contar con información que sea actual sobre la forma en que esta afecta a la población infantil, considerando que es una causa frecuente de hospitalización y que su atención depende del reconocimiento adecuado de los signos y síntomas; para ello, serán revisados los datos registrados en las historias clínicas, buscando describir las condiciones que presentan estos pacientes durante su hospitalización(10).

Desde el punto de vista científico, este estudio permitirá contar con información obtenida directamente de los registros clínicos sobre la laringitis aguda en la población infantil; estos datos podrán servir como referencia para futuras investigaciones, trabajos académicos o estudios

que analicen otros aspectos relacionados con esta enfermedad; además, podrán ser utilizados como fuente de consulta por profesionales de salud y personas interesadas en conocer con mayor detalle la atención de los niños con problemas respiratorios(11).

En cuanto a su relevancia social, este estudio permitirá conocer cómo afecta la laringitis aguda a los niños que necesitan hospitalización; mediante la revisión de sus registros clínicos, será posible conocer con mayor claridad la forma en que llegan estos pacientes y las necesidades de atención que presentan dentro del hospital; esta información también puede ayudar a que la comunidad tenga más conocimiento sobre la frecuencia y evolución de las enfermedades respiratorias durante los primeros años de vida(12).

Los principales beneficiarios de esta investigación son los profesionales de salud y los estudiantes de enfermería, quienes podrán utilizar los resultados como apoyo para futuros trabajos o actividades académicas; la institución hospitalaria también contará con datos sobre estas condiciones clínicas que se presentan con mayor frecuencia en estos menores; de esta forma, los datos obtenidos podrán contribuir para mejorar los conocimientos sobre esta enfermedad y apoyar la actualización del personal persona que está a cargo de su atención.

De esta manera, la importancia de esta investigación se relaciona con el uso de la información recopilada de los registros clínicos, sin realizar cambios en la atención que reciben; los resultados permitirá describir las principales condiciones clínicas que presentan los niños con laringitis aguda, sirviendo como material de consulta para estudiantes, profesionales y para la institución hospitalaria; además esta información puede ser utilizada como base para futuras investigaciones, capacitaciones o estudios relacionados con la atención de esta enfermedad en niños pequeños.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General.

Determinar las características clínicas de la laringitis aguda (CRUP) en niños menores de 3 años hospitalizados en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Describir las características sociodemográficas de los niños menores de 3 años hospitalizados con diagnóstico de laringitis aguda (crup) en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”.
- Identificar las comorbilidades relacionadas con enfermedades respiratorias en los niños diagnosticados con laringitis aguda (crup) en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”.
- Analizar las manifestaciones clínicas predominantes al ingreso hospitalario en los pacientes con laringitis aguda (crup) en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”.
- Describir el tratamiento médico recibido durante la hospitalización de los pacientes con laringitis aguda (crup) en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Un estudio desarrollado por Choi et al.(53), con el objetivo de estudiar las características clínicas del crup en niños, considerando aspectos como la edad, las manifestaciones clínicas, la gravedad y la necesidad de hospitalización. Para ello, realizaron una investigación retrospectiva mediante la revisión de registros de pacientes pediátricos atendidos con diagnóstico de crup. Los resultados mostraron diferentes grados de gravedad, principalmente en los niños que presentaban mayor dificultad respiratoria, quienes necesitaron con más frecuencia corticosteroides y epinefrina nebulizada durante la atención. Los autores señalaron que los cuadros de mayor intensidad requieren una vigilancia más cercana, debido a la posibilidad de necesitar tratamiento adicional y hospitalización. Este estudio aporta evidencia sobre la relación entre las manifestaciones clínicas, la gravedad y el tratamiento recibido, permitiendo comparar los signos presentes al ingreso hospitalario y las medidas terapéuticas utilizadas en niños menores de tres años con laringitis aguda.

Asimismo, la investigación de Kim et al.(13) examinó las características de pacientes pediátricos con crup que necesitaron hospitalización después de recibir atención en emergencias. El estudio fue retrospectivo e incluyó a 212 pacientes de un hospital de Corea, con una edad promedio de 14 meses. Entre los principales, el 22,1% requirió ingreso para continuar el tratamiento, mientras que la taquicardia, la taquipnea, la disminución del volumen urinario y la retracción torácica estuvieron relacionadas de forma significativa con la hospitalización. A partir de estos datos, concluyen que dichos signos pueden indicar una obstrucción persistente de la vía aérea y un mayor riesgo de insuficiencia respiratoria. Este estudio aporta evidencia sobre los signos clínicos vinculados con la gravedad del crup, siendo útil

para la presente investigación porque permite comparar las manifestaciones observadas en menores de tres años y reconocer cuáles condiciones pueden relacionarse con una mayor necesidad de vigilancia hospitalaria.

De igual manera, Yaşar et al.(14), analizaron las características y los factores relacionados con la evolución del crup recurrente en niños menores de seis años, tomando en cuenta información clínica y demográfica de pacientes pediátricos con varios episodios de esta enfermedad. Estudio de diseño retrospectivo que permitió revisar antecedentes, condiciones previas y diferencias en la evolución de los cuadros. Los resultados mostraron que algunas características de los niños y ciertos antecedentes podían estar relacionados con una mayor recurrencia, por lo que los autores destacaron la importancia de conocer la historia clínica del paciente cuando los episodios se repiten. Este estudio aporta evidencia sobre la relación entre antecedentes previos y recurrencia del crup, lo cual resulta útil para la presente investigación porque permite sustentar el análisis de la edad, las comorbilidades, las condiciones respiratorias previas y los episodios anteriores presentes en niños menores de tres años hospitalizados con laringitis aguda.

Por otra parte, un estudio desarrollado por Di Cicco et al.(15) abordó el tratamiento del crup pediátrico a partir de la evidencia disponible y de las recomendaciones de la Sociedad Italiana de Enfermedades Respiratorias Infantiles. Mediante una declaración de consenso basada en la revisión de la literatura sobre el edema laríngeo viral, los autores señalaron que el crup es frecuente durante los primeros años de vida y que la ausencia de guías estandarizadas favorece diferencias en la forma de tratar a los pacientes. Entre las principales recomendaciones, los corticosteroides sistémicos fueron considerados como tratamiento de primera línea, debido a que disminuyen la necesidad de nuevas consultas por persistencia de los síntomas. Los autores concluyeron que la aplicación de recomendaciones comunes puede mejorar el manejo de estos niños. Este estudio aporta evidencia sobre la relación entre valoración clínica y tratamiento, respaldando el análisis de las

manifestaciones presentes al ingreso y de los medicamentos utilizados durante la hospitalización.

En este sentido, Fasseeh et al.(16), estudiaron a niños con episodios recurrentes de crup atendidos en un hospital pediátrico, con el propósito de conocer los hallazgos y condiciones asociadas a la repetición de esta enfermedad. La investigación fue retrospectiva y utilizó los registros de pacientes con varios episodios, considerando antecedentes y alteraciones relacionadas con las vías respiratorias. Durante el análisis, los autores encontraron que algunos niños presentaban enfermedades o condiciones asociadas que podían acompañar la recurrencia del crup, por lo que destacaron la importancia de revisar los antecedentes respiratorios cuando estos cuadros aparecen repetidamente. Este antecedente aporta evidencia sobre las comorbilidades y condiciones previas presentes en pacientes con crup recurrente, siendo útil para la presente investigación porque respalda el análisis de antecedentes respiratorios, episodios anteriores y otras enfermedades relacionadas, variables que permiten describir con mayor claridad las condiciones clínicas de los niños menores de tres años hospitalizados con laringitis aguda.

De igual modo, Lam y Lam(17), analizaron la relación entre la variante Ómicron y el crup en niños atendidos en un hospital de Hong Kong, considerando edad, sexo, antecedentes de crup, enfermedades respiratorias previas, gravedad, tratamiento, duración de la hospitalización y necesidad de cuidados intensivos. A partir de la revisión de registros clínicos, encontraron que el 56,7% de los niños del grupo con Ómicron presentó cuadros moderados o graves, mientras que en aquellos sin COVID-19 esta proporción fue del 24,8%. También revisaron los medicamentos utilizados y el apoyo respiratorio recibido durante la atención, observando una mayor gravedad en los casos asociados con Ómicron. Este estudio aporta evidencia sobre la relación entre antecedentes, gravedad y tratamiento en niños con crup, siendo útil para la presente investigación porque permite comparar características sociodemográficas, enfermedades respiratorias previas, manifestaciones

clínicas y manejo hospitalario en menores de tres años, incluyendo la necesidad de tratamientos y vigilancia según la intensidad del cuadro.

Por otro lado, Asmundsson et al.(18) analizaron la evolución hospitalaria de niños con crup después de recibir atención y tratamiento inicial en el área de emergencias. El estudio incluyó 628 hospitalizaciones de pacientes entre seis meses y cinco años, quienes habían recibido por lo menos una dosis de epinefrina antes del ingreso. Durante la hospitalización, el 22,6% necesitó alguna intervención adicional, principalmente nuevas dosis de epinefrina, mientras que el 77,4% no requirió otras medidas importantes después de su ingreso; además, los niños que no necesitaron intervenciones adicionales tuvieron una estancia promedio menor a 24 horas, con 18,8 horas. La taquipnea al momento de llegar a emergencias estuvo relacionada con una mayor necesidad de tratamiento posterior. Este estudio aporta evidencia sobre la evolución clínica y las necesidades de tratamiento durante la hospitalización por crup, permitiendo relacionar los signos presentes al ingreso con la atención posterior y el tiempo de permanencia hospitalaria.

La investigación de Anjum et al.(19) abordó la evaluación, el diagnóstico y el manejo del crup, considerando también los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad. Mediante una revisión clínica, los autores señalaron que el crup afecta al 3% de la población infantil cada año y que las admisiones pueden aumentar un 50% durante las epidemias de para influenza. También indicaron que los síntomas suelen resolverse en 48 horas, aunque entre el 1% y el 3% de los casos con insuficiencia respiratoria inminente requieren intubación. En cuanto al tratamiento, destacaron el uso combinado de dexametasona y epinefrina nebulizada por su respuesta favorable en los pacientes. Este antecedente aporta evidencia sobre la frecuencia, evolución y gravedad del crup en la infancia, resultando pertinente para la presente investigación porque respalda el análisis de los signos clínicos en niños pequeños hospitalizados y permite comprender la importancia de reconocer oportunamente los cuadros que pueden avanzar hacia una mayor dificultad respiratoria.

En complemento, Song et al.(20), analizaron las diferencias en el manejo del crup entre pediatras y médicos de emergencias mediante la revisión retrospectiva de 1.676 registros médicos de niños previamente sanos atendidos en un hospital terciario. Los resultados mostraron una mayor adherencia a los algoritmos por parte de los médicos de emergencias, quienes utilizaron monoterapia con dexametasona en el 30,54% de los casos, frente al 3,57% registrado entre los pediatras. También encontraron que el uso apropiado de epinefrina nebulizada según la escala de Westley fue del 77,64% en emergencias y del 57,89% en pediatría. Los autores señalaron que la especialidad médica influye en la aplicación del tratamiento. Este estudio aporta evidencia sobre cómo la valoración de la gravedad orienta las decisiones terapéuticas, siendo útil para la investigación porque respalda el análisis de las manifestaciones clínicas y del tratamiento recibido por los menores de tres años hospitalizados con crup durante su atención hospitalaria.

2.2. MARCO CONCEPTUAL.

2.2.1. Laringitis aguda (CRUP)

La laringitis aguda o CRUP, tiene origine viral, afecta a la región subglótica de la laringe, causando inflamación y estrechamiento de la vía aérea superior; entre sus manifestaciones está la tos perruna o metálica, disfonía, estridor inspiratorio y dificultad respiratoria, que pueden aparecer después de un cuadro de catarro; su intensidad puede variar desde formas leves hasta casos con mayor compromiso respiratorio, dependiendo del grado de inflamación; debido a que la vía aérea infantil es más estrecha, incluso una inflamación moderada puede dificultar el paso del aire y requerir vigilancia médica(21).

La laringitis viral afecta la laringe y se relaciona con infecciones respiratorias altas, causando dolor de garganta, ronquera leve y dificultad respiratoria; la laringotraqueitis aguda compromete también la traquea y puede causar tos ronca, estridor inspiratorio y mayor dificultad para

respirar; mientras que la laringotraqueobronquitis afecta los bronquios y puede acompañarse de secreciones, mayor inflamación y riesgo de obstrucción de la vía respiratoria; estas formas se diferencian por la extensión de las zonas afectadas y la intensidad de sus manifestaciones(21).

En el caso de los niños menores de tres años, la laringitis aguda puede presentar mayor riesgo, debido a que la vía aérea infantil es más estrecha, blanda y puede cerrarse con mayor facilidad cuando hay inflamación; incluso un edema moderado puede disminuir el espacio para el paso del aire y favorecer la aparición de estridor inspiratorio, tiraje intercostal y dificultad respiratoria, síntomas que se pueden agravar durante la noche; por esta razón, la evolución del cuadro necesita vigilancia y valoración continua, debido a que la obstrucción puede avanzar y afectar la respiración del niño(22).

2.2.2. Fisiopatología del CRUP en los menores

En los niños, la vía aérea tiene características que favorecen la obstrucción, debido a que la laringe es más reducida, tiene una forma más cilíndrica y se ubica en posición más alta que en los adultos; además el cartílago cricoides forma la zona más estrecha y rígida de la región subglótica, limitando su expansión cuando existe inflamación; por esta razón, un pequeño aumento del grosor de la mucosa puede disminuir el espacio disponible para el paso del aire, aumentando la resistencia respiratoria y favoreciendo la aparición temprana de estridor y dificultad para respirar(23).

En los niños, los tejidos que están debajo de la mucosa son menos fibrosos y tienen mayor cantidad de vasos sanguíneos, lo que facilita la formación de edema durante las infecciones respiratorias virales; además, la tráquea infantil es más corta, flexible y de menor diámetro, aumentando la posibilidad de un cierre parcial durante el esfuerzo respiratorio; estas características hacen que la inflamación laríngea tenga un mayor efecto sobre la respiración y pueda avanzar con rapidez, provocando alteraciones

en la ventilación; por ello, los cuadros obstructivos necesitan una vigilancia cercana durante su evolución clínica(23).

La inflamación subglótica del CRUP comienza luego del ingreso de virus respiratorios que causan una respuesta local en la mucosa de la laringe; este proceso aumenta la circulación sanguínea y favorece la acumulación de líquido en los tejidos, produciendo edema y secreciones espesas en la región afectada; como resultado, se disminuye el espacio disponible para que pueda pasar el aire y aumenta la resistencia respiratoria, más durante la inspiración; la intensidad de esta obstrucción puede variar según el grado de inflamación y la forma en que responde cada niño frente a la infección viral(24).

El edema subglótico puede causar una obstrucción debido a que el cartílago cricoides limita la expansión de esta zona cuando aumenta la inflamación; junto con el edema, también pueden aparecer secreciones espesas y espasmo laríngeo, aumentando todavía más la dificultad para respirar; cuando la obstrucción avanza, puede presentarse una disminución leve del oxígeno que puede empeorar si el paso del aire continúa reduciéndose; estos cambios explican la aparición rápida de las principales manifestaciones del CRUP y la necesidad de realizar una valoración oportuna cuando el cuadro respiratorio empieza a aumentar en intensidad(24).

El estridor inspiratorio aparece cuando el aire pasa por una vía aérea superior que sea estrechado por la inflamación de la glotis y subglotis; durante la inspiración, estas estructuras se pueden cerrar parcialmente y generan una vibración irregular de los tejidos de la laringe, produciendo un sonido agudo, áspero y audible; su intensidad suele aumentar conforme existe mayor estrechamiento de la vía respiratoria, por lo que la presencia continua de estridor puede indicar un mayor compromiso para el paso del aire y requiere una valoración clínica cuidadosa para conocer la gravedad del cuadro respiratorio del niño(25).

La tos metálica o perruna se da por el esfuerzo del organismo para expulsar aire a través de una vía respiratoria inflamada y estrecha; este movimiento genera una vibración intensa de las cuerdas vocales y de la parte superior de la tráquea, produciendo un sonido ronco, seco y característico; la inflamación de la región subglótica también influye en la forma en que aparece este tipo de tos, relacionada con la obstrucción y el mayor esfuerzo para respirar; su presencia desde las primeras etapas ayuda a orientar el diagnóstico y diferenciarlo de otras infecciones respiratorias(25).

La evolución del CRUP comienza con síntomas de una infección respiratoria alta, como congestión nasal, secreción nasal, malestar general y fiebre leve; luego de algunas horas o uno o dos días, pueden aparecer ronquera y tos, mientras que el aumento de la inflamación favorece la presencia de estridor inspiratorio y dificultad respiratoria; estas manifestaciones suelen aumentar durante la noche, cuando puede existir un mayor estrechamiento de la vía aérea; por esta razón, la progresión de los síntomas requiere una vigilancia cercana, principalmente en los niños pequeños que presentan mayor dificultad para respirar(26).

En los casos moderados o graves pueden aparecer respiración rápida, uso de músculos accesorios, retracciones intercostales y disminución del oxígeno; cuando la obstrucción avanza sin tratamiento, puede haber cansancio respiratorio, cambios en el estado de conciencia e incluso coloración azulada de la piel; con un manejo adecuado, la mejoría se presenta entre tres y cinco días conforme disminuye la inflamación, aunque la tos puede mantenerse por algunos días adicionales; esta evolución permite valorar la gravedad del cuadro y orientar las decisiones de tratamiento durante la hospitalización del paciente pediátrico(26).

2.2.3. Factores predisponentes y comorbilidades asociadas

Antecedentes respiratorios

Antecedentes de infecciones respiratorias previas: En los niños estos pueden favorecer a la aparición de nuevos episodios, debido a que las vías

respiratorias quedan sensibles ante nuevas infecciones virales; la repetición de estos cuadros puede mantener una mayor respuesta inflamatoria en la región de la laringe y facilitar la inflamación subglótica; por esta razón, conocer si el niño ha presentado infecciones respiratorias frecuentes permite valorar mejor sus antecedentes y considerar la posibilidad de recurrencia, principalmente cuando existen episodios previos que afectan repetidamente las vías respiratorias superiores(27).

