Comunicación Corta / Short Communication
10.18004/mem.iics/1812-9528/2026.e24142602

Frecuencia y características clínicas de las infecciones respiratorias agudas en niños de 0 a 5 años atendidos en un servicio de urgencias pediátricas de un hospital de referencia, 2024

Daysi Johana Judith Diarte Ortigoza[1], Pedro Arturo Paredes Cañete[1], *Laura Silvana Aria Zaya[1]

[1]Universidad del Pacífico, Facultad de Medicina. Asunción, Paraguay

***Editor Responsable: María Gloria Pedrozo Arrúa**. Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. San Lorenzo, Paraguay. Email: mariagloriapedrozo@gmail.com*

Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article:

Diarte Ortigoza DJJ, Paredes Cañete PA, Aria Zaya LS. Frecuencia y características clínicas de las infecciones respiratorias agudas en niños de 0 a 5 años atendidos en un servicio de urgencias pediátricas de un hospital de referencia, 2024. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2026; 24(1): *e24142602*. 10.18004/mem.iics/1812-9528/2026.e24142602

RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una causa principal de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años, especialmente en países en desarrollo. Determinar la frecuencia y características clínicas de las infecciones respiratorias agudas en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de urgencias pediátricas durante el año 2024, así como describir los factores de riesgo asociados. Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en 153 niños. Se analizaron fichas clínicas registrando variables sociodemográficas y clínicas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Predominó el sexo masculino (64,7%) y la franja menor de 1 año (46,4%). La neumonía adquirida en la comunidad fue la enfermedad más frecuente (61,4%), seguida por bronquiolitis (47,1%); cabe destacar que algunos pacientes presentaron cuadros concomitantes. Los síntomas principales fueron dificultad respiratoria (78,4%) y tos seca (49,7%). El 94,1% requirió internación, lo cual refleja la alta complejidad de los casos atendidos en el servicio de urgencias. Solo el 65% presentó esquema de vacunación completo. Las IRA presentan una alta carga de hospitalización y gravedad en lactantes. La neumonía y bronquiolitis predominan con perfiles clínicos diferenciados. La brecha en la cobertura vacunal resalta la necesidad de fortalecer la prevención primaria.

Palabras clave: infecciones respiratorias, pediatría, neumonía, bronquiolitis, hospitalización.

Frequency and clinical characteristics of acute respiratory infections in children aged 0 to 5 years treated in the pediatric emergency department of a reference hospital, 2024

ABSTRACT

Acute respiratory infections (ARIs) remain a leading cause of morbidity and mortality in children under five years of age, particularly in developing countries. This study aimed to determine the frequency of ARIs in children aged 0–5 years treated in a pediatric emergency department in 2024, and to describe their associated risk factors and clinical characteristics. An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted on 153 children. Clinical records were reviewed using non-probabilistic convenience sampling to collect sociodemographic and clinical variables. Males (64.7%) and infants under 1 year of age (46.4%) predominated. Community-acquired pneumonia was the most frequent diagnosis (61.4%), followed by bronchiolitis (47.1%), with some patients presenting with concomitant conditions. The primary symptoms were respiratory distress (78.4%) and a non-productive cough (49.7%). Hospitalization was required in 94.1% of cases, reflecting the high clinical complexity of patients managed in the emergency setting. Notably, only 65.0% of the patients had a complete vaccination schedule. In conclusion, ARIs impose a heavy hospitalization burden and exhibit high severity in infants. Pneumonia and bronchiolitis predominate with distinct clinical profiles, and the gap in vaccination coverage highlights the urgent need to strengthen primary prevention strategies.

Keywords: respiratory tract infections, pediatrics, pneumonia, bronchiolitis, hospitalization.

