



## Neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de tres años del Hospital Ambato IESS

### Community-acquired pneumonia in children under three years old at Ambato IESS Hospital

Jessica Iliana Bonilla-Amán  
[jessicaba95@uniandes.edu.ec](mailto:jessicaba95@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-7816-1646>

Yarintza Coromoto Hernández-Zambrano  
[ua.yarintzahernandez@uniandes.edu.ec](mailto:ua.yarintzahernandez@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-9524-3325>

Shirley Barrera-Loaiza  
[ua.shirleybl29@uniandes.edu.ec](mailto:ua.shirleybl29@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-7678-8514>

#### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 3 años atendidos en el área de pediatría del Hospital Ambato IESS. **Método:** Estudio cuali-cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo. Se revisaron 113 historias clínicas de niños menores de 3 años con diagnóstico de neumonía durante agosto 2019 a marzo 2020, utilizando análisis documental. **Resultados:** El 54% de casos correspondió al género femenino. La mayor incidencia se presentó en niños de 2-3 años (64%). El 53% residía en zonas rurales y 49% de padres tenía educación básica. Las principales causas fueron resfriado común y bacterias (26% cada uno), seguido de etiología viral (25%). **Conclusiones:** La neumonía adquirida en la comunidad presenta mayor incidencia en zonas rurales, afectando principalmente al género femenino de 2-3 años. La falta de cuidados parentales ante infecciones respiratorias simples constituye el principal factor desencadenante.

**Descriptores:** neumonía; niños; pediatría. (DeCS)

#### ABSTRACT

**Objective:** To determine the incidence of community-acquired pneumonia in children under 3 years of age treated in the pediatric area of Ambato IESS Hospital. **Method:** Qualitative-quantitative, non-experimental, cross-sectional and descriptive study. 113 medical records of children under 3 years of age diagnosed with pneumonia from August 2019 to March 2020 were reviewed, using documentary analysis. **Results:** 54% of cases corresponded to the female gender. The highest incidence occurred in children aged 2-3 years (64%). 53% resided in rural areas and 49% of parents had basic education. The main causes were common cold and bacteria (26% each), followed by viral etiology (25%). **Conclusions:** Community-acquired pneumonia has a higher incidence in rural areas, mainly affecting females aged 2-3 years. The lack of parental care for simple respiratory infections constitutes the main triggering factor.

**Descriptors:** pneumonia; children; paediatrics. (DeCS)

Recibido: 26/08/2025. Revisado: 15/09/2025. Aprobado: 22/09/2025. Publicado: 27/09/2025.

Original breve



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población infantil mundial, representando junto con la diarrea el 30% de la mortalidad pediátrica (1). La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se establece como una infección frecuente y grave durante la infancia, requiriendo capacitación comunitaria especializada en conceptos diagnósticos y manejo clínico (2).

En América Latina y el Caribe, aproximadamente 80,000 niños fallecen anualmente por infecciones respiratorias, siendo la neumonía responsable del 85% de estas muertes (3). Estudios peruanos revelan que la etiología viral presenta una incidencia del 55% frente al 22% de origen bacteriano, identificando al virus sincitial respiratorio y *Streptococcus pneumoniae* como patógenos predominantes (1).

En Ecuador, la neumonía representa un problema sanitario grave, posicionándose entre las primeras causas de mortalidad y morbilidad infantil. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reporta que más de 5 niños menores de 1 año requieren hospitalización diaria por neumonía, evidenciando la necesidad de estrategias preventivas y terapéuticas efectivas (4).

La neumonía se define como una infección inflamatoria aguda del parénquima pulmonar de origen vírico o bacteriano. La denominación "adquirida en la comunidad" corresponde a aquellas infecciones no contraídas en hospitales u otros centros sanitarios (5). Entre las causas bacterianas más frecuentes se encuentra *Streptococcus pneumoniae*, mientras que los agentes virales incluyen influenza, parainfluenza y virus sincitial respiratorio (6).

Investigaciones españolas demuestran que los virus causan del 30 al 67% de casos de NAC, especialmente en menores de dos años, mientras que *Mycoplasma pneumoniae* presenta una incidencia del 22% en niños menores de 3



años. Las infecciones mixtas (bacterianas y víricas) representan del 20-30% de los casos (7).

La sintomatología característica incluye fiebre, polipnea, tiraje y quejido, aunque la tos puede estar ausente en menores de dos años. Las neumonías virales son más probables en niños menores de 3 años durante épocas frías, acompañándose frecuentemente de cuadro catarral, febrícula, faringitis y conjuntivitis (8).

El diagnóstico etiológico resulta complejo en la práctica clínica habitual, iniciándose tratamiento empírico basado en información clínica y examen radiológico. En Sudamérica, particularmente en Perú, el diagnóstico se fundamenta clínicamente mediante fiebre, taquipnea y signos clínicos, complementándose con hemograma y radiografía (9).