Los niños con antecedentes de bronquiolitis, faringitis, laringitis o traqueítis pueden presentar mayor riesgo de nuevos episodios de CRUP, debido a que las infecciones previas mantienen más sensibles las vías respiratorias y favorecen la acumulación de secreciones; también pueden influir factores como la asistencia a guarderías o el contacto con hermanos mayores, especialmente durante épocas con mayor presencia de infecciones respiratorias; por ello, estos antecedentes deben considerarse durante la valoración, ya que pueden relacionarse con cuadros de mayor intensidad y necesidad de vigilancia cercana ante la aparición de estridor o tos perruna(28).

Número de episodios previos: La presencia de varios episodios anteriores se relaciona con una mayor posibilidad de recurrencia, dado a que cada episodio mantiene la inflamación de la laringe y puede favorecer que la vía respiratoria responda con mayor intensidad ante nuevas infecciones virales; así mismo los niños con antecedentes frecuentes pueden presentar tos metálica más marcada; por esto, conocer y registrar la cantidad de episodios previos resulta útil durante la valoración clínica, especialmente para orientar la atención en los servicios de urgencias pediátricas(28).

Un mayor número de episodios previos también puede reflejar una exposición repetida a virus como para influenza y otros agentes respiratorios, favoreciendo nuevos procesos de inflamación en la región subglótica; cuando estos cuadros aparecen varias veces durante el año, la recuperación puede ser más lenta y aumentar la necesidad de apoyo

respiratorio durante las crisis más intensas; además, la repetición de los episodios puede estar relacionada con factores genéticos o ambientales, entre ellos la exposición al humo del tabaco, por lo que estos antecedentes deben considerarse durante la evaluación del niño(28).

Condiciones alérgicas y familiares

Antecedentes de alergias o asma: Los niños con rinitis alérgica, eczema o asma pueden presentar una mayor respuesta inflamatoria durante las infecciones respiratorias, favoreciendo la inflamación de la región subglótica y aumentando la dificultad para respirar; además, la presencia de asma puede agravar el esfuerzo respiratorio cuando también existe estrechamiento de las vías respiratorias; estas condiciones pueden hacer que cuadros inicialmente leves presenten estridor más persistente y tos de mayor intensidad; por esta razón, conocer estas condiciones previas permite valorar mejor al niño y orientar el uso de corticosteroides durante los episodios agudos de CRUP(29).

En aquellos con historia alérgica o asmática, la inflamación se puede mantener después de una infección viral y aumentar la sensibilidad de la vía respiratoria; también pueden aparecer espasmos y secreciones más espesas, dificultando el paso del aire y aumentando el riesgo de hospitalización; algunos factores ambientales, como los ácaros o el polen, pueden actuar junto con las infecciones virales y favorecer nuevos episodios; por esta razón, el control de estos factores y el tratamiento adecuado pueden ayudar a disminuir la recurrencia y favorecer una evolución clínica más estable en la población infantil(29).

Antecedentes familiares: La presencia de asma, alergias o laringitis recurrente en familiares aumenta la posibilidad de que el niño presente CRUP, debido a una mayor sensibilidad frente a las infecciones respiratorias; esta relación puede estar influida tanto por características heredadas como por condiciones ambientales que se comparten; cuando existen familiares con problemas respiratorios, el niño puede presentar una respuesta inflamatoria más intensa; por esta razón, conocer la historia

familiar permite valorar mejor el riesgo y mantener una vigilancia más cercana en aquellos menores con mayor predisposición(30).

La presencia de enfermedades alérgicas o respiratorias en padres y hermanos también puede relacionarse con una mayor frecuencia de episodios de CRUP; además, compartir el mismo ambiente puede aumentar la exposición a virus e irritantes respiratorios, favoreciendo cuadros intensos; en algunos casos, esta combinación puede relacionarse con una evolución más rápida hacia estridor grave y mayor necesidad de vigilancia; por ello, conocer estas condiciones dentro de la familia ayuda a orientar medidas preventivas, como evitar irritantes y mantener las vacunas al día, principalmente en niños con mayor riesgo(30).

2.2.4. Manifestaciones clínicas del CRUP

Síntomas iniciales

Estos síntomas suelen aparecer después de un resfriado común, iniciando con tos ronca, secreción nasal, fiebre leve y cambios en la voz; posteriormente puede presentarse estridor inspiratorio y dificultad respiratoria, que aumentan durante la noche y pueden empeorar con el llanto o la agitación; estos signos están relacionados con la inflamación de las vías respiratorias y el mayor esfuerzo que realiza el niño para respirar; reconocer esta progresión permite buscar atención médica de manera oportuna y evitar que el cuadro avance hacia una dificultad respiratoria de mayor intensidad(31).

La tos seca y metálica es una de las principales manifestaciones del CRUP, producida por la inflamación de la laringe y el paso forzado del aire; suele presentarse sin secreciones, con un sonido parecido a un ladrido y mayor intensidad durante la noche, afectando el descanso del niño; además, puede acompañarse de estridor y aumentar con la inquietud o el llanto; su presencia permite diferenciar este cuadro de otras infecciones respiratorias y orientar la valoración de la gravedad, principalmente cuando persiste o aumenta a pesar de las medidas iniciales(32).

Signos respiratorios

El estridor inspiratorio y la dificultad respiratoria pueden variar según la gravedad del CRUP, desde formas leves hasta cuadros severos con sonido constante, tiraje, uso de músculos accesorios, agitación o coloración azulada; ambos signos pueden aumentar por el llanto, la ansiedad o la fiebre, indicando mayor dificultad para el paso del aire; su valoración permite conocer la intensidad del cuadro y orientar la atención que necesita el niño, desde observación en casos leves hasta apoyo con oxígeno y vigilancia más cercana cuando existe mayor compromiso respiratorio(33).

La dificultad respiratoria puede avanzar desde formas leves hasta cuadros graves con retracciones y mayor riesgo de agotamiento respiratorio; al inicio, la saturación de oxígeno suele mantenerse dentro de valores adecuados, aunque puede disminuir conforme aumenta la obstrucción y el esfuerzo para respirar; por esta razón, controlar la frecuencia respiratoria, los movimientos del tórax y la saturación permite valorar la gravedad y reconocer de manera temprana un posible deterioro, orientando desde medidas de vigilancia en casos leves hasta oxígeno o apoyo respiratorio cuando existe mayor compromiso(34).

La saturación de oxígeno suele mantenerse normal en los casos leves de CRUP, mientras que valores bajos en reposo pueden indicar mayor compromiso respiratorio y necesidad de apoyo; además, la fiebre suele presentarse de forma moderada durante varios días como parte de la infección viral, acompañando las manifestaciones respiratorias; controlar ambos parámetros permite valorar la evolución del niño, identificar un posible deterioro y reconocer complicaciones cuando la fiebre persiste o aumenta, mientras que el uso de antipiréticos ayuda a reducir el malestar y la respiración acelerada asociada(34).

La fiebre en el CRUP suele ser leve y aparece como parte de la infección, sin acompañarse de escalofríos intensos o somnolencia; esta disminuye en pocos días conforme mejora el proceso inflamatorio, mientras que los antipiréticos ayudan a controlar el malestar y reducir el riesgo de

deshidratación cuando existe respiración acelerada; la desaparición de la fiebre forma parte de la evolución favorable del cuadro y puede acompañar la recuperación clínica del niño, principalmente cuando también disminuyen las manifestaciones respiratorias presentes durante la enfermedad(34).

2.2.5. Evaluación de gravedad clínica

La gravedad puede valorarse mediante escalas que consideran signos como estridor inspiratorio, retracciones torácicas, coloración azulada, nivel de conciencia y entrada de aire; entre las más utilizadas están la escala de Westley y la de Talu, que asignan una puntuación según la condición del niño; su aplicación permite clasificar el cuadro, controlar los cambios durante la atención y orientar decisiones sobre observación, hospitalización o necesidad de mayor apoyo respiratorio, facilitando también una valoración más uniforme entre los profesionales de salud(35).

Nivel de gravedad (score)

El score de gravedad permite valorar el compromiso respiratorio mediante una puntuación basada en la intensidad de los principales signos del CRUP; los valores bajos corresponden a cuadros leves con menor obstrucción, mientras que las puntuaciones altas indican mayor dificultad respiratoria y riesgo de complicaciones; esta clasificación ayuda a diferenciar los casos leves, moderados y graves, orientando la necesidad de vigilancia y tratamiento oportuno(35).

- Leve (≤ 2): El niño presenta estridor ausente o solamente durante el llanto, sin retracciones ni coloración azulada, manteniendo una respiración adecuada, estado de alerta y alimentación normal; este nivel indica una obstrucción leve y permite manejo ambulatorio con corticosteroides, hidratación y vigilancia en el hogar; los padres deben observar cualquier aumento de la dificultad respiratoria, principalmente durante la noche, y acudir nuevamente si los síntomas empeoran(36).
- Moderado (3–5): El estridor puede escucharse incluso en reposo, acompañado de retracciones leves o moderadas y respiración acelerada, aunque el niño mantiene un nivel normal de conciencia y

una saturación adecuada; este grado requiere tratamiento con epinefrina nebulizada y corticosteroides, además de observación hospitalaria durante las primeras horas; el seguimiento permite valorar la respuesta y reconocer oportunamente cualquier aumento de la dificultad respiratoria(36).

- Severo (6–11): El niño presenta estridor intenso, retracciones marcadas, menor entrada de aire, coloración azulada y cansancio progresivo, pudiendo pasar de agitación a somnolencia cuando aumenta la dificultad respiratoria; este cuadro requiere oxígeno, varias dosis de epinefrina nebulizada y vigilancia en cuidados intensivos; cuando existe deterioro continuo puede ser necesaria la intubación para mantener una respiración adecuada mientras disminuye la inflamación de la vía aérea(36).
- Falla respiratoria ≥ 12 : En este grado puede desaparecer el estridor porque el niño ya no tiene suficiente fuerza para respirar, acompañado de coloración azulada intensa, pérdida de conciencia y entrada mínima de aire; representa una emergencia que requiere ventilación asistida, intubación y atención intensiva inmediata; estas medidas buscan recuperar la respiración y corregir la falta de oxígeno mientras disminuye la obstrucción causada por la inflamación de la vía aérea(36).

2.2.6. Diagnóstico clínico

El diagnóstico diferencial permite distinguir el CRUP de otras enfermedades que también causan obstrucción de la vía aérea, considerando los antecedentes, la evolución y los signos presentes; cuando es necesario, pueden utilizarse estudios como radiografía cervical o laringoscopia para confirmar la causa(37).

Laringotraqueitis

La laringotraqueitis, forma clásica de CRUP viral, inicia con síntomas prodrómicos respiratorios altos seguidos de tos perruna y estridor inspiratorio unifásico tras días de evolución gradual. Afecta laringe y tráquea superior en menores de tres años, con fiebre baja y buena

tolerancia inicial que diferencia de procesos fulminantes. La radiografía muestra estrechamiento subglótico simétrico en "campanario", respondiendo a corticoides sin compromiso sistémico mayor(37).

Presenta obstrucción subglótica parcial sin toxicidad marcada, permitiendo exploración faríngea sin riesgo inminente. Evolución autolimitada en horas a días excluye super infección, enfocando diagnóstico en patrón clínico estacional típico de para influenza. Diferenciación de espasmo laríngeo puro radica en presencia febril y pródromos virales extendidos(37).

Laringotraqueobronquitis

La laringotraqueobronquitis afecta además los bronquios, provocando tos con secreciones, silbidos al respirar y mayor dificultad respiratoria junto con el estridor; su evolución suele ser más prolongada que la laringotraqueítis simple y puede generar complicaciones pulmonares, principalmente en lactantes; la radiografía de tórax ayuda a valorar la extensión del compromiso respiratorio(37).

Epiglotitis

La epiglotitis, entidad bacteriana rara post-vacunación Hib, presenta inicio agudo fulminante con fiebre alta, odinofagia intensa y ortopnea tripódica en niños mayores, sin tos perruna característica del CRUP. Secreciones purulentas drogadas y toxicidad sistémica alertan obstrucción supraglótica, contraindicando exploración faríngea que precipita espasmo letal. Radiografía lateral cuello evidencia "signo del pulgar" por epiglotis edematosa rojo cereza(38).

Diferencia radical del CRUP por ausencia estridor inspiratorio inicial y presencia babeo continuo, leucocitosis neutrofílica marcada. Manejo quirófano prioritario con intubación segura y antibioterapia intravenosa salva vidas ante apnea inminente. Evolución post-Hib vacunación desplaza edad a preescolares no vacunados(38).

2.2.7. Tratamiento del CRUP

Los corticosteroides ayudan a disminuir la inflamación de la región subglótica y mejorar los síntomas respiratorios del CRUP; pueden utilizarse desde los casos leves y administrarse por diferentes vías según la gravedad, reduciendo el estridor, la duración de los síntomas y la necesidad de hospitalización en niños afectados(39).

La dexametasona en dosis única ha mostrado una respuesta favorable frente al placebo, debido a que mantiene su efecto durante más tiempo; su uso reduce la necesidad de tratamientos adicionales y favorece el alta temprana, por lo que constituye una de las principales opciones terapéuticas utilizadas en el CRUP viral(39).

La adrenalina nebulizada disminuye rápidamente la inflamación de la vía aérea y mejora el paso del aire en casos moderados o graves; está indicada cuando existe estridor en reposo o mayor dificultad respiratoria, ofreciendo un alivio temporal mientras actúan los corticosteroides y permitiendo valorar nuevamente la evolución clínica del niño(40).

La oxigenoterapia está indicada en los casos graves cuando disminuye la saturación de oxígeno y aumenta el esfuerzo respiratorio; puede administrarse mediante cánula nasal o mascarilla, ayudando a mejorar la respiración y prevenir complicaciones, principalmente en niños con retracciones marcadas, somnolencia o niveles bajos de oxígeno durante la atención hospitalaria(40).

2.2.8. Complicaciones y evolución clínica del CRUP

El CRUP puede generar complicaciones graves, aunque estas aparecen con poca frecuencia y suelen relacionarse con una mayor inflamación de la vía aérea; la mayoría de los casos mejora en pocos días con tratamiento oportuno, pero los cuadros severos requieren vigilancia cercana para evitar un mayor compromiso respiratorio(41).

La insuficiencia respiratoria puede aparecer cuando la inflamación provoca una obstrucción grave y el niño ya no logra mantener una respiración adecuada; signos como retracciones marcadas, somnolencia, coloración azulada y disminución del paso del aire indican mayor gravedad y requieren apoyo respiratorio inmediato para evitar complicaciones(42).

En menores predispuestos, la insuficiencia respiratoria refleja desequilibrio entre resistencia laríngea elevada y capacidad vital reducida, agravado por ansiedad o frío que inducen espasmo adicional. Monitoreo seriado de scores clínicos detecta deterioro precoz, permitiendo intubación selectiva que restaura dinámica aérea mientras resuelve inflamación viral subyacente(42).

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Constitución del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 32, reconoce la salud como un derecho garantizado por el Estado, asegurando el acceso oportuno y sin exclusión a servicios de promoción, prevención y atención integral; este principio respalda la atención de niños menores de tres años con laringitis aguda, debido a que requieren valoración temprana, vigilancia clínica y tratamiento oportuno cuando presentan manifestaciones respiratorias que pueden aumentar en gravedad y comprometer su estado de salud(43).

Asimismo, el artículo 35 establece que los niños, niñas y adolescentes forman parte de los grupos de atención prioritaria, por lo que deben recibir atención especializada tanto en el sector público como privado. Esta disposición se relaciona directamente con el manejo del CRUP, debido a que los menores de tres años presentan mayor vulnerabilidad anatómica y fisiológica ante procesos obstructivos respiratorios, lo que exige atención inmediata, diferenciada y segura, garantizando el derecho a la salud y la protección integral infantil conforme al marco constitucional vigente(43).

2.3.2. Código de la Niñez y Adolescencia

El artículo 27 reconoce el derecho de los niños a recibir atención gratuita, permanente y continua para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, además del acceso inmediato a servicios de emergencia cuando su condición lo requiera; esta normativa tiene relación con el CRUP en menores de tres años, debido a que el cuadro puede avanzar rápidamente y necesitar valoración urgente, vigilancia hospitalaria y tratamiento oportuno para evitar complicaciones respiratorias de mayor gravedad(48).

2.3.3. Ley Orgánica de Salud

En su artículo 3, reconoce la salud como un derecho fundamental relacionado con el bienestar físico, mental y social, cuya protección corresponde al Estado; esta disposición respalda la atención pediátrica dirigida a detectar y tratar oportunamente enfermedades respiratorias como la laringitis aguda; por ello, conocer las características clínicas del CRUP ayuda a identificar signos de gravedad, mejorar la atención y brindar intervenciones adecuadas que protejan la salud y el bienestar del niño(44).

2.3.4. Ley de Derechos y Amparo del Paciente

El artículo 2 reconoce el derecho de toda persona a recibir atención digna y oportuna, mientras que los artículos 7, 8 y 12 establecen la atención inmediata ante una emergencia médica, sin exigir pago previo ni negar el servicio; estas disposiciones se relacionan con el CRUP infantil, debido a que los casos graves pueden convertirse en emergencias respiratorias que necesitan intervención rápida para evitar insuficiencia respiratoria y otras complicaciones que comprometan la salud del niño(45).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo De Estudio

3.2. Nivel. Descriptivo, ya que el estudio busca detallar y caracterizar las manifestaciones clínicas observadas en los niños menores de 3 años(46).

3.3. Métodos. Cuantitativo, porque la información se obtendrá de las historias clínicas institucionales, permitiendo el análisis numérico de los datos y la elaboración de estadísticas descriptivas que reflejen los hallazgos clínicos más frecuentes(47).

3.4. Diseño.

3.4.1. Según el tiempo. Retrospectivo, debido a que se revisarán las historias clínicas correspondientes a los pacientes hospitalizados con laringitis aguda (crup) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024(48).

3.4.2. Según la naturaleza. De corte transversal, ya que la recolección de información se basará en la revisión de registros médicos pertenecientes a un mismo periodo, sin seguimiento posterior de los casos(49).

3.5. Población

La población estará conformada por 243 niños menores de 3 años hospitalizados con diagnóstico de laringitis aguda (crup) en el servicio de pediatría del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante” durante el año 2024.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1. Criterios de inclusión

- Niños menores de 3 años hospitalizados con diagnóstico confirmado de laringitis aguda (crup).
- Historias clínicas completas con registro de los signos, síntomas y tratamiento recibido.