***Recepción:** 27/08/2025. **Revisión:** 25/09/2025. **Aceptación:** 09/09/2026.*
***Autor correspondiente: Laura Silvana Aria Zaya,** Facultad de Medicina, Universidad del Pacífico. Asunción, Paraguay. Email: lauraariazaya@gmail.com*

This is an open access article published under a Creative Commons License.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) comprenden un conjunto de patologías del tracto respiratorio superior e inferior, de evolución menor a 15 días, y constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en menores de cinco años, especialmente en países en desarrollo[1,2]. La mayoría de los casos son de origen viral, seguidos por infecciones bacterianas, afectando principalmente las vías respiratorias altas en la población pediátrica[1].

Estas infecciones representan un importante problema de salud pública y constituyen una de las principales causas de consulta en servicios de pediatría[3]. Durante los primeros años de vida, un niño puede presentar entre 4 y 6 episodios anuales, lo cual se relaciona con la inmadurez del sistema inmunológico y la alta exposición a agentes infecciosos en esta etapa del desarrollo[1,4]. Asimismo, estas infecciones no solo tienen impacto clínico, sino que también pueden afectar el desarrollo social y académico de los niños afectados[5].

Diversos factores ambientales, biológicos y sociales han sido asociados con una mayor susceptibilidad a las IRA en la infancia, entre ellos la edad temprana, el bajo peso al nacer, la desnutrición, las inmunodeficiencias, el hacinamiento y las condiciones precarias del hogar[6]. Asimismo, el nivel educativo materno y las deficiencias en la prevención primaria se han relacionado con la progresión hacia formas graves que pueden requerir hospitalización, como neumonía y bronquiolitis[7,8].

En este contexto, estudios en población pediátrica han evidenciado que factores como la edad entre 1 y 3 años, las condiciones desfavorables del hogar y el bajo nivel educativo materno se asocian significativamente con la aparición de estas infecciones[6].

Desde el punto de vista etiológico, aproximadamente el 90% de las IRA son de origen viral, siendo el virus sincitial respiratorio el agente más frecuente en menores de un año, seguido por influenza, parainfluenza, rinovirus y coronavirus. También pueden intervenir bacterias como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp.* y otros agentes en menor proporción[4].

En cuanto a su presentación clínica, estas patologías abarcan un espectro que va desde el resfriado común hasta formas más graves como bronquitis, bronquiolitis y neumonía, manifestándose con síntomas como obstrucción nasal, tos, rinorrea, odinofagia, otalgia y dificultad respiratoria[7]. La presentación depende del segmento del tracto respiratorio afectado, aunque existe superposición clínica entre los distintos cuadros.

La incidencia de estas infecciones presenta un comportamiento estacional, con incremento durante los meses de invierno, y una mayor frecuencia en el sexo masculino[9]. Además, la transmisión ocurre principalmente mediante aerosoles y microgotas expulsadas al toser o estornudar, así como por contacto con superficies contaminadas[10].

Diversos estudios señalan que la mayoría de las muertes asociadas a estas infecciones ocurre en menores de cinco años, siendo la neumonía una de las principales causas de mortalidad; no obstante, se trata de enfermedades prevenibles y tratables si se diagnostican oportunamente[8].

Dado el impacto de estas enfermedades en la salud pública y el bienestar infantil, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de las infecciones respiratorias agudas y describir sus características clínicas en niños menores de cinco años atendidos en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Nacional de Itauguá durante el año 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Nacional de Itauguá durante el año 2024. Se incluyeron todos los niños con diagnóstico de infección respiratoria aguda (IRA), definida como la presencia de signos y síntomas respiratorios con una evolución menor a 15 días, excluyéndose aquellos con registros clínicos incompletos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

El servicio de urgencias pediátricas de la institución es un centro de referencia para patologías de diversa complejidad, por lo que se incluyen tanto pacientes de manejo ambulatorio como aquellos que requieren observación o internación. Asimismo, el Hospital Nacional de Itauguá es el principal centro hospitalario de referencia pública de nivel nacional en Paraguay; dada su alta complejidad, atiende la demanda poblacional local y concentra la derivación de los casos de mayor gravedad de todo el país junto con el Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Los diagnósticos fueron clasificados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Se analizaron variables sociodemográficas como edad y sexo, así como variables clínicas que incluyeron el tipo de infección respiratoria (alta o baja) y el diagnóstico específico. Asimismo, se registraron los métodos diagnósticos utilizados, tales como radiografía de tórax, estudios de laboratorio y otros estudios complementarios según disponibilidad y criterio clínico.