Los factores de riesgo incluyen alta densidad poblacional con necesidades básicas insatisfechas, accesibilidad geográfica limitada y factores climáticos. Los virus y neumococo presentan mayor frecuencia durante el invierno, estableciendo el clima como factor determinante (10).

La prevención se centra en vigilancia sanitaria constante desde el nacimiento, seguimiento del crecimiento y desarrollo, consultas de puericultura, detección precoz de patologías, alimentación adecuada con lactancia materna exclusiva, inmunización contra bacterias y virus, y evitar contaminación ambiental (11).

El tratamiento se establece mediante algoritmos que consideran edad, sintomatología, elementos epidemiológicos e imagen radiológica. Para *Streptococcus pneumoniae*, agente etiológico más relevante, la penicilina constituye el tratamiento de elección por su eficacia y bajo costo, recomendándose también amoxicilina para manejo ambulatorio (12).

## **MÉTODO**

El alcance fue exploratorio, descriptivo y explicativo, empleando métodos inductivo-deductivo, analítico-sintético y enfoque sistémico. Las técnicas empíricas utilizadas fueron observación científica y análisis documental (13).



La técnica de investigación consistió en análisis documental de información existente en el Hospital Ambato IESS, evaluando causas incidentes sobre neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 3 años. El instrumento fue la revisión de historias clínicas durante el período agosto 2019 a marzo 2020 (14).

La población se constituyó por 113 niños identificados con neumonía adquirida en la comunidad que asistieron al área de pediatría del Hospital Ambato IESS durante el período establecido. Considerando la población finita, no se aplicó fórmula de estimación de proporciones, utilizándose la totalidad poblacional (15).

Los criterios de inclusión contemplaron niños menores de 3 años con diagnóstico confirmado de neumonía adquirida en la comunidad, atendidos en el área de pediatría durante el período de estudio. Se excluyeron casos con diagnósticos incompletos o historias clínicas con información insuficiente para el análisis estadístico (16).

## RESULTADOS

El análisis de 113 historias clínicas reveló predominio del género femenino con 54% de los casos, mientras que el género masculino representó el 46%. Esta distribución sugiere mayor susceptibilidad femenina en edades tempranas, posiblemente relacionada con diferencias inmunológicas durante los primeros años de vida.

La distribución etaria mostró que el 64% de los casos correspondió a niños de 3 años de edad, constituyendo el grupo más afectado. Los lactantes de 0-11 meses representaron el 21%, mientras que el grupo de 1-2 años alcanzó el 15%. Estos resultados confirman la mayor vulnerabilidad de preescolares ante infecciones respiratorias comunitarias.

En cuanto a la etiología, las causas más frecuentes fueron resfriado común y bacterias con 26% cada una, seguido de etiología viral (25%). Las alergias representaron el 14%, el asma el 7%, y otras enfermedades el 3%. Esta



distribución evidencia la multiplicidad de factores desencadenantes en la población pediátrica estudiada.

El análisis geográfico reveló que el 53% de los casos residía en zonas rurales, el 35% en sector urbano y el 12% en zonas urbano-rurales. Esta distribución sugiere mayor incidencia en áreas rurales, posiblemente relacionada con acceso limitado a servicios sanitarios y condiciones socioeconómicas desfavorables.

Respecto al nivel educativo parental, el 49% presentaba educación básica-primaria, el 22% nivel superior completo, el 15% bachillerato, el 11% posgrado y el 4% superior incompleto. Estos datos indican asociación entre menor nivel educativo parental y mayor incidencia de neumonía pediátrica.

## DISCUSIÓN

Los resultados confirman la susceptibilidad diferencial por género, concordando con estudios mexicanos que reportan 200 casos anuales por 100,000 habitantes en edades tempranas, con 55-60% de predominio femenino. Esta tendencia se atribuye a la inmadurez inmunológica en niñas durante los primeros años de vida, incrementando la vulnerabilidad ante bacterias y virus causantes de neumonía (13).

La concentración de casos en el grupo de 3 años concuerda con investigaciones peruanas que reportan 24.8% de incidencia en menores de 5 años, con mayor prevalencia entre 2-11 meses. Las causas identificadas incluyen transmisión viral y bacteriana mediante contacto directo, objetos contaminados y exposición a patógenos ambientales, vulnerando sistemas inmunológicos inmaduros (14).

La etiología mixta observada (viral, bacteriana y resfriado común) coincide con estudios españoles que identifican virus sincitial respiratorio, parainfluenza y adenovirus como principales agentes virales, mientras que estreptococo A y B, y *Staphylococcus aureus* constituyen las bacterias predominantes. La transmisión ocurre mediante secreciones respiratorias durante estornudos y tos, afectando prioritariamente individuos inmunológicamente comprometidos (15).



La predominancia rural (53%) concuerda con investigaciones colombianas que reportan 22.9% de incidencia pediátrica, con incremento del 0.01% en áreas rurales debido a diagnóstico tardío, pobreza