3.6.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas o con datos insuficientes sobre el cuadro clínico o tratamiento.
- Pacientes mayores de 3 años o con diagnósticos respiratorios distintos al crup.

3.7. Procedimientos para la recolección de la información

Técnicas: Observación Indirecta.

Instrumento: Matriz de Observación Indirecta y Escala Westley Croup Score(50).

3.8. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos

Los datos se recolectarán de historias clínicas de niños menores de 3 años hospitalizados por laringitis aguda en 2024. La información se organizará en Excel y se analizará mediante estadística descriptiva para identificar las características clínicas más frecuentes.

3.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano

La información será utilizada con fines de titulación de grado, sin divulgar ningún dato que permita la identificación de los pacientes. El estudio se llevará a cabo con la autorización institucional correspondiente para el acceso a las historias clínicas de los niños hospitalizados.

3.10. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable general: Características clínicas de la laringitis aguda (CRUP) en niños menores de 3 años hospitalizados

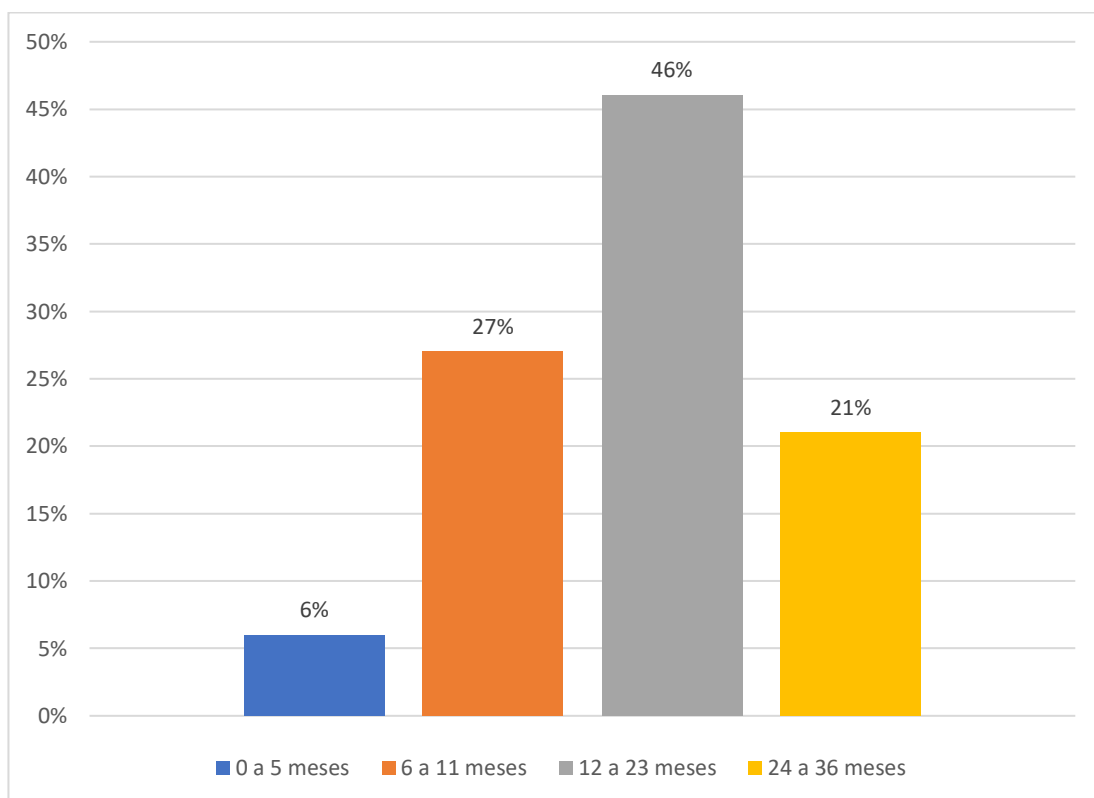
Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica e instrumento
Características sociodemográficas	Edad	0 a 5 meses 6 a 11 meses 12 a 23 meses 24 a 36 meses	Observación indirecta / Matriz de observación indirecta
	Sexo	Hombre Mujer	
	Lugar de residencia	Urbana Rural	
Comorbilidades	Antecedentes de infecciones respiratorias previas	Bronquiolitis Neumonía Bronquitis	Observación indirecta / Matriz de observación indirecta
	Antecedentes de alergias o asma	Si No	
	Número de episodios previos	Más de 3 episodios 1 a 2 episodios Ninguno	
	Antecedentes familiares	Asma Alergia EPOC	
Características clínicas	Síntoma principal de inicio	Tos Estridor Fiebre Disfonía Dificultad respiratoria Otros	Observación indirecta / Matriz de observación indirecta

	Presencia de tos seca y metálica	Si No	
	Estridor inspiratorio	Severo Moderado Leve Ausente	
	Tipo de disnea	Severo Moderado Leve Ausente	
	Saturación de oxígeno	Normal 95% Leve hipoxemia 90-94% Moderada a severa <90%	
	Temperatura corporal	Normotermia 36.0-37.4°C Febrícula 37.5-37.9°C Fiebre >38.0°C Hipotermia <36.0°C	
	Nivel de gravedad (score)	Grave Moderado Leve	
	Diagnóstico clínico principal	Laringotraqueitis Laringotraqueobronquitis Epilottitis Otro	
Tratamiento recibido	Corticoides	Si No	Observación indirecta / Matriz de observación indirecta

Fuente: Historias clínicas.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura No. 1 Distribución según edad



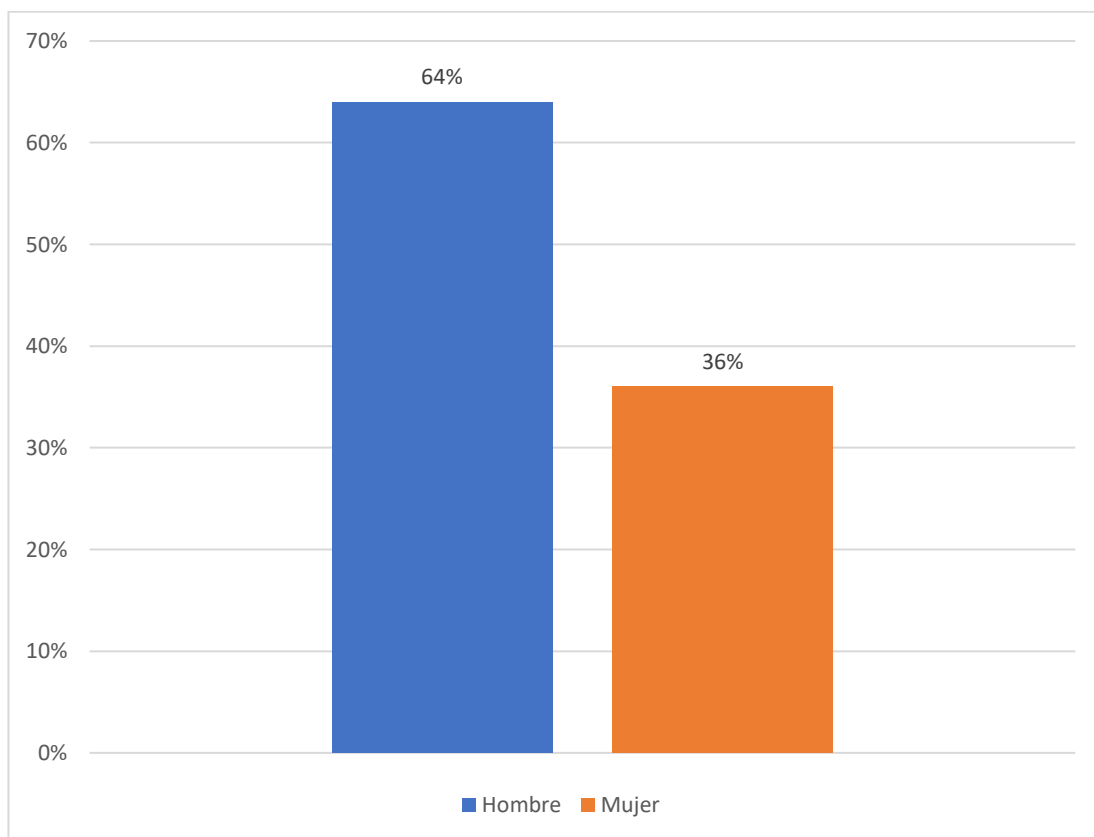
Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.

Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En cuanto a la edad, a través de este gráfico, se observa que el 46% de los menores tenía de 12 a 23 meses, con una edad promedio de 16,99 meses. Lo que refleja que los casos se centraron durante los niños en su segundo año de vida, donde las vías respiratorias son pequeñas y pueden inflamarse con más facilidad ante una infección. Por ello, la mayor presencia de casos en este grupo de edad puede estar relacionada con las características propias del desarrollo respiratorio en esta etapa, donde un menor espacio en la vía aérea puede favorecer que el cuadro se manifieste con mayor intensidad.

Figura No. 2 Distribución según sexo

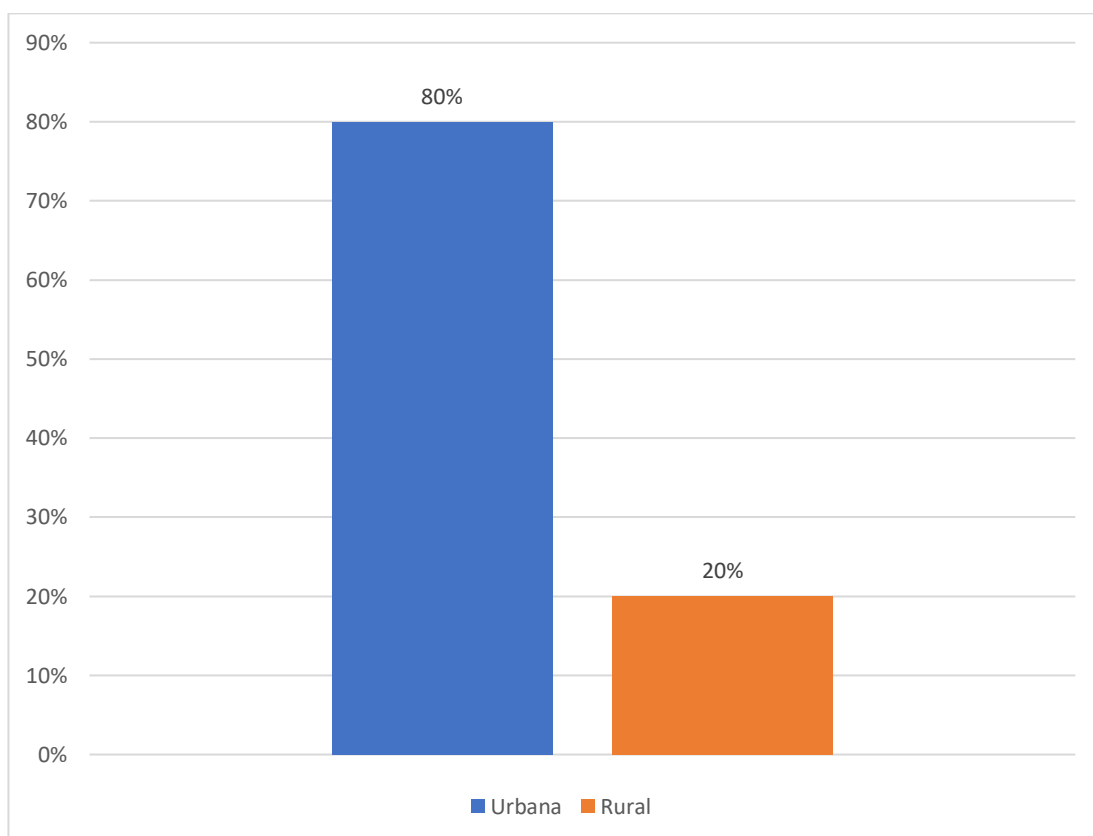


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Se observa que el 64% de los menores eran niños, reflejando que la mayor parte de los casos hospitalizados por CRUP se presenta en el sexo masculino. Esto puede relacionarse con diferencias propias del desarrollo respiratorio, debido a que en los niños las vías respiratorias pueden ser más estrechas y reaccionar con mayor facilidad ante la inflamación. Esto favorece a que tenga tos, estridor y dificultad para respirar que cuando presenta una infección respiratoria. Por esto, el predominio no solo describe a la población estudiada, sino que también se puede relacionar con la susceptibilidad que tiene ante este tipo de cuadro.

Figura No. 3 Distribución según lugar de residencia

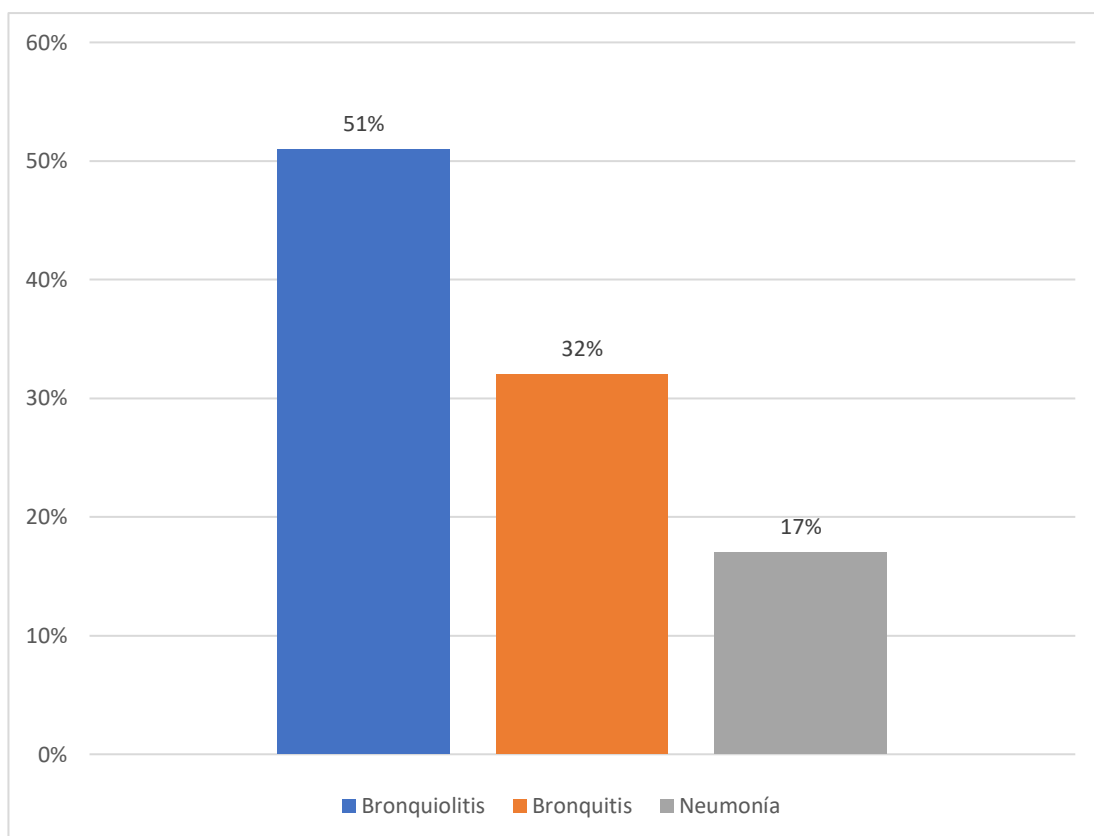


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

A través de los datos recopilados, se muestra que el 80% de los niños son de zonas urbanas. Esta concentración de menores se puede dar por factores propios de sectores, como una mayor exposición a contaminación ambiental, el tráfico vehicular, el humo y espacios con mayor concentración de personas, condiciones que pueden conllevar al desarrollo de estos problemas respiratorios. De igual manera, se puede considerar que quienes viven en estas áreas, tienen mayor cercanía con los centros de salud, lo que facilita que los casos sean identificados y hospitalizados de forma oportuna. Por lo tanto, este predominio se puede relacionar con el entorno como en el acceso a los servicios de salud.

Figura No. 4 Distribución según antecedentes de infecciones respiratorias previas

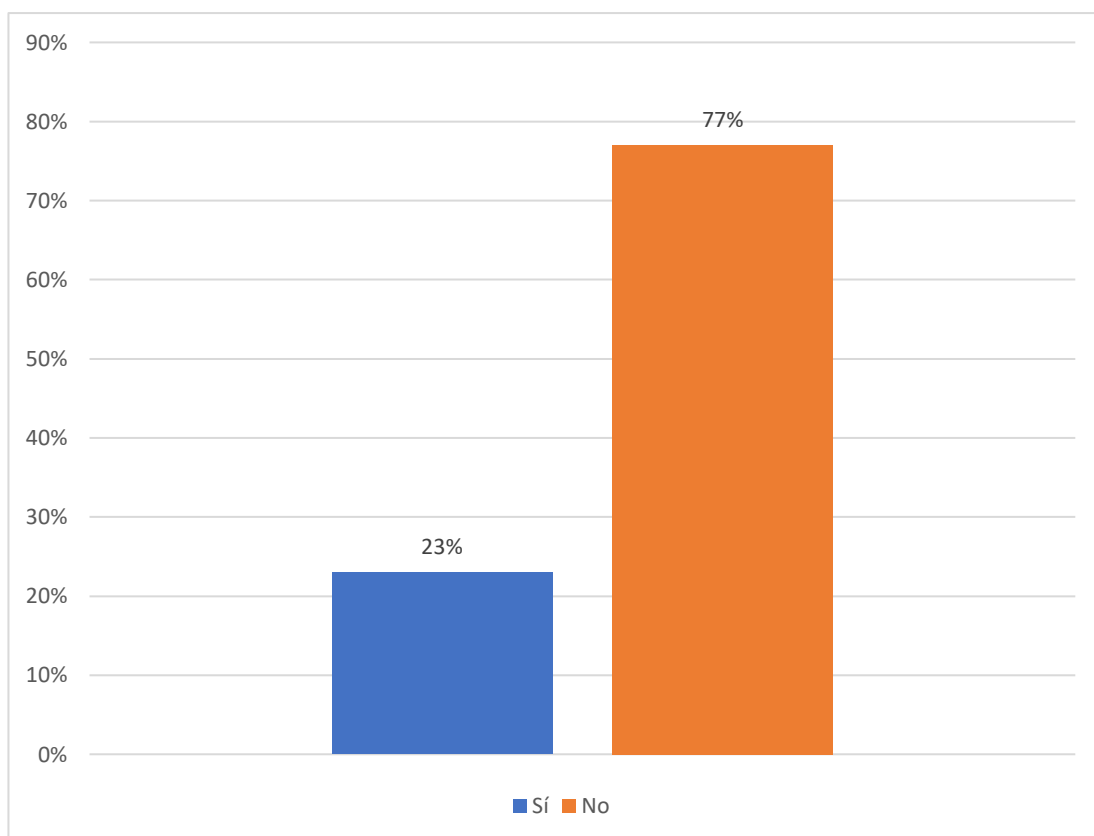


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Al revisar en las historias clínicas, se observó que el 51% de los menores había presentado bronquiolitis como antecedente de infección respiratoria previa. Esto muestra que una parte importante de los menores ya ha tenido problemas respiratorios desde etapas tempranas de vida. Cabe señalar que el haber tenido bronquiolitis deja mayor sensibilidad en las vías respiratorias ante nuevas infecciones, lo que favorece a que haya una respuesta más marcada cuando aparece un cuadro como el CRUP. Por lo tanto, este antecedente es importante dentro de la valoración clínica, ya que permite conocer si el niño ha tenido episodios anteriores que pueden influir en la forma en que responde ante una nueva infección.