En cuanto al manejo terapéutico, se evaluó el uso de soporte respiratorio, definido como la administración de oxígeno suplementario mediante cánula nasal, mascarilla o ventilación mecánica; el soporte nutricional, definido como hidratación parenteral o alimentación enteral asistida; y el soporte infectológico, definido como la administración de tratamiento antimicrobiano (antibióticos o antivirales) según el diagnóstico y criterio clínico. También se consideró la condición al egreso, clasificándola en manejo ambulatorio u hospitalización.

El tamaño de muestra se calculó considerando un nivel de confianza del 95%, una precisión del 6% y una proporción esperada del 10,7% correspondiente a la prevalencia de aislamiento de Virus Respiratorio Sincitial en episodios de infecciones respiratorias agudas, reportado en el estudio antecedente de Chirinos-Saire et al.[11]. Este cálculo arrojó un tamaño mínimo de 101 fichas a ser evaluadas mediante el programa EpiDat versión 3.1. Los criterios de selección se aplicaron de forma consecutiva sobre los registros del periodo establecido hasta agotar la población disponible.

Los datos fueron obtenidos a partir de las fichas clínicas y organizados en una base de datos para su análisis. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para el análisis inferencial, se utilizó la prueba exacta de Fisher para la comparación de variables cualitativas, considerándose un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El procesamiento de los datos se llevó a cabo utilizando el programa EpiInfo™ versión 7.2 (CDC, Atlanta, EE.UU.).

El estudio se realizó respetando los principios éticos para la investigación en seres humanos, garantizando la confidencialidad de la información mediante la anonimización de los datos. El protocolo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Del Pacífico con N° 032-2025 CE y autorizado por los directivos del Hospital Nacional de Itauguá. El estudio se adhirió a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki 2024.

RESULTADOS

De los 153 pacientes estudiados, el 64,7% (99) fueron del sexo masculino, el promedio de edad fue de 1,71±1,58 años, el rango de edad más frecuente fue menor a 1 año con el 46,4 % (71), la mayoría pertenece al departamento Central con el 68,6% (105) como puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio (n=153).

Características	Frecuencia	Porcentaje
SEXO		
Femenino	54	35,3
Masculino	99	64,7
RANGO DE EDAD		
Menor a 1 año	71	46,4
1 a 3 años	49	32,0
4 a 5 años	33	21,6
DEPARTAMENTO		
Central	105	68,6
Cordillera	12	7,8
Paraguarí	6	3,9
Concepción	5	3,3
Misiones	4	2,6
Alto Paraná	4	2,6
Guairá	4	2,6
San Pedro	4	2,6
Caaguazú	3	2,0
Canindeyú	3	2,0
Amambay	1	0,7
Caazapá	1	0,7
Presidente Hayes	1	0,7

La neumonía adquirida en la comunidad fue la enfermedad más frecuente 61,4% (94/153), seguida de la bronquiolitis 47,1% (72/153). Algunos pacientes presentaron diagnósticos concomitantes, por lo que la suma de frecuencias supera el total de la muestra. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Enfermedades respiratorias más frecuentes (n=153).

Tipos de enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Neumonía adquirida en la comunidad	94	61,4
Bronquiolitis	72	47,1
Bronquitis	5	3,3
Influenza	2	1,3
Laringitis	2	1,3
Faringoamigdalitis	2	1,3

Los porcentajes se calcularon sobre el n=153. La suma de las frecuencias es mayor al total debido a la presencia de diagnósticos asociados en un mismo paciente.