**Figura No. 5 Distribución según antecedentes de alergias o
asmas**

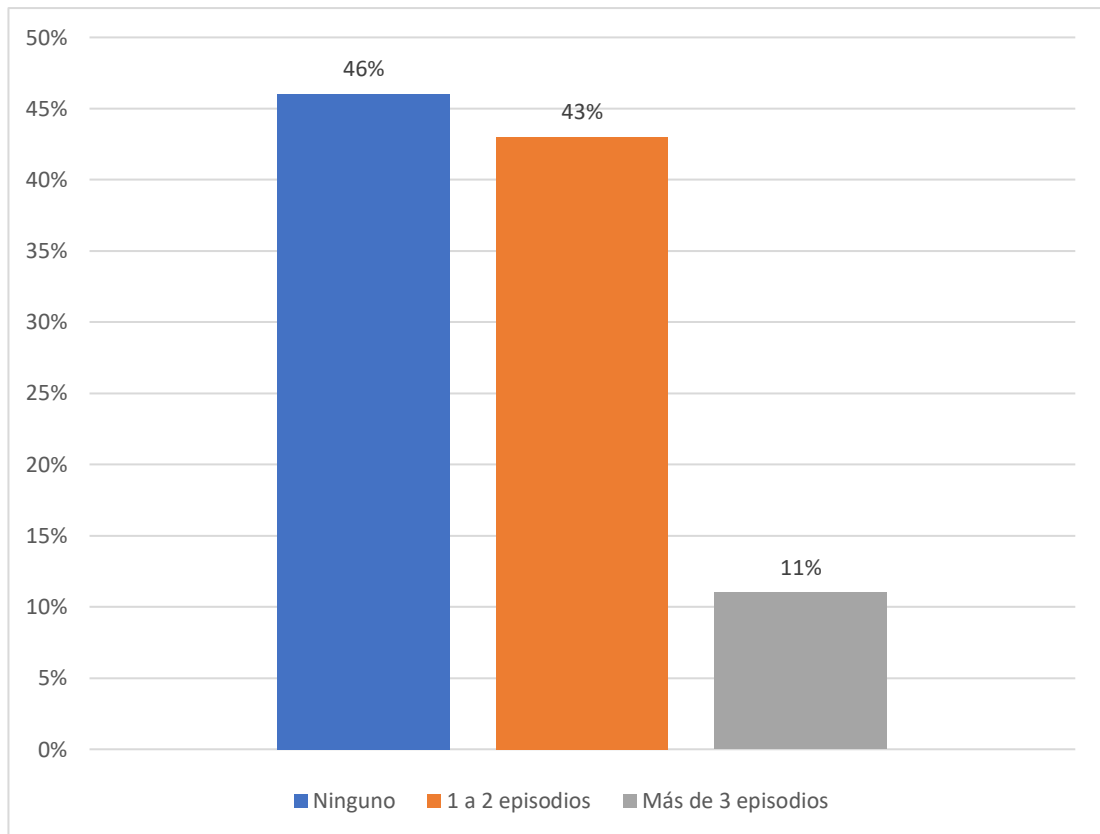


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Al analizar los antecedentes de alergias o asma, se observó que el 77% no había presentado estas condiciones. Esto indica que en la mayoría de los casos, el CRUP apareció sin que haya previamente alguna de estas enfermedades, lo cual refleja que su desarrollo no depende solo de estos antecedentes, sino que también se puede dar en niños que no hayan presentado problemas respiratorios previos. De esta manera, la ausencia de alergias o de asmas ayuda a diferenciar el CRUP de otros cuadros respiratorios donde estos antecedentes tienen más peso y muestra que el episodio se relacionó más con una condición aguda que con una enfermedad previa.

Figura No. 6 Distribución según número de episodios previos

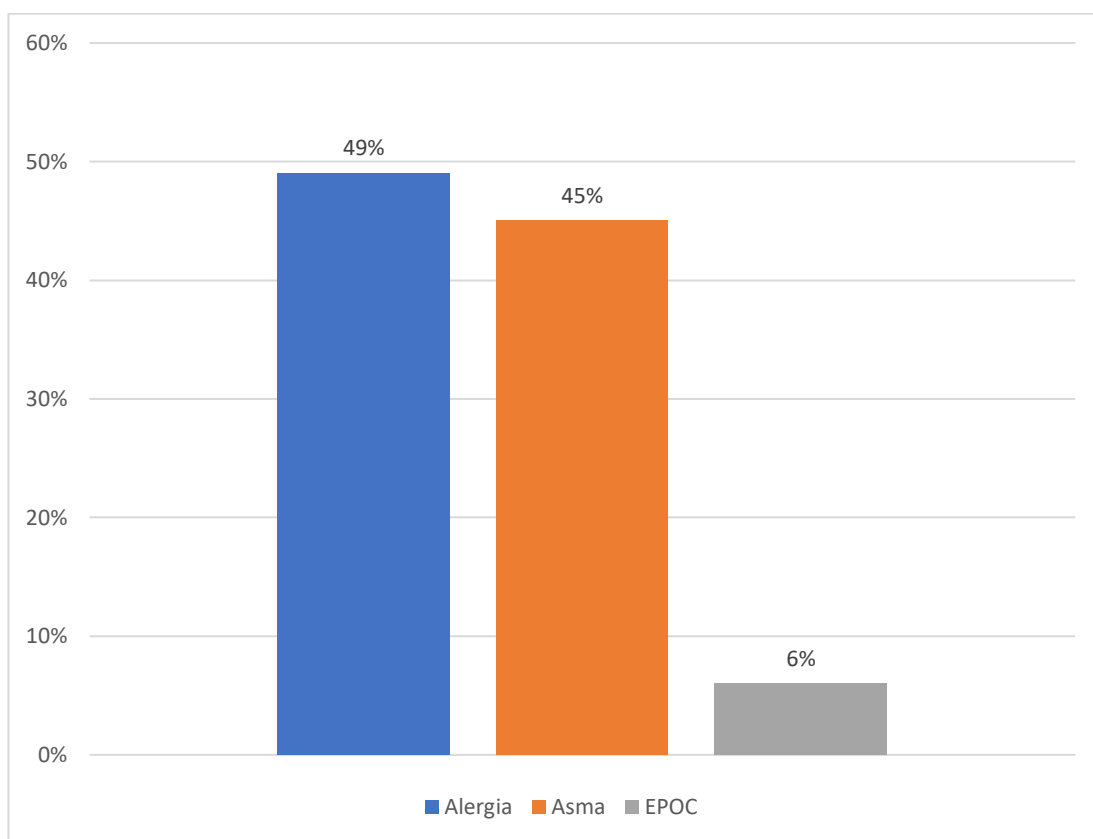


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

El 46% de los niños no había presentado episodios previos, mientras que el 43% registró entre 1 a 2 episodios, lo que muestra que la población estuvo dividida entre quienes presentaban el CRUP por primera vez y quienes ya habían tenido manifestaciones similares; esto permite considerar que esta enfermedad puede aparecer como un evento aislado, pero también puede repetirse en un grupo importante de menores, posiblemente por una mayor sensibilidad de las vías respiratorias o por la exposición frecuente a infecciones durante los primeros años de vida.

Figura No. 7 Distribución según antecedentes familiares

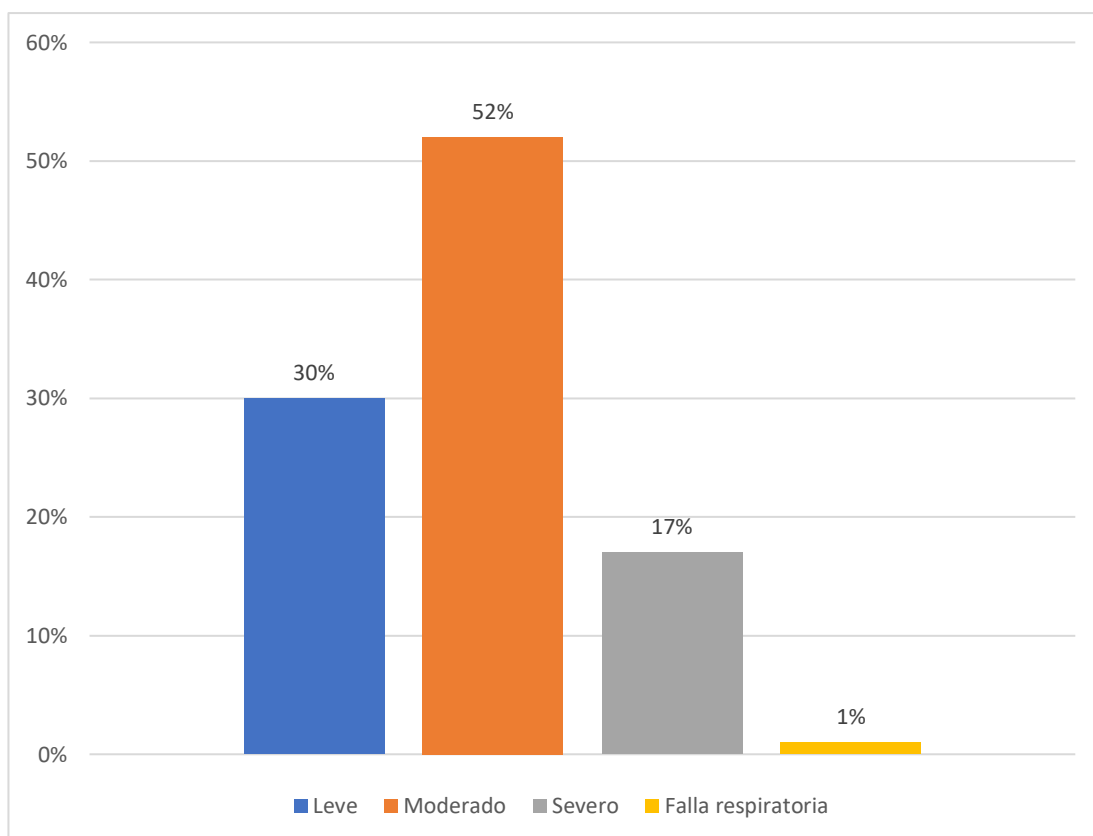


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En relación con los antecedentes familiares, se observa que el 49% de los niños tenía antecedentes familiares de alergia y el 45% antecedentes de asma, lo que muestra que existe la presencia de estas condiciones dentro del entorno familiar; aunque estos antecedentes no significan que sean la causa directa, si pueden reflejar una mayor tendencia familiar a presentar problemas respiratorios o alérgicos, aspecto que resulta útil al momento de valorar al niño y conocer si existe una historia familiar que pudo relacionarse con una mayor sensibilidad de las vías respiratorias frente a infecciones o procesos inflamatorios.

**Figura No. 8 Nivel de gravedad según la Escala Westley
Croup Score**

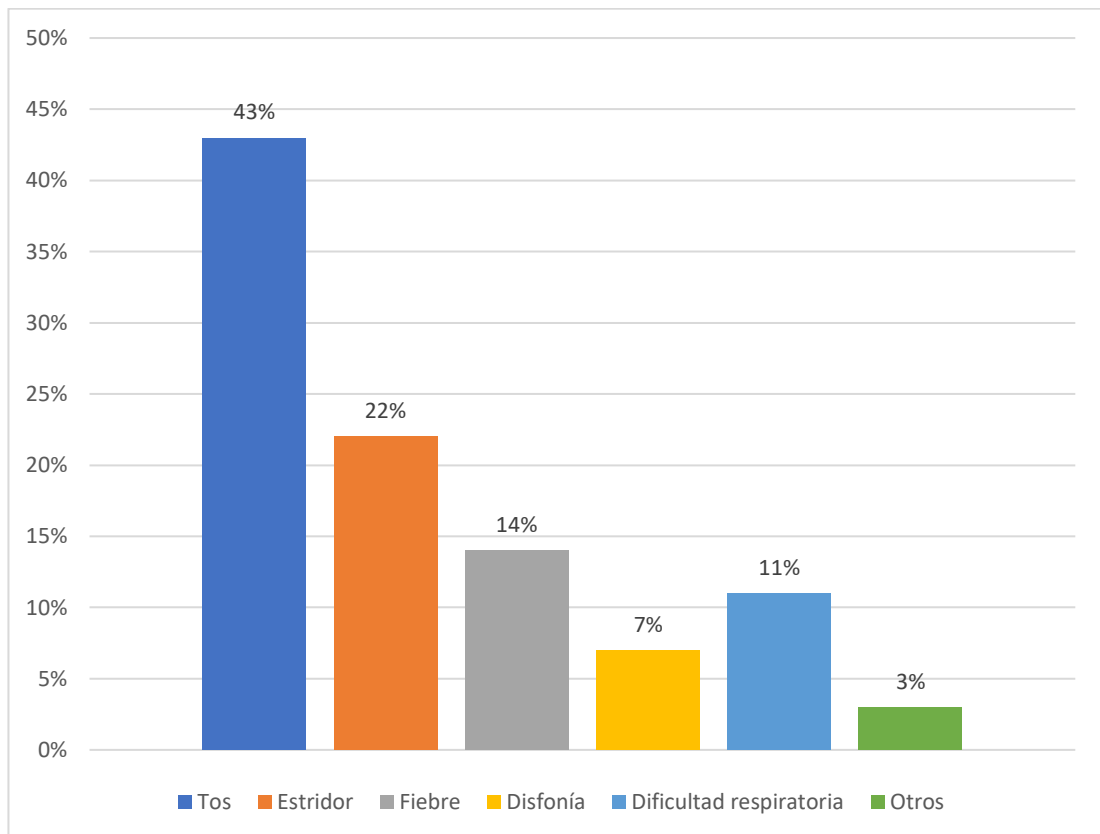


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Según la Escala Westley Croup Score, el 52% de los niños tuvo un nivel moderado de gravedad, mostrando que la mayor parte ingresó con una condición que requería vigilancia y tratamiento hospitalario, pero sin llegar estado de mayor gravedad; esto se relaciona con la presencia de signos respiratorios que necesitan control para evitar que el cuadro avance, más aún durante las primeras horas de atención, por lo que el predominio de este nivel permite conocer que la hospitalización se centró en pacientes que necesitaban seguimiento continuo y manejo para mantener una evolución favorables y reducir el riesgo de complicaciones.

Figura No. 9 Distribución según síntoma principal de inicio

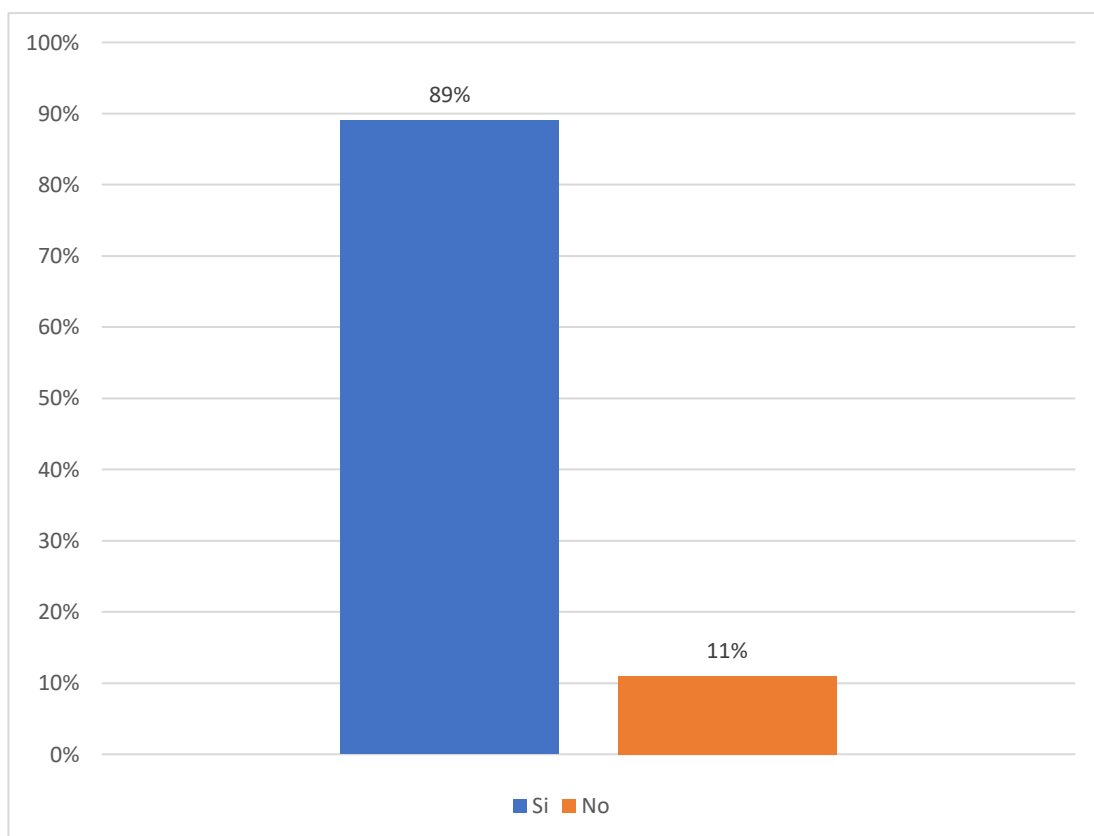


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Sobre el síntoma principal que tuvieron al inicio, se registra que el 43% de los niños presentaron tos como manifestación predominante, lo que permite identificarla como una de las primeras señales que motivaron la atención de este cuadro; al aparecer desde el inicio, puede alertar sobre el desarrollo de una infección respiratoria, facilitando una valoración oportuna, más en aquellos casos donde los síntomas pueden avanzar con rapidez, por lo que reconocer este signo desde las primeras etapas resulta importante para orientar la vigilancia del paciente y determinar si tiene necesidad de tratamiento o si requiere seguimiento hospitalario.