En el total de la muestra, los signos más frecuentes fueron la dificultad respiratoria (78,4%; 120/153) y la tos seca (49,7%; 76/153). El 94,1% (144/153) requirió internación y el 89,5% (137/153) soporte respiratorio.

Se identificó que la dificultad respiratoria fue el signo más frecuente, presentándose en el 80,9% de las neumonías y el 76,4% de las bronquiolitis. La congestión nasal fue más frecuente en la bronquiolitis (36,1%) frente a la neumonía (10,6%), mientras que el derrame pleural (4,3%) y el uso de tubo de drenaje (10,6%) se observaron principalmente en los cuadros de neumonía, con un caso de cada uno en bronquitis. En cuanto al manejo, el 97,2% de los pacientes con bronquiolitis requirió oxigenoterapia y el 52,8% necesitó aspiración de secreciones. El uso de antibioticoterapia fue mayor en la neumonía (48,9%) en comparación con la bronquiolitis (23,6%). Los procedimientos de mayor complejidad fueron poco frecuentes: intubación orotraqueal en 3 pacientes (2,0%) y vía venosa central en 11 (7,2%), principalmente en neumonía. En relación con los métodos diagnósticos, la radiografía de tórax fue utilizada en el 75,5% de los pacientes con neumonía y en el 62,5% de los casos de bronquiolitis. Asimismo, los estudios de laboratorio se

realizaron en el 85,1% de los pacientes con neumonía frente al 18,1% en bronquiolitis, y el hisopado o panel viral en el 75,5% y 16,7%, respectivamente.

Tabla 3. Perfil clínico y manejo por patología (n=153).

Variables	Neumonía (n=94)	Bronquiolitis (n=72)	Bronquitis (n=5)	Influenza (n=2)	Laringitis (n=2)	Faringoamigdalitis (n=2)
Signos y síntomas						
Dificultad respiratoria	76 (80,9%)	55 (76,4%)	5 (100,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	0
Tos seca	48 (51,1%)	35 (48,6%)	1 (20,0%)	2 (100,0%)	1 (50,0%)	0
Tos productiva	26 (27,7%)	20 (27,8%)	4 (80,0%)	0	0	0
Fiebre	56 (59,6%)	24 (33,3%)	3 (60,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100,0%)
Rinorrea	26 (27,7%)	17 (23,6%)	3 (60,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0
Congestión nasal	10 (10,6%)	26 (36,1%)	0	0	0	0
Derrame pleural	4 (4,3%)	0	1 (20,0%)	0	0	0
Vómitos	12 (12,8%)	7 (9,7%)	0	0	0	1 (50,0%)
Métodos diagnósticos						
Radiografía de tórax	71 (75,5%)	45 (62,5%)	2 (40,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Laboratorio clínico	80 (85,1%)	13 (18,1%)	5 (100,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	1 (50,0%)
Hisopado / panel viral	71 (75,5%)	12 (16,7%)	5 (100,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Cultivo / hemocultivo	44 (46,8%)	19 (26,4%)	4 (80,0%)	1 (50,0%)	0	2 (100,0%)
Manejo clínico						
Internación	89 (94,7%)	71 (98,6%)	5 (100,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Soporte respiratorio (oxígeno)	82 (87,2%)	70 (97,2%)	3 (60,0%)	2 (100,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Terapia antibiótica	46 (48,9%)	17 (23,6%)	4 (80,0%)	2 (100,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Soporte infectológico	33 (35,1%)	11 (15,3%)	0	0	0	1 (50,0%)
Aspiración de secreciones	12 (12,8%)	38 (52,8%)	1 (20,0%)	0	0	0
Tubo de drenaje	10 (10,6%)	0	1 (20,0%)	0	0	0

Los porcentajes se calcularon sobre el total de pacientes por cada patología. Un mismo paciente pudo presentar más de un diagnóstico.

En la Tabla 4 se presenta el análisis comparativo entre las dos patologías principales. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en variables clínicas, de manejo y en métodos diagnósticos como laboratorio clínico, hisopado viral y cultivo. No se evidenciaron diferencias significativas en el uso de radiografía de tórax.

Tabla 4. Análisis comparativo de variables clínicas, de manejo y métodos diagnósticos entre Neumonía y Bronquiolitis (n=166)*.

Variables	Neumonía (n=94)	Bronquiolitis (n=72)	Valor *p***
Clínica			
Fiebre	56 (59,6%)	24 (33,3%)	0,001
Congestión nasal	10 (10,6%)	26 (36,1%)	<0,001
Dificultad respiratoria	76 (80,9%)	55 (76,4%)	0,578
Manejo			
Terapia antibiótica	46 (48,9%)	17 (23,6%)	0,001
Aspiración de secreciones	12 (12,8%)	38 (52,8%)	<0,001
Soporte respiratorio (oxígeno)	82 (87,2%)	70 (97,2%)	0,028
Métodos diagnósticos			
Radiografía de tórax	71 (75,5%)	45 (62,5%)	0,082
Laboratorio clínico	80 (85,1%)	13 (18,1%)	<0,001
Hisopado / panel viral	71 (75,5%)	12 (16,7%)	<0,001
Cultivo / hemocultivo	44 (46,8%)	19 (26,4%)	0,009

** representa el número de eventos diagnósticos; un mismo paciente pudo presentar más de una patología respiratoria, por lo que la suma de diagnósticos puede exceder el número total de pacientes (n:153). ** Valor p calculado mediante la prueba exacta de Fisher*

En relación con el esquema de vacunación, el 65% (100/153) de los pacientes contaba con esquema completo para la edad según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, mientras que el 35% (53/153) presentaba esquema incompleto o no disponía de carnet de vacunación.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se observó un predominio del sexo masculino (64,7%) y una mayor afectación en menores de un año (46,4%). Estos hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura regional, donde se describe una mayor vulnerabilidad en lactantes varones durante el primer año de vida, posiblemente asociada a factores biológicos y del desarrollo inmunológico[12].

La concentración del 68,6% de los pacientes provenientes del departamento Central es relevante desde el punto de vista epidemiológico, ya que diversos estudios han señalado que las infecciones respiratorias agudas se asocian a condiciones de hacinamiento, urbanización y acceso limitado a servicios de salud en zonas de alta densidad poblacional[7,13].

En relación con las patologías identificadas, la neumonía adquirida en la comunidad fue la más frecuente (61,4%), seguida por la bronquiolitis (47,1%). Este patrón es consistente con lo descrito en estudios hospitalarios pediátricos, donde la neumonía continúa siendo una de las principales causas de morbilidad grave en menores de cinco años[3], mientras que la bronquiolitis se mantiene como una entidad predominante asociada a etiología viral[4].

Un hallazgo relevante fue la coexistencia de diagnósticos concomitantes en algunos pacientes, lo que explica la superposición de frecuencias. Este comportamiento ha sido descrito previamente en estudios de vigilancia respiratoria, donde se reconoce la dificultad de delimitación clínica entre entidades respiratorias en pediatría[13,14].

El análisis comparativo entre neumonía y bronquiolitis mostró diferencias estadísticamente significativas en variables clínicas y de manejo. La fiebre y el uso de antibióticos fueron más frecuentes en neumonía, lo cual es consistente con su mayor probabilidad de etiología bacteriana o sobreinfección[8,11]. En contraste, la bronquiolitis se caracterizó por mayor congestión nasal, aspiración de secreciones y mayor requerimiento de oxigenoterapia, lo que concuerda con su naturaleza predominantemente viral y obstructiva[4,7].