Figura No. 10 Distribución según presencia de tos seca y metálica

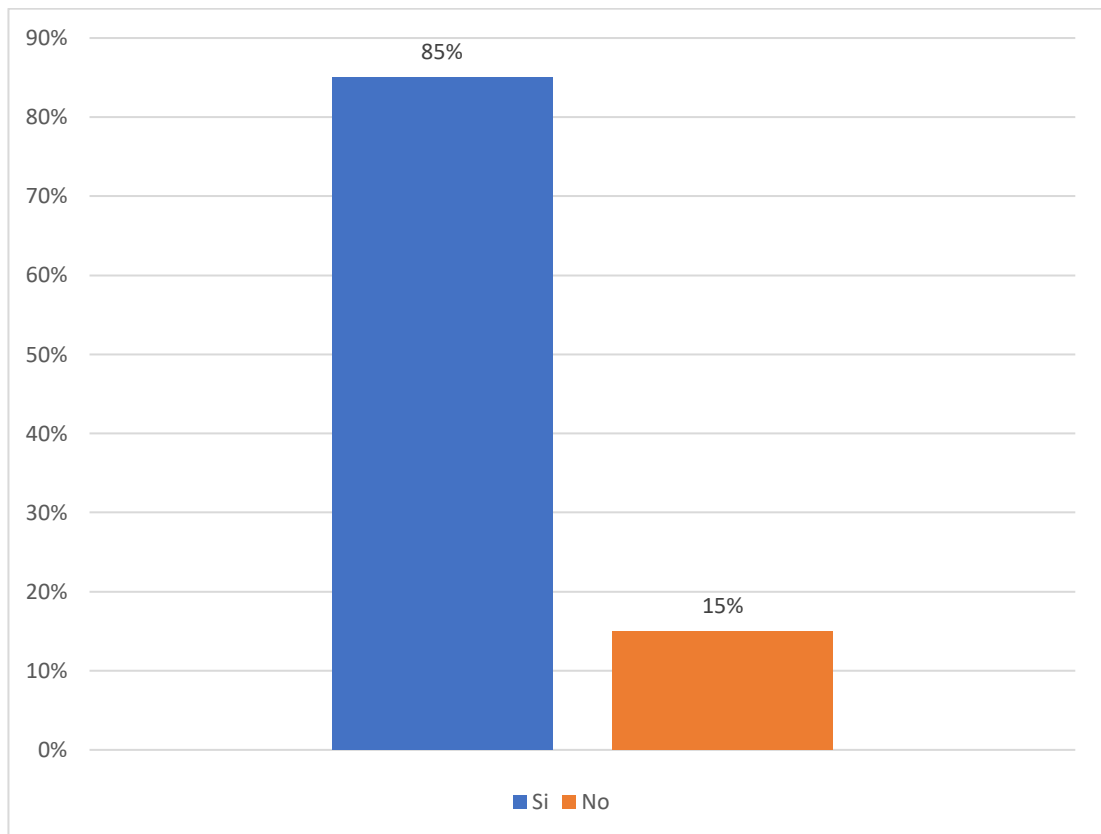


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En cuanto a la presencia de este signo, se observó que estuvo presente en el 89% de los niños, por lo que se la reconoce como una característica frecuente del CRUP y útil para orientar su identificación clínica; este tipo de tos se da por la inflamación de la laringe, causando un sonido particular que se puede diferenciar de las otras formas de tos presentes en las infecciones respiratorias, por lo que su aparición aporta información dentro de la valoración del menor y le permite relacionar con el cuadro de una afectación de la vía aérea superior, más cuando se da junto con otras manifestaciones propias de la enfermedad.

Figura No. 11 Distribución según estridor inspiratorio

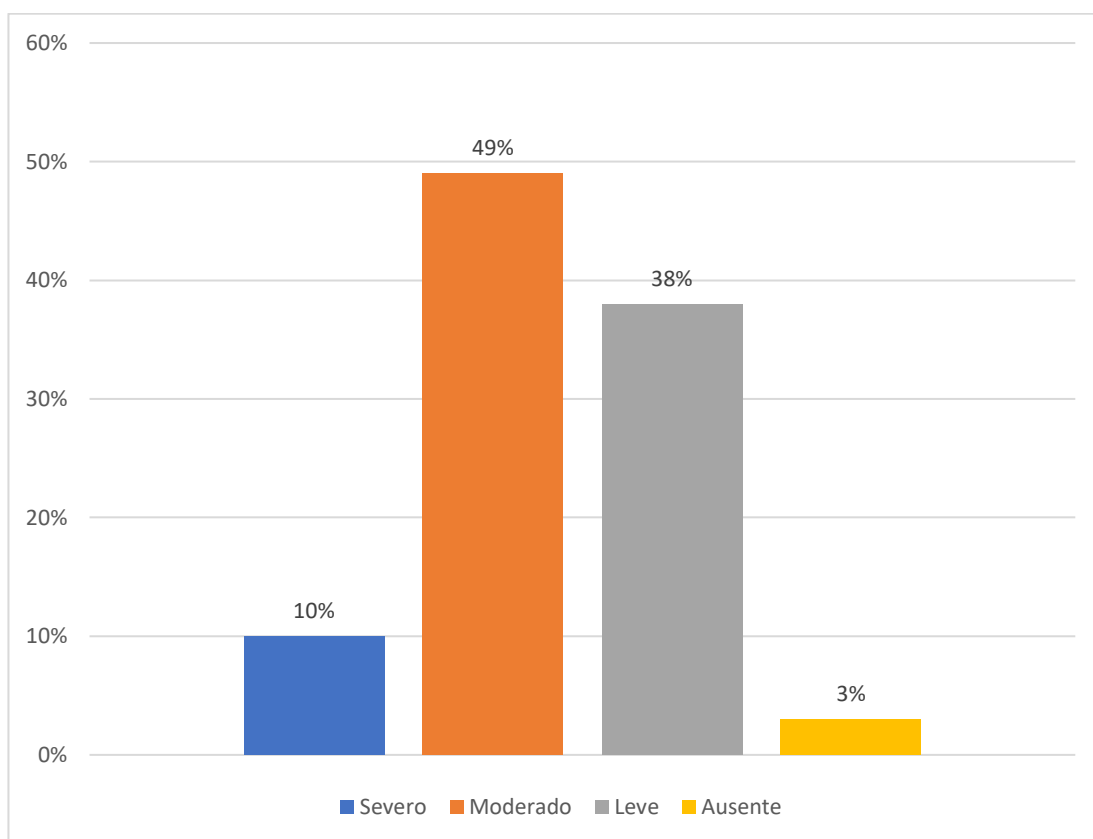


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Referente al estridor inspiratorio, se observa que se presentó en el 85% de los niños, lo que muestra que la obstrucción de la vía aérea superior es una característica frecuente, la cual aparece cuando el paso del aire se dificulta durante la inspiración por la inflamación del área laríngea, por lo que su presencia permite valorar de forma clara el grado de afectación respiratoria del menor, más cuando se mantiene en reposo, dado a que en estas condiciones puede indicar que el cuadro se ha agravado y requiere de una mayor vigilancia durante la hospitalización.

Figura No. 12 Distribución según tipo de disnea

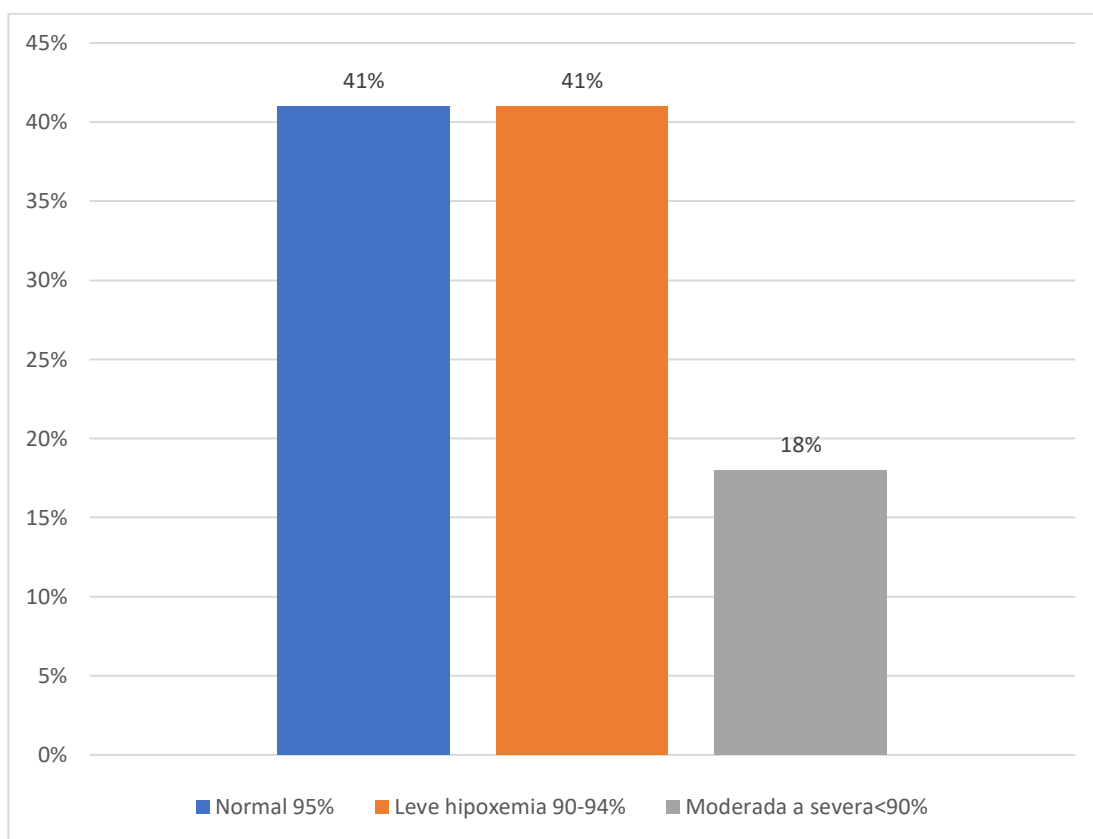


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Respecto a la disnea, se obtuvo que el 49% de los menores presentaba una intensidad moderada, mientras que el 38% tuvo una intensidad leve; esto muestra que un grupo de menores tuvo dificultad para respirar con esfuerzo mayor al normal, pero sin llegar a una condición severa; este resultado muestra relación con el predominio del nivel moderado de gravedad según la escala de Westley, permite considerar que muchos menores necesitaron de vigilancia continua para evitar que empeore su cuadro durante la hospitalización, por lo que la disnea moderada representó una señal importante para valorar la evolución respiratoria y decidir la necesidad de mantener el tratamiento.

Figura No. 13 Distribución según saturación de oxígeno



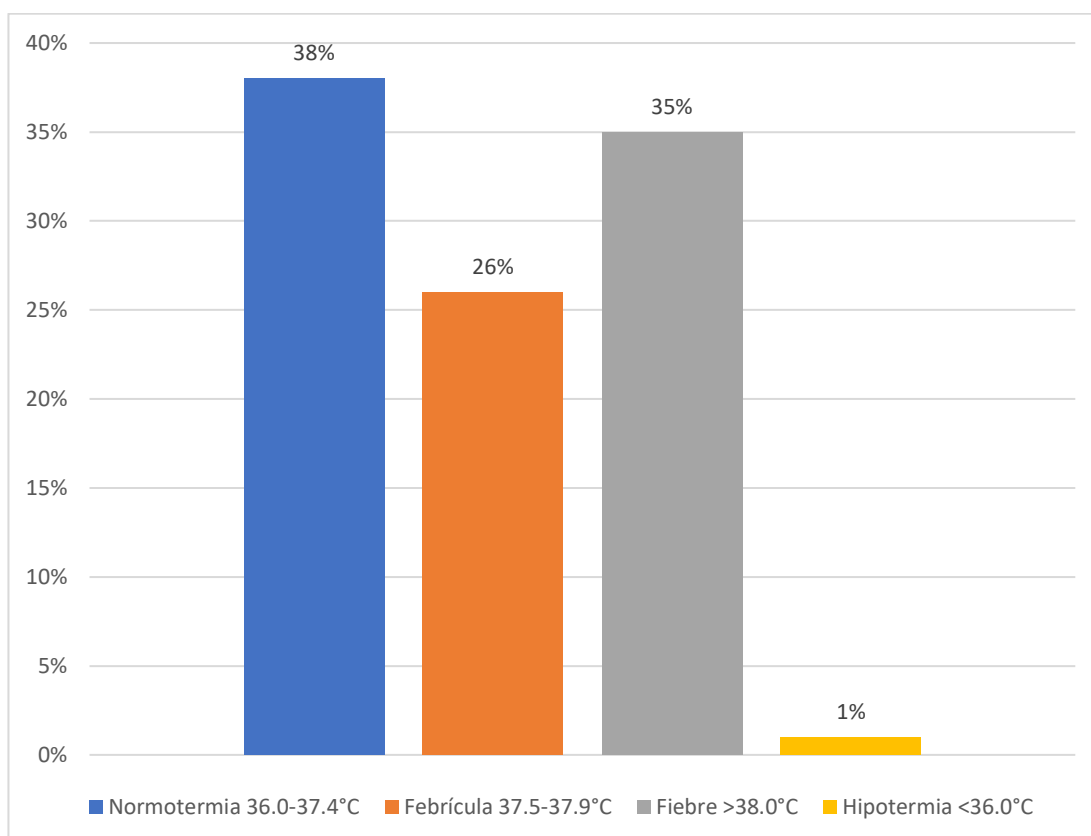
Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.

Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

A través de las historias clínicas, también se registró que el 41% de los niños presentó valores normales y otro 41% hipoxemia leve, lo que muestra que la mayoría de los casos se mantuvo entre una oxigenación adecuada y una disminución ligera durante la hospitalización; esto permite considerar que el CRUP puede generar dificultad respiratoria sin producir siempre una reducción importante del oxígeno en la sangre, aunque en quienes presentaron hipoxemia leve fue necesario mantener una vigilancia cerca para detectar cualquier empeoramiento, más porque una disminución progresiva de la saturación que puede indicar una mayor afectación respiratoria, necesitando de medidas de soporte adicionales.

Figura No. 14 Distribución según temperatura corporal



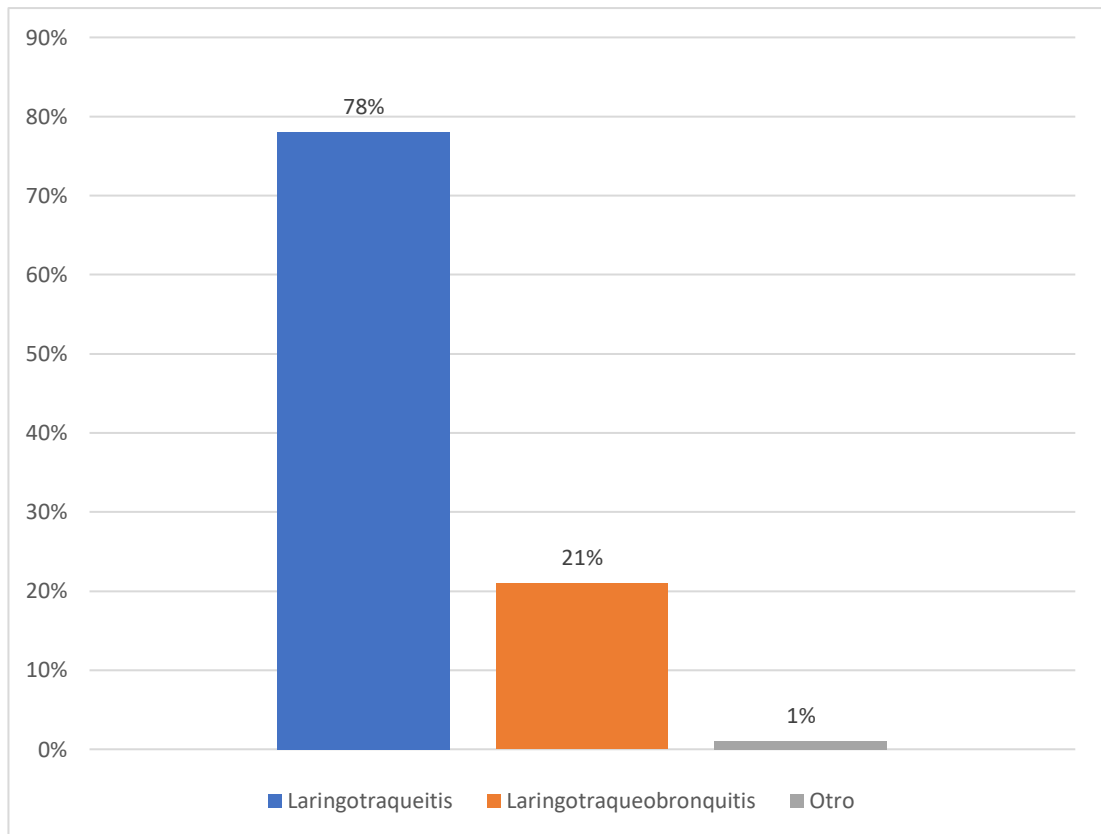
Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.

Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En cuanto a la temperatura corporal, el 38% de los niños presentó normotermia, mientras que el 35% tuvo fiebre mayor a 38°C, lo que muestra que la temperatura tuvo un comportamiento variable; este resultado permite entender que el CRUP puede presentarse tanto con temperatura normal como con fiebre, por lo que este signo no debe analizarse de forma aislada para valorar la intensidad del cuadro, sino junto con el estado general y la evolución clínica del menor, debido a que la presencia o ausencia de fiebre no determina por sí sola la gravedad de la enfermedad.

Figura No. 15 Distribución según diagnóstico clínico principal

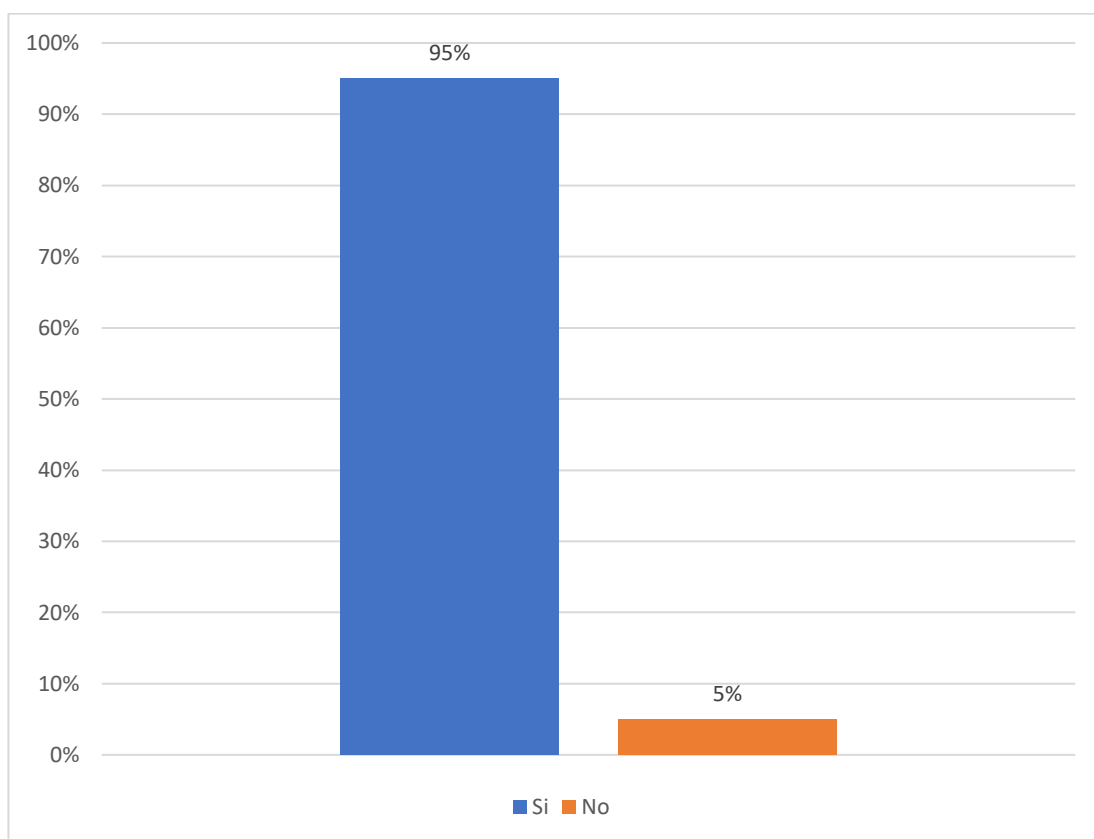


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Sobre el diagnóstico clínico principal, se observa que en el 78% de los niños predominó la laringotraqueítis; este diagnóstico implica inflamación de la laringe y la tráquea, por lo que resulta coherente con la presencia de manifestaciones respiratorias que han sido observadas en estos pacientes, además, su predominio permite conocer que gran parte de estos casos no evolucionó a formas más extensas de afectación respiratoria, sino que se mantuvo principalmente dentro de esta presentación clínica durante el periodo de hospitalización.

Figura No. 16 Distribución según corticoides

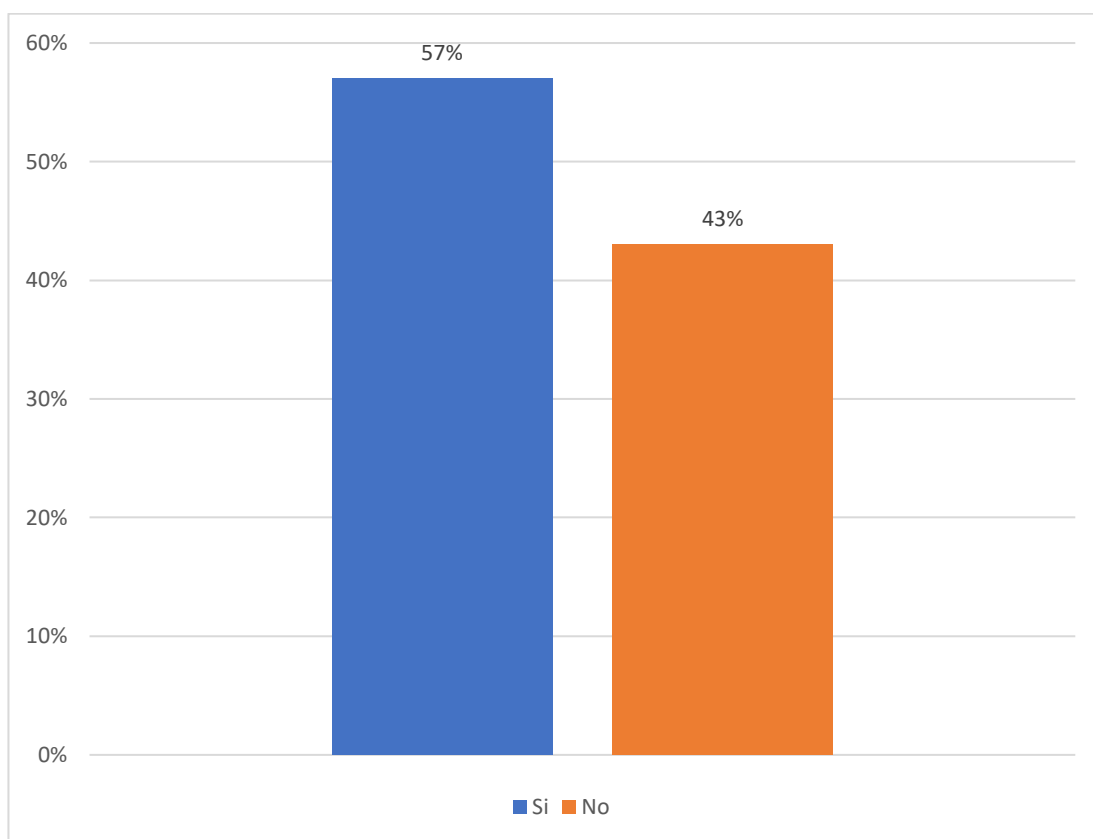


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En relación con el uso de corticoides, el 95% de los niños recibió este tratamiento, lo que muestra que fue la principal medida farmacológica que se usó durante la hospitalización; su administración se relaciona con la necesidad de reducir la inflamación de la vía aérea y facilitar la respiración, por lo que resulta útil en el manejo del CRUP, además, su uso permite considerar que formó parte habitual aplicado a la mayoría de los pacientes, con la finalidad de controlar el cuadro y disminuir el riesgo de que la obstrucción respiratoria aumente durante la evolución clínica.

Figura No. 17 Distribución según epinefrina nebulizada

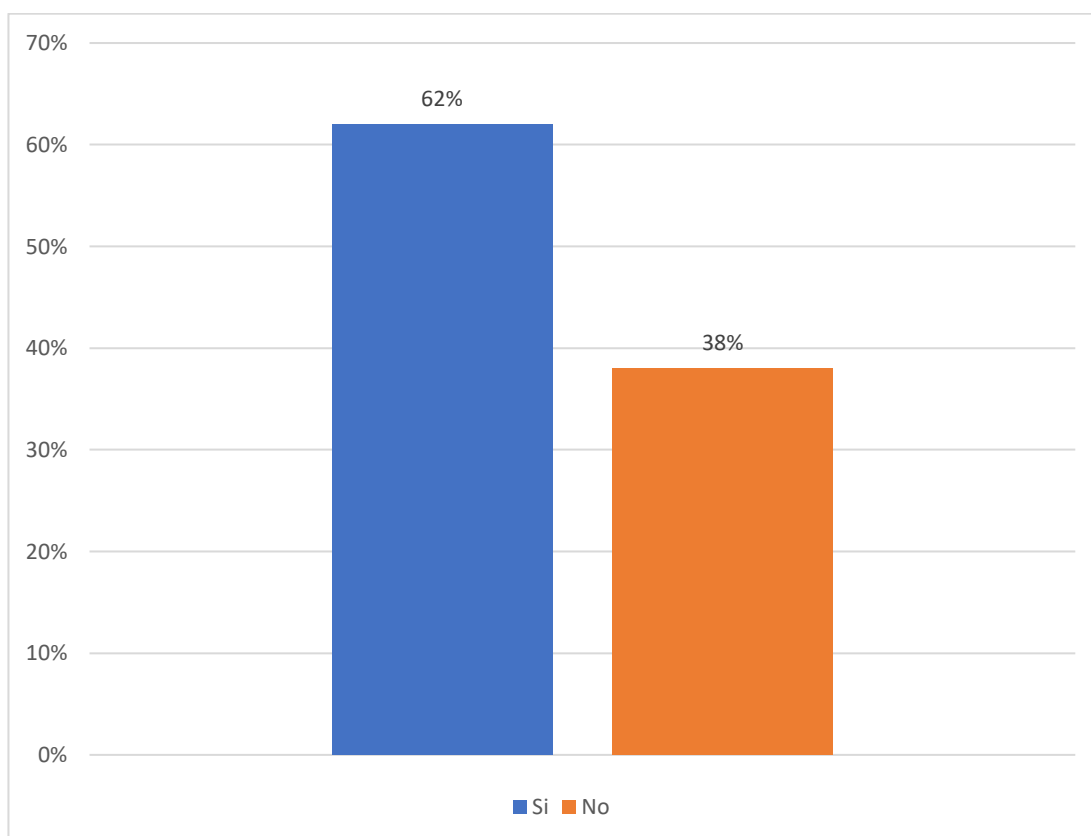


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En cuanto a la epinefrina nebulizada, el 57% de los casos revisados, registró que se administró este tratamiento, lo que se puede relacionar con la necesidad de producir una mejoría rápida de la obstrucción de la vía aérea en los casos que presentaban mayor dificultad respiratoria; este resultado también tiene relación con el predominio de los cuadros moderados dentro de la población estudiada, en los cuales puede ser necesario complementar el uso de corticoides con una medida de acción más inmediata, por lo que su administración refleja que una parte importante de los pacientes requirió un manejo adicional para controlar el cuadro durante su hospitalización.

Figura No. 18 Distribución según antipiréticos / antibióticos

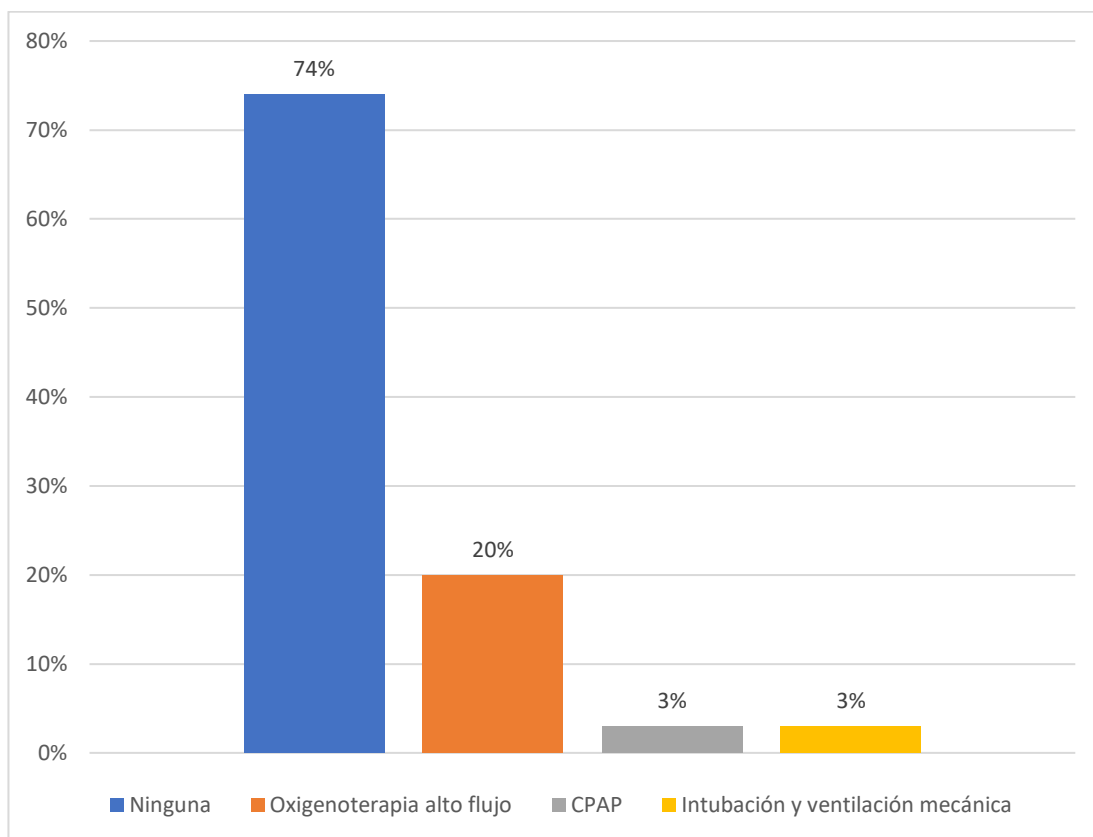


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Respecto al uso de antipiréticos o antibióticos, se registró que el 62% de los niños recibió alguno de estos medicamentos, lo que puede relacionarse con a la presencia de fiebre o con la necesidad de tratar cuadros asociados identificados durante la hospitalización; sin embargo, al estar ambos medicamentos agrupados en una sola variable, no es posible determinar cuál fue usado con mayor frecuencia ni establecer con precisión el motivo de su administración, por lo que solo se puede interpretar como una medida complementaria dentro del manejo recibido y no como un tratamiento específico del CRUP en todos los casos.

Figura No. 19 Distribución según terapia de oxígeno

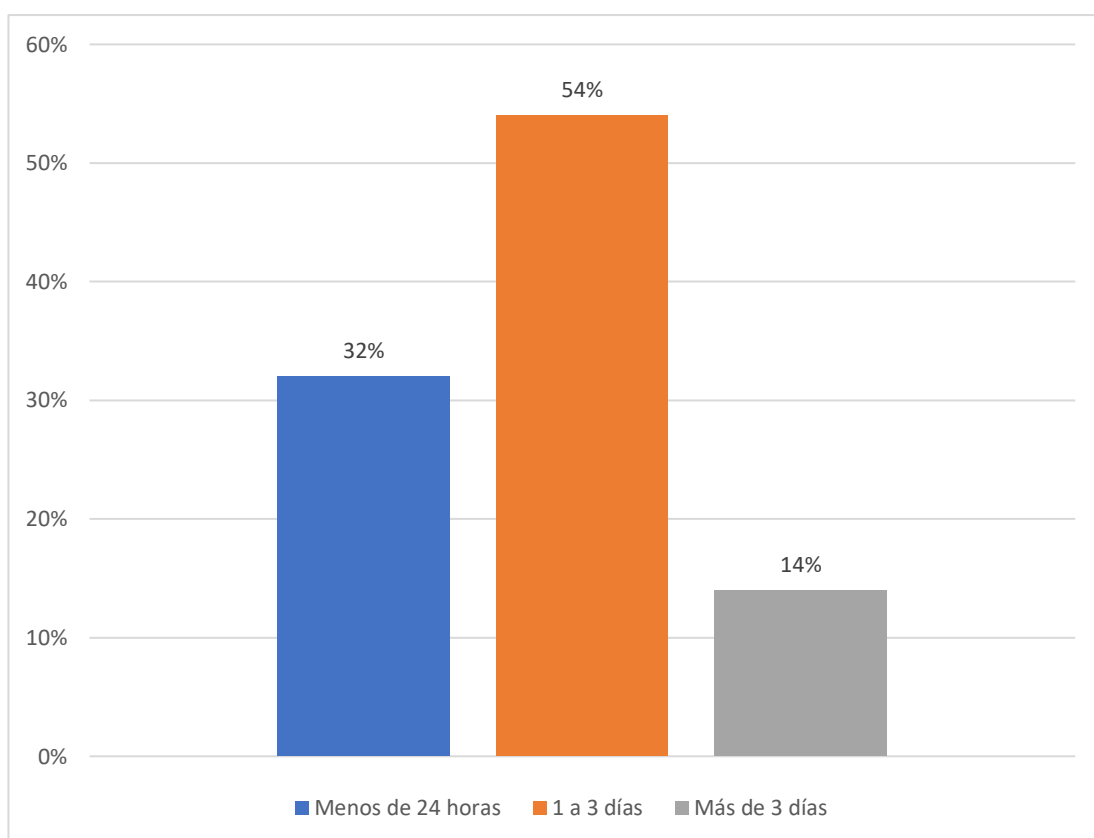


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En relación con la terapia de oxígeno, se muestra que en el 74% de los niños en estudio, no requirió este tipo de apoyo durante la hospitalización, lo que se relaciona con el predominio de cuadros moderados y con el hecho de que la mayoría de los pacientes tuvo una saturación normal o presentó solo hipoxemia leve; esto muestra que en la mayoría de los casos, el tratamiento pudo mantenerse con medidas farmacológicas y vigilancia clínica, mientras que la oxigenoterapia quedó destinada solo a los pacientes que presentaron una reducción importante de la oxigenación o una evolución respiratoria que necesitaba mayor soporte.