En cuanto al soporte diagnóstico, se evidenció un mayor uso de estudios complementarios en neumonía, incluyendo laboratorio, radiografía de tórax y estudios microbiológicos. Este comportamiento se alinea con lo descrito en la literatura, donde la neumonía requiere mayor confirmación etiológica y evaluación de severidad[13,14], mientras que la bronquiolitis se basa principalmente en criterios clínicos[4].

La elevada proporción de hospitalización observada (94,1%) refleja el perfil de complejidad de los pacientes incluidos, considerando que el servicio analizado funciona como centro de referencia, donde se concentran casos moderados a graves. Este hallazgo es comparable con estudios en hospitales de tercer nivel, donde las tasas de internación en infecciones respiratorias agudas son elevadas debido a la gravedad de los casos atendidos[8,9].

En relación con el esquema de vacunación, solo el 65% de los pacientes contaba con calendario completo, lo cual representa una brecha importante en la prevención primaria. Este hallazgo es consistente con estudios en poblaciones pediátricas vulnerables, donde la cobertura incompleta de vacunación se asocia a mayor riesgo de infecciones respiratorias graves y hospitalización[15].

Finalmente, la evidencia global indica que las infecciones respiratorias agudas continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años, especialmente en países en desarrollo, donde factores sociales, ambientales y biológicos interactúan de manera compleja[2,6].

El presente estudio presenta una limitación relevante relacionada con la ausencia del denominador correspondiente al total de consultas atendidas en el servicio de urgencias durante el periodo de estudio. En consecuencia, los resultados no permiten estimar la proporción de infecciones respiratorias agudas respecto al total de atenciones, sino únicamente describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos incluidos. Esta condición debe ser considerada al interpretar los hallazgos, ya que el estudio se enfoca en una población seleccionada con diagnóstico confirmado de IRA.

En conclusión, las infecciones respiratorias agudas continúan siendo una de las principales causas de consulta y hospitalización grave en niños menores de cinco años en Paraguay, con una mayor vulnerabilidad observada en varones y lactantes menores de un año. La neumonía adquirida en la comunidad y la bronquiolitis fueron las patologías más frecuentes, presentando perfiles clínicos y de manejo significativamente diferenciados según el análisis estadístico realizado.

La alta proporción de pacientes con esquemas de vacunación incompletos (35%) y la elevada dependencia de soporte respiratorio (89,5%) subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención primaria y educación sanitaria. Los resultados de esta investigación proporcionan una base sólida para optimizar los protocolos de triaje y manejo terapéutico en urgencias pediátricas, orientando los recursos hacia una identificación precoz de complicaciones y un uso racional de antibióticos.

Contribución de los autores

Conceptualización: Daysi Johana Judith Diarte Ortigoza, Pedro Arturo Paredes Cañete, Laura Silvana Aria Zaya. *Investigación:* Pedro Arturo Paredes Cañete, Daysi Johana Judith Diarte Ortigoza. *Validación de datos:* Daysi Johana Judith Diarte Ortigoza, Laura Silvana Aria Zaya, Pedro Arturo Paredes Cañete. *Redacción del borrador original:* Pedro Arturo Paredes Cañete, Daysi Johana Judith Diarte Ortigoza, Laura Silvana Aria Zaya. *Redacción, revisión y edición:* Daysi Johana Judith Diarte Ortigoza, Laura Silvana Aria Zaya, Pedro Arturo Paredes Cañete. Todos los autores han leído y aceptado la versión final del manuscrito.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Autofinanciado.

Disponibilidad de datos

Los conjuntos de datos generados y/o analizados durante el estudio están disponibles previa solicituda la autora correspondiente: Laura Silvana Aria Zaya. Email: lauraariazaya@gmail.com

Declaración sobre el uso de Inteligencia Artificial

Se utilizó la IA en este trabajo para la revisión de estilo y mejorar la fluidez del texto.