Figura No. 20 Distribución según duración de hospitalización

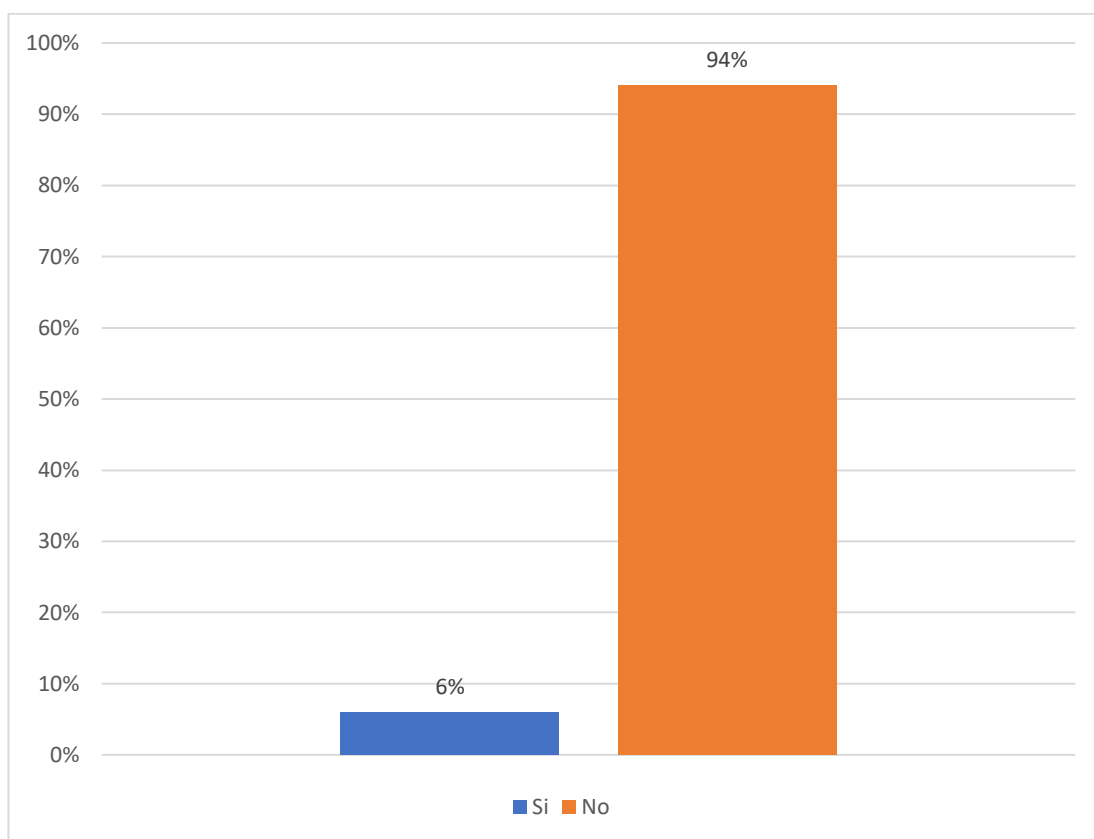


Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

Sobre la duración de la estancia hospitalaria, se observa que el 54% de los niños estuvieron internados durante el lapso de 1 a 3 días, lo que muestra que en la mayoría de los casos el cuadro pudo ser controlado dentro de un periodo corto; este tipo de estancia se relaciona con la necesidad de observar la respuesta al tratamiento, confirmar que la respiración se mantuviera estable y verificar que no se empeore su estado antes del egreso, por lo que la duración de su estancia sugiere una evolución favorable en gran parte de los menores, sin necesitar de hospitalizaciones prolongadas ni cuidados más complejos.

Figura No. 21 Distribución según necesidad de UCI



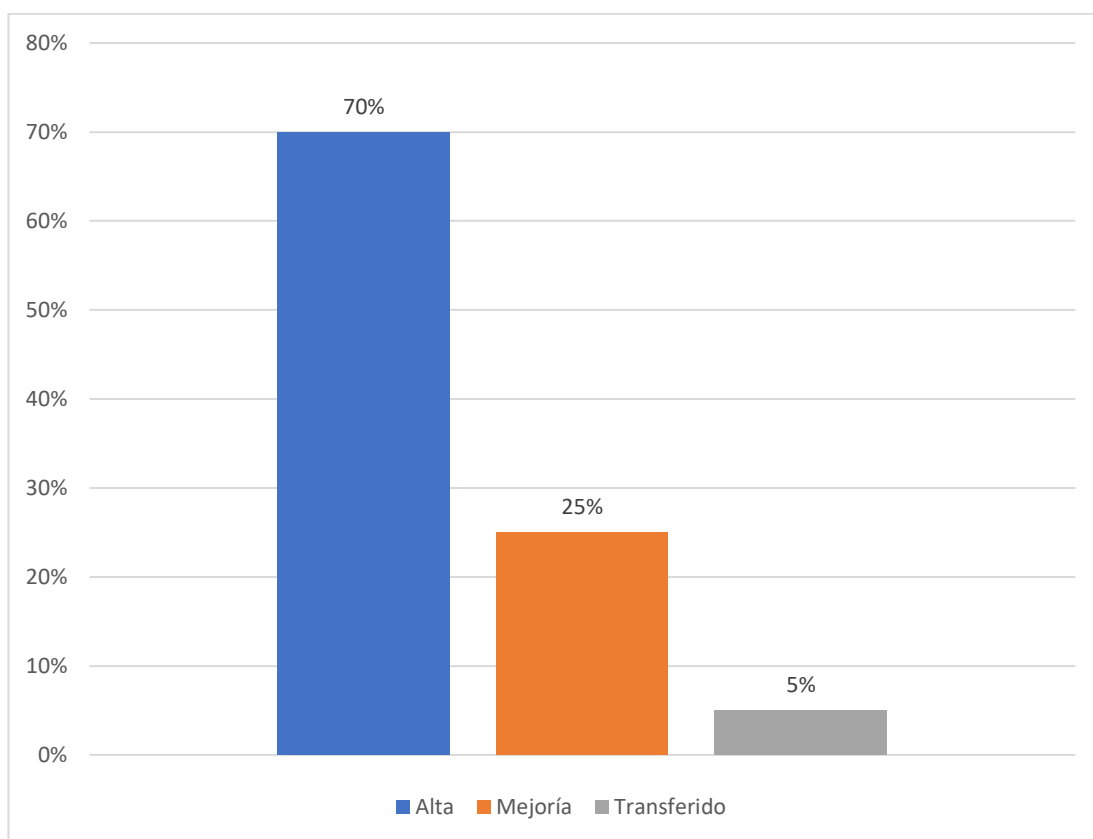
Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.

Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En cuanto a la necesidad de UCI, se obtuvo que el 94% de los niños no requirió ingreso a cuidados intensivos, lo que indica que los cuadros de mayor gravedad fueron pocos frecuentes dentro de la población estudiada; este resultado se relaciona con el predominio de casos moderados y con la respuesta favorable al tratamiento recibido durante la hospitalización, permitiendo que gran parte de los menores fueron manejados en áreas convencionales mediante vigilancia y medidas terapéuticas habituales, por lo que la baja necesidad de UCI sugiere que solo una pequeña proporción presentó una evolución respiratoria que necesitó de atención y seguimiento intensivo.

Figura No. 22 Distribución según resultado al egreso



Fuente: Base estadística del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”.
Elaborado por: Mota Hidalgo Adriana Leonela - Vera Erazo Yaskara Melanie.

Análisis:

En cuanto al resultado al egreso, se registró que el 70% de los niños recibió el alta hospitalaria, lo que muestra que en la mayoría de los casos se logró estabilizar durante la estancia y no fue necesario prolongar su hospitalización; esto se relaciona con la poca necesidad de UCI y el uso limitado de soporte respiratorio avanzado, lo que permite considerar que gran parte de los pacientes respondió de forma adecuada al manejo recibido y alcanzó condiciones clínicas suficientes para continuar con su recuperación fuera del hospital, mientras que solo un grupo minoritario necesitó permanecer bajo atención o ser transferidos.

DISCUSIÓN

En relación con las características sociodemográficas, en este estudio, el 46% de los niños tenía entre 12 y 23 meses, con una edad promedio de 16,99 meses, el 64% era de sexo masculino y el 80% de zonas urbanas. Estos resultados tienen similitud con Choi et al.(51), quienes reportaron una mediana de edad de 17 meses y un 62% de pacientes masculinos con CRUP. De igual manera, se asemejan a los hallazgos de Yaşar et al.(14), quienes identificaron que el 67% eran niños entre los casos de CRUP recurrente. La coincidencia en edad y sexo se relaciona con que durante estas etapas las vías respiratorias son pequeñas y una inflamación puede dificultar con mayor facilidad el paso del aire. En cuanto a la residencia urbana, no se encontró en los antecedentes revisados un porcentaje similar, por lo que este resultado debe interpretarse según las características de la población y el acceso a los servicios hospitalarios.

Sobre las comorbilidades, el 51% había presentado bronquiolitis, el 77% no registró alergias o asma, el 46% no tuvo episodios previos y el 43% presentó entre uno y dos episodios, mientras que el 49% tuvo como antecedente familiar, la alergia y el 45% asma. Estos resultados son similares a los de Yaşar et al.(14), quienes encontraron que el 41% de estos menores presentó al menos una nueva recurrencia durante los primeros seis meses, porcentaje cercano al 43% con uno o dos episodios observados. En contraste, Fasseeh et al.(16) reportaron antecedentes personales de asma solo en el 7% de los niños con CRUP recurrente, lo que coincide con la baja presencia de alergias o asma observada en este estudio. Esto permite conocer que el CRUP se puede presentar sin enfermedades previas, aunque los episodios anteriores y los antecedentes familiares pueden acompañar una mayor tendencia a la recurrencia.

Sobre las manifestaciones clínicas, en este estudio el 43% presentó tos como síntoma inicial, el 89% tos seca y metálica, el 85% estridor inspiratorio, el 49% disnea moderada y el 52% un nivel moderado de

gravedad según Westley; además, el 41% mantuvo saturación normal y otro 41% presentó hipoxemia leve. Estos hallazgos se asemejan los reportados por Choi et al.(51), donde el 67% de los niños presentó un nivel moderado y describieron como manifestaciones frecuentes la tos característica y el estridor, coincidiendo con el predominio clínico observado en esta investigación. Asimismo, se asemejan a Lam et al.(17), quienes reportaron enfermedad moderada en el 50% de los pacientes con CRUP, porcentaje muy cercano al 52% encontrado en este estudio. Las diferencias restantes se pueden relacionar con el agente causal y con las características de cada población hospitalizada. En conjunto, esta coincidencia indica que la tos, el estridor y la intensidad moderada son características frecuentes entre los niños que requieren atención hospitalaria por CRUP.

En relación con el tratamiento recibido, en este estudio el 95% de los niños recibió corticoides, el 57% epinefrina nebulizada, el 74% no necesitó oxígeno, el 54% permaneció hospitalizado entre uno y tres días, el 94% no requirió UCI y el 70% recibió el alta. Estos resultados son similares a los de Choi et al.(51), quienes administraron corticoides al 81,0% y epinefrina nebulizada al 47,6% de los niños hospitalizados con CRUP, mostrando en ambos estudios una utilización elevada de estos tratamientos. De igual manera, guardan relación con Lam et al.(17), quienes señalaron que la mayoría de los pacientes recibió entre cero y una dosis de dexametasona y presentó una estancia hospitalaria mediana de dos a tres días, según el grupo analizado. Aunque los porcentajes no son idénticos, la tendencia es semejante y muestra que el manejo se concentró principalmente en corticoides, con epinefrina según la gravedad y estancias relativamente cortas. La baja necesidad de UCI y oxígeno en este estudio sugiere que la mayoría respondió favorablemente al tratamiento hospitalario.

CONCLUSIONES

En relación con las características sociodemográficas, predominaron los niños de 12 a 23 meses, con una edad promedio de 16,99 meses, el sexo masculino y la procedencia urbana; esto muestra que la hospitalización por CRUP se concentró en menores que atravesaban el segundo año de vida.

Entre los antecedentes respiratorios predominó la bronquiolitis, pero la mayoría no presentó alergias o asma; además, no había tenido episodios previos, aunque un grupo minoritario registró entre uno y dos episodios. Dentro de los antecedentes familiares destacaron la alergia y el asma, permitiendo identificar la presencia de antecedentes personales y familiares relacionados con problemas respiratorios en los niños evaluados.

En cuanto a las manifestaciones clínicas se destacó la tos como síntoma inicial, presencia de tos seca y metálica, estridor inspiratorio, acompañados con mayor frecuencia de disnea moderada. La saturación mostró valores normales e hipoxemia leve, mientras que predominó la normotermia, el diagnóstico principal fue la laringotraqueítis y un nivel moderado de gravedad según la Escala Westley Croup Score.

El tratamiento médico se basó en el uso de corticoides, administrados a casi todos los niños, seguido por antipiréticos o antibióticos y epinefrina nebulizada. La mayoría no necesitó terapia de oxígeno, lo que permite concluir que el manejo hospitalario se concentró en medidas farmacológicas, mientras que el soporte de oxígeno fue necesario únicamente en una menor proporción de los pacientes atendidos.

RECOMENDACIONES

Fortalecer el talento humano de Enfermería en el primer nivel de atención, especialmente durante las temporadas en que aumentan las enfermedades respiratorias agudas en la población pediátrica, mediante actividades de promoción de la salud, educación a padres y cuidadores y prevención de complicaciones; esto permitirá favorecer la atención temprana de los niños con síntomas respiratorios y contribuir a disminuir la demanda de consultas de emergencia y hospitalizaciones.

Mantener en el hospital protocolos para la valoración y manejo del CRUP que incluyan la identificación de tos seca y metálica, estridor, disnea, saturación de oxígeno, temperatura y aplicación de la Escala Westley Croup Score. También resulta necesario garantizar la disponibilidad de corticoides, epinefrina nebulizada, equipos para oxigenoterapia y personal capacitado para actuar oportunamente ante un aumento de la gravedad.

Fortalecer la trazabilidad y el seguimiento de las enfermedades respiratorias en la población infantil, incluyendo los casos de CRUP, mediante registros clínicos que permitan identificar antecedentes, episodios previos, recurrencias, tratamiento recibido y evolución del paciente; mantener esta información facilitará el seguimiento de los niños afectados y permitirá disponer de datos específicos sobre esta enfermedad dentro de los servicios de salud.

Promover futuras investigaciones que analicen la relación entre la gravedad del CRUP y variables como edad, sexo, antecedentes respiratorios, episodios previos, alergias, antecedentes familiares y manifestaciones clínicas; también sería pertinente estudiar la asociación entre la gravedad, el tratamiento administrado, la duración de la hospitalización, la necesidad de oxígeno y el ingreso a UCI mediante pruebas estadísticas.

REFERENCIAS

1. Kadam SJ, Daley SF, Carr B. Croup. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431070/> PubMed PMID: 28613724.
2. Gupta G, Mahajan K. Acute Laryngitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534871/> PubMed PMID: 30521292.
3. Tebruegge M, Curtis N. Infections of the Upper and Middle Airways. En: Long SS, Prober CG, Fischer M, editores. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases (Fifth Edition) [Internet]. Elsevier; 2020 [citado el 28 de octubre de 2025]. p. 208-215.e4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323401814000281> doi:10.1016/B978-0-323-40181-4.00028-1
4. Ernest S, Khandhar PB. Laryngotracheobronchitis. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK519531/> PubMed PMID: 30137816.
5. Zhu Y, Sun X, Liu G. Characteristics influencing acute laryngitis and laryngeal obstruction in children: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(52). doi:10.1097/MD.00000000000040885
6. Smith DK, McDermott AJ, Sullivan JF. Croup: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2020;97(9). PubMed PMID: 29763253.
7. Johnson DW. Croup. *BMJ Clin Evid*. 2020;2014. PubMed PMID: 25263284; PubMed Central PMCID: PMC4178284.
8. Callén Ma T, Cortés O, Reig I, Grupo De Vías Respiratorias (Gvr) G. Primary care pediatrician and acute laryngitis. *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2023;25(100). doi:10.60147/951ff4e9
9. Chicaiza-Ayala W, Henríquez-Trujillo AR, Ortiz-Prado E, Douce RW, Coral-Almeida M. The burden of acute respiratory infections in Ecuador 2011-2015.