Revisión por pares: Este artículo fue evaluado mediante un proceso de revisión por pares doble ciego, conforme a la política de transparencia editorial de la revista. Los comentarios de los evaluadores y su identidad no están disponibles para esta publicación. Las observaciones y sugerencias fueron consideradas por los autores, quienes realizaron las modificaciones necesarias hasta llegar a la versión final publicada. Este procedimiento tiene como objetivo garantizar la integridad científica del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paz Alvarez LA, Peralta Campos Y. Infecciones respiratorias graves en pacientes pediátricos. Rev Cienc Med Pinar Rio. 2020; 24(1): e4194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000100015
2. Piñeda Martínez I, Ponce Surós Y, González Nueva XM, Gonzáles Llovet N, Zamora Martínez LO. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas altas en menores de 5 años. Multimed. 2022; 26(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000400007
3. Lovera D, Peralta K, Gonzáles N, Amarilla S, Galeano F, Ayala J, et al. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas en niños y adolescentes en un servicio de pediatría. Rev Inst Med Trop. 2023; 18(2): 37-44. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-36962023000200037
4. Muñez Dueñas SS. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el centro de salud (San Joaquín) Ica 2019 [Tesis de licenciatura en Internet]. Ica: Universidad Alas Peruanas; 2021. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/13633
5. Sejas Claros A, Condori Bustillos R. Prevalencia de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en niños de Villa Carmen - Quillacollo, 2017. Cienc Med. 2018; 21(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332018000100006
6. Coronel Carvajal C, Huerta Montaña Y, Ramos Téllez O. Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años. Arch Med Camagüey. 2018; 22(2): 194-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200009
7. Zurita Céspedes BI, Inturias Imaca B, Laura Vargas D. Frecuencia de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, Centro de Salud Río Blanco, 2017. Cienc Med. 2020; 23(2): 201-206. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332020000200011
8. Delgado Romero AK, Salazar Palechor YM, Díaz R, Solano VE, Ruiz Beltrán G, García Chaves MA, et al. Factores pronósticos de infección respiratoria aguda baja grave en niños menores de 5 años. Rev Cienc Salud. 2017; 15(3): 313-324. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732017000300313
9. Mendoza Pinzón BRM. Caracterización de la infección respiratoria grave en menores de cinco años en un hospital de Medellín-Colombia. CES Med. 2018; 32(2): 81-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052018000200081
10. Córdova Sotomayor DA, Chávez Bacilio CG, Bermejo Vargas EW, Jara Ccorahua XN, Santa Maria Carlos FB, et al. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. Horiz Med. 2020; 20(1): 54-60. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100054
11. Chirinos-Saire Y, Reyna-García R, Aguilar-Huauya E, Santillán-Salas C. Virus respiratorios y características clínico-epidemiológicas en los episodios de infección respiratoria aguda. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021; 38(1): 101-108. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000100101
12. González Matute VA, Alomía Castro PE, Rodas Torres AG, Gallegos Vintimilla SH, Calle Crespo AP, González Sacoto PE, et al. Infecciones respiratorias agudas en infantes menores de 5 años del Centro de Salud Javier Loyola, Ecuador. Arch Venez Farmacol Ter. 2020; 39(4). Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142015
13. Mulambya NL, Nanzaluka FH, Sinyangwe NN, Makasa M. Trends and factors associated with acute respiratory infection among under-five children in Zambia: evidence from demographic and health surveys (1996-2014). Pan Afr Med J. 2020; 36: 197. Disponible en: https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/36/197/full/

14. Del-Rosario-Plua VM, Lucas-Calle CE. Global epidemiology and diagnostic methods of acute respiratory diseases in children under 5 years of age. J Sci Investig. 2023; 7(3): 266-284. Disponible en: https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/459

15. Napán Villalobos CE, Luna Muñoz CR, Espinoza Rojas R, Vela Ruiz JM, de la Cruz Vargas JA. Infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años y factores asociados en Perú. Rev Cubana Pediatr. 2024; 96: e7298. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312024000100012