- PLoS ONE. 2020;13(5). doi:10.1371/journal.pone.0196650 PubMed PMID: 29715314; PubMed Central PMCID: PMC5929540.
10. Kadam SJ, Daley SF, Carr B. Croup. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 4 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431070/> PubMed PMID: 28613724.
 11. Retzke J. Croup (Acute Laryngotracheobronchitis). *Pediatr Care Online*. 2021. doi:10.1542/aap.ppcqr.396247
 12. Pierantoni L, Andreozzi L, Stera G, Toschi Vespasiani G, Biagi C, Zama D, et al. National survey conducted among Italian pediatricians examining the therapeutic management of croup. *Respir Med*. 2024;226. doi:10.1016/j.rmed.2024.107587
 13. Kim M, Shin M, Lee Y, Han S. Factors predicting hospitalization of pediatric patients with croup presenting to the emergency department: a retrospective cross-sectional study [Internet]. 2024 [citado el 24 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.signavita.com/articles/10.22514/sv.2024.100> doi:10.22514/sv.2024.100
 14. Yaşar A, Yılmaz Ö, Eres M, Tatar AA, Yüksel H. Predictors of prognosis in children under six years of age with recurrent croup: a retrospective cohort study. *BMC Pediatr*. 2026;26(1):557. doi:10.1186/s12887-026-06894-4
 15. Di Cicco ME, Fenu G, Ferrante G, Nenna R, Porcaro F, La Grutta S. Italian Pediatric Respiratory Society (SIMRI) position paper on treatment of croup in childhood: an expert group statement approved by SIMRI Advocacy Council and Executive Committee. *Pediatr Respir J*. 2025;03(03). doi:10.56164/PediatrRespirJ.2025.75
 16. Fasseeh O, Fasseeh N, Abougabal M, Heiba D. Flexible bronchoscopic findings in children with recurrent croup: a retrospective study from Alexandria university children's hospital. *Egypt J Bronchol*. 2025;19(1):135. doi:10.1186/s43168-025-00477-0
 17. Lam MC, Lam DS. The Omicron variant of COVID-19 and its association with croup in children: a single-centre study in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2024. doi:10.12809/hkmj2210455

18. Asmundsson AS, Arms J, Kaila R, Roback MG, Theiler C, Davey CS, et al. Hospital Course of Croup After Emergency Department Management. *Hosp Pediatr*. 2022;9(5):326–32. doi:10.1542/hpeds.2018-0066
19. Anjum DrMU, Ali DrR. Croup (Laryngotracheobronchitis). *Sch J Appl Med Sci*. 2024;10(05). doi:10.36347/sjams.2024.v12i05.021
20. Song HY, Kwon JH, Park SH, Kim MJ, Byun YH, Paek SH. Comparison of Croup Management Patterns between Pediatricians and Emergency Medicine Physicians: A Single Pediatric Emergency Department Study. *J Clin Med*. 2024;13(20). doi:10.3390/jcm13206095 PubMed PMID: 39458045; PubMed Central PMCID: PMC11508929.
21. Ernest S, Khandhar PB. Laryngotracheobronchitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 23 de febrero de 2026]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519531/> PubMed PMID: 30137816.
22. Gupta G, Mahajan K. Acute Laryngitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 23 de febrero de 2026]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534871/> PubMed PMID: 30521292.
23. Zhu Y, Sun X, Liu G. Characteristics influencing acute laryngitis and laryngeal obstruction in children: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(52). doi:10.1097/MD.00000000000040885 PubMed PMID: 39969319; PubMed Central PMCID: PMC11688030.
24. Kim Y, Park JE, Kim JH. Plain Radiographic Analysis of Laryngeal Dimensions in Young Children: Normal versus Croup. *Children*. 2022;9(10). doi:10.3390/children9101532
25. Retzke J. Croup (Acute Laryngotracheobronchitis). *Pediatr Care Online*. 2021. doi:10.1542/aap.ppcqr.396247
26. Zhou P, Zhong L, Ding X, Moslehi MA, Liu S, Peng L, et al. Clinical characteristics and treatment for laryngeal cyst in children: a case series study. *Front Surg*. 2025;12. doi:10.3389/fsurg.2025.1469405
27. Islam DrMA, Choudhury ProfDrAA, Akter DrH, Kamal DrMdN, Islam MdT. “Prevalence and risk factors of laryngitis among suspected patients attending otolaryngology department of a tertiary care hospital”. *IOSR J Dent Med Sci*. 2024;23(12). doi:10.9790/0853-2312056166

28. Zhu Y, Sun X, Liu G. Characteristics influencing acute laryngitis and laryngeal obstruction in children: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(52). doi:10.1097/MD.00000000000040885
29. Clementi N, Ghosh S, De Santis M, Castelli M, Criscuolo E, Zanoni I, et al. Viral Respiratory Pathogens and Lung Injury. *Clin Microbiol Rev*. 2021;34(3). doi:10.1128/CMR.00103-20 PubMed PMID: 33789928; PubMed Central PMCID: PMC8142519.
30. Laurens MB. Infectious Diseases. En: Naga O, editor. *Pediatric Board Study Guide: A Last Minute Review* [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024 [citado el 23 de febrero de 2026]. p. 255–320. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-65148-9_9 doi:10.1007/978-3-031-65148-9_9
31. Susaman N, Muluk NB, Jovancevic L. Laryngitis. En: Cingi C, Yorgancioğlu A, Bayar Muluk N, Cruz AA, editores. *Airway Diseases* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado el 23 de febrero de 2026]. p. 537–45. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-22483-6_34-1 doi:10.1007/978-3-031-22483-6_34-1
32. Clementi N, Ghosh S, De Santis M, Castelli M, Criscuolo E, Zanoni I, et al. Viral Respiratory Pathogens and Lung Injury. *Clin Microbiol Rev*. 2021;34(3). doi:10.1128/cmr.00103-20
33. Mazurek H, Bręborowicz A, Doniec Z, Emeryk A, Krenke K, Kulus M, et al. Acute Subglottic Laryngitis. Etiology, Epidemiology, Pathogenesis and Clinical Picture. *Adv Respir Med*. 2021;87(5). doi:10.5603/ARM.2019.0056
34. Wang Y. Case Report: A Rare Cause of Stridor and Hoarseness in Infants—Congenital Laryngeal Web. *Front Pediatr*. 2022;10. doi:10.3389/fped.2022.875137
35. Carvalho LMR, Barbosa AP de O, Laismann NA, Barros DSL, Lima RF, Santana RS. Quality assessment of clinical guidelines in the care of laryngitis and pharyngitis according to AGREE II. *CoDAS*. 2025;37(1). doi:10.1590/2317-1782/e20240016en PubMed PMID: 39879424; PubMed Central PMCID: PMC11781360.
36. Añón-Hidalgo J, Trincado-Lamuño R, Esparza-Isasa E, Alonso-Cadenas JA, Andina-Martínez D. Acute laryngitis in a paediatric emergency department

- before and after the COVID-19 pandemic. Has anything changed? *An Pediatr*. 2024;100(1). doi:10.1016/j.anpede.2023.11.011
37. Calderaro A, Buttrini M, Farina B, Montecchini S, De Conto F, Chezzi C. Respiratory Tract Infections and Laboratory Diagnostic Methods: A Review with A Focus on Syndromic Panel-Based Assays. *Microorganisms*. 2022;10(9). doi:10.3390/microorganisms10091856 PubMed PMID: 36144458; PubMed Central PMCID: PMC9504108.
 38. Meng X, Han C, Wang Y. Acute epiglottitis caused by COVID-19: A systematic review. *Biomol Biomed*. 2023;23(4). doi:10.17305/bb.2022.8861 PubMed PMID: 36946336; PubMed Central PMCID: PMC10351101.
 39. Hungenberg M, Rincon P, Houss B, DeSanto K. Do steroids help reduce symptoms of laryngitis (ie, vocal recovery)? *Evid-Based Pract*. 2024;27(1):19. doi:10.1097/EBP.0000000000001975
 40. Yao TC, Wang JY, Chang SM, Chang YC, Tsai YF, Wu AC, et al. Association of Oral Corticosteroid Bursts With Severe Adverse Events in Children. *JAMA Pediatr*. 2021;175(7). doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0433
 41. Costa E, Pazinato DB, Trevisan LP, Maunsell R. Post-extubation laryngitis in children: diagnosis, management and follow-up. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2024;90(4). doi:10.1016/j.bjorl.2024.101440
 42. Horugavye L, Ngendakuriyo G, Nderagakura S, Murisho O, Josué, Ndayishemeze, et al. From Caseload to Health System Change: Patterns and Outcomes of Pediatric ENT Emergencies in Burundi—A Hospital-Based Analysis of Burden, Severity Profiles, and Clinical Outcomes. *Open Access Libr J*. el 22 de diciembre de 2025;12(12). doi:10.4236/oalib.1114678
 43. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Primera. Vol. 1. Montecristi, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. 216 p. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
 44. El Congreso Nacional. Ley Organica de Salud [Internet]. Sec. El Congreso Nacional. 2012. p. 1–61. Disponible en: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

45. Congreso Nacional. Ley de Derechos y Amparo al Paciente [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
46. Johnson CD, Green BN. Education Descriptive Reports: How to Publish Pragmatic Studies in Education. *J Chiropr Humanit*. 2022;29. doi:10.1016/j.echu.2022.06.001 PubMed PMID: 35935806; PubMed Central PMCID: PMC9344319.
47. Kotronoulas G, Miguel S, Dowling M, Fernández-Ortega P, Colomer-Lahiguera S, Bağcıvan G, et al. An Overview of the Fundamentals of Data Management, Analysis, and Interpretation in Quantitative Research. *Semin Oncol Nurs*. 2023;Special Issue on Research Scholarship39(2). doi:10.1016/j.soncn.2023.151398
48. Lobos E, Catanzariti A, McMillen R. Critical Analysis of Retrospective Study Designs: Cohort and Case Series. *Clin Podiatr Med Surg*. 2024;41(2). doi:10.1016/j.cpm.2023.09.002 PubMed PMID: 38388124.
49. Hunziker S, Blankenagel M. Cross-Sectional Research Design. Hunziker S, Blankenagel M, editores. *Res Des Bus Manag Pract Guide Stud Res*. 2024. doi:10.1007/978-3-658-42739-9_10
50. Westley CR, Cotton EK, Brooks JG. Nebulized racemic epinephrine by IPPB for the treatment of croup: a double-blind study. *Am J Dis Child* 1960. 1978;132(5). doi:10.1001/archpedi.1978.02120300044008 PubMed PMID: 347921.
51. Choi YY, Kim YS, Lee SY, Sim J, Choe YJ, Han MS. Croup as a Manifestation of SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection in Young Children. *J Korean Med Sci*. 2022;37(20):e140. doi:10.3346/jkms.2022.37.e140

ANEXOS

Anexo 1.



Guayaquil, 13 de febrero del 2026

Srta. Adriana Leonela Mota Hidalgo
Srta. Yaskara Melanie Vera Erazo
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, **“Características clínicas de la laringitis aguda (CRUP) en niños menores de 3 años ingresados en un hospital de Guayaquil”** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Geny Rivera Salazar.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética
Terapia Física

Atentamente,



Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4871
Guayaquil-Ecuador

cc. Archivo

Anexo 2.



Ministerio de Salud Pública
Hospital del Niño "Dr. Francisco Icaza Bustamante"
Gerencia Hospitalaria
Dirección Asistencial

Memorando Nro. MSP-DP09-HFIB-DA-2026-1638-M

Guayaquil, 03 de agosto de 2026

PARA: Sra. Mgs. Mercedes Margarita Chimbo Jiménez
Coordinadora de Docencia e Investigación - HFIB

Sra. Mgs. Melva Jazmín Infante Jaramillo
Coordinadora de la Gestión de Admisiones y Estadísticas - HFIB

ASUNTO: EN RESPUESTA A: SOLICITUD DE RECOLECCIÓN DE DATOS:
ESTUDIANTES YASKARA VERA ERAZO Y ADRIANA MOTA
HIDALGO

De mi consideración:

Cordiales saludos, por medio del presente me permito remitir a usted para conocimiento y fines pertinentes el Memorando No. MSP-DP09-HFIB-GDI-2026-0245-M, enviado por la Sra. Mgs. Mercedes Margarita Chimbo Jiménez, Coordinadora de Docencia e Investigación; mismo que indica lo siguiente:

Saludos cordiales, el motivo de la presente es en atención a lo solicitado por Yaskara Vera Erazo y Adriana Mota Hidalgo internas de Enfermería de UCSG para realizar tema de titulación CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA FARINGITIS AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS HOSPITALIZADOS, periodo 1 de enero del 2024 al 1 de enero del 2026.

Quien suscribe informa que luego de revisar la documentación habilitante se considera pertinente recomendar a la Dirección Asistencial autorizar el desarrollo del tema expuesto así como autorizar el acceso a la siguiente data: CIE 10 J05.0

Con alta estima.

En atención a los antecedentes expuestos, esta Dirección Asistencial valida el presente requerimiento, el cual fue debidamente analizado, por lo que solicito a usted, y por su digno intermedio, se sirva gestionar y dar continuidad al acceso a los datos estadísticos.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Ministerio de Salud Pública
Hospital del Niño "Dr. Francisco Icaza Bustamante"
Gerencia Hospitalaria
Dirección Asistencial

Memorando Nro. MSP-DP09-HFIB-DA-2026-1638-M

Guayaquil, 03 de agosto de 2026

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Lina Lorena Bravo Vera
DIRECTORA ASISTENCIAL - HFIB

Referencias:

- MSP-DP09-HFIB-GDI-2026-0245-M

Anexos:

- yaskara_melanie_vera_crazo.pdf
- adriana_leonela_mota_hidalgo.pdf



Urb. El Guano, Guayaquil - Ecuador
Teléfono: 041 222 2222
LINA LORENA BRAVO
VERA

Dirección: Avenida Guío y Gómez Rendón
Código Postal: 090315 / Guayaquil - Ecuador
www.hfib.gub.ec

EL NUEVO
ECUADOR // DEFIENDE
IMPULSA
CONSTRUYE

2/2



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

MATRIZ DE RECOLECCIÓN INDIRECTA

Tema: Características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados.

Objetivo: Recabar información referente a las características clínicas de la laringitis aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados.

Instrucciones para el observador:

- Señale con una "X" la información requerida en los casilleros en blanco.
- Gracias por la colaboración

a. Características sociodemográficas

1. Edad

- ☐ 0 a 5 meses
- ☐ 6 a 11 meses
- ☐ 12 a 23 meses
- ☐ 24 a 36 meses

3. Lugar de residencia

- ☐ Urbana
- ☐ Rural

2. Sexo

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

b. Comorbilidades

4. Antecedentes de infecciones respiratorias previas

- ☐ Bronquiolitis
- ☐ Neumonía
- ☐ Bronquitis

6. Número de episodios previos

- ☐ Más de 3 episodios
- ☐ 1 a 2 episodios
- ☐ Ninguno

5. Antecedentes de alergias o asma

- ☐ Si
- ☐ No

7. Antecedentes familiares

- ☐ Asma
- ☐ Alergia
- ☐ EPOC

c. Características clínicas - Escala Westley Croup Score

8. Escala Westley Croup Score

8.a. Retracciones de pared torácica

- ☐ Ninguna (0)
- ☐ Leve (1)
- ☐ Moderada (2)
- ☐ Severa (3)

8.b. Estridor

- ☐ Ninguno (0)
- ☐ Con agitación (1)
- ☐ En reposo (2)

8.c. Cianosis

- ☐ Ninguna (0)
- ☐ Con agitación (4)
- ☐ En reposo (5)

8.d. Nivel de conciencia

- ☐ Normal (0)
- ☐ Desorientado/Letárgico (5)

8.e. Entrada de aire

- ☐ Normal (0)
- ☐ Disminuida (1)
- ☐ Marcadamente disminuida (2)

Puntaje total: _____

9. Nivel de gravedad según puntaje:

- ☐ Leve (≤ 2)
- ☐ Moderado (3–5)
- ☐ Severo (6–11)
- ☐ Falla respiratoria ≥ 12

10. Síntoma principal de inicio

- ☐ Tos
- ☐ Estridor
- ☐ Fiebre
- ☐ Disfonía
- ☐ Dificultad respiratoria
- ☐ Otros

11. Presencia de tos seca y metálica

- ☐ Si
- ☐ No

12. Tipo de disnea

- ☐ Severo
- ☐ Moderado
- ☐ Leve
- ☐ Ausente

13. Saturación de oxígeno

- ☐ Normal 95%
- ☐ Leve hipoxemia 90-94%
- ☐ Moderada a severa $< 90\%$

14. Temperatura corporal

- ☐ Normotermia 36.0-37.4°C
- ☐ Febrícula 37.5-37.9°C
- ☐ Fiebre $> 38.0^{\circ}\text{C}$
- ☐ Hipotermia $< 36.0^{\circ}\text{C}$

15. Diagnóstico clínico principal

- ☐ Laringotraqueitis
- ☐ Laringotraqueobronquitis
- ☐ Epilottitis
- ☐ Otro

d. Tratamiento recibido

16. Corticoides

- ☐ Si
- ☐ No

17. Epinefria nebulizada

- ☐ Si
- ☐ No

18. Antipiréticos / antibióticos

- ☐ Si
- ☐ No

19. Terapia de oxígeno

- ☐ Ninguna
- ☐ Oxigenoterapia alto flujo
- ☐ CPAP
- ☐ Intubación y ventilación mecánica

20. Duración de hospitalización

- ☐ Menos de 24 horas
- ☐ 1 a 3 días
- ☐ Más de 3 días

21. Necesidad de UCI

- ☐ Si
- ☐ No

22. Resultado al egreso

- ☐ Alta
- ☐ Mejoría
- ☐ Transferido



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mota Hidalgo Adriana Leonela**, con C.C.: # **0931588677** autora del trabajo de titulación: **Características Clínicas de la Laringitis Aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados.** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** 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, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

f. _____

Mota Hidalgo Adriana Leonela

C.C.: **0931588677**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Erazo Yaskara Melanie**, con C.C.: # **0929195493** autora del trabajo de titulación: **Características Clínicas de la Laringitis Aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados.** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** 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, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

f. _____

Vera Erazo Yaskara Melanie

C.C.: 0929195493



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Características Clínicas de la Laringitis Aguda (crup) en niños menores de 3 años hospitalizados.		
AUTOR(ES)	Mota Hidalgo Adriana Leonela Vera Erazo Yaskara Melanie		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Mgs. Rivera Salazar Geny Margoth PhD.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2026	No. DE PÁGINAS:	68
ÁREAS TEMÁTICAS:	Línea de investigación: Promoción y prevención de la salud infantil		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Laringitis aguda; CRUP; Estridor; Laringotraqueítis; Escala Westley Croup Score.		
RESUMEN/ABSTRACT:			
La laringitis aguda o CRUP es una enfermedad respiratoria frecuente en la infancia, principalmente entre los seis meses y tres años, caracterizada por inflamación de la vía aérea superior, tos seca y metálica, estridor inspiratorio y dificultad respiratoria en los casos de mayor gravedad. Objetivo: Determinar las características clínicas de la laringitis aguda (CRUP) en niños menores de 3 años hospitalizados en el Hospital del Niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante”. Diseño metodológico: Estudio con enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño retrospectivo y de corte transversal. Población: 243 niños menores de 3 años hospitalizados con diagnóstico de laringitis aguda en el servicio de pediatría del Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante” durante el año 2024. Técnica: Observación indirecta. Instrumento: Matriz de observación indirecta y Escala Westley Croup Score. Resultados: Predominaron los niños de 12 a 23 meses (46%), con una edad promedio de 16,99 meses, el sexo masculino (64%) y la residencia urbana (80%). Como antecedente respiratorio destacó la bronquiolitis (51%). Entre las manifestaciones clínicas, el 89% presentó tos seca y metálica, el 85% estridor inspiratorio y el 49% disnea moderada; además, el 78% tuvo diagnóstico de laringotraqueítis y el 52% presentó un nivel moderado de gravedad. En cuanto al tratamiento, el 95% recibió corticoides, el 57% epinefrina nebulizada y el 62% antipiréticos o antibióticos. Conclusión: El CRUP hospitalizado predominó durante el segundo año de vida y presentó principalmente manifestaciones respiratorias características, con gravedad moderada según la Escala Westley Croup Score. El manejo estuvo basado principalmente en medidas farmacológicas, mientras que la mayoría de los pacientes no requirió terapia de oxígeno.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: 0989324932 0969389134	E-mail: adr_ileo10@hotmail.com yaskaritaerazo@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Mgs. Rivera Salazar Geny Margoth PhD. Teléfono: +593-993095069 E-mail: geny.rivera@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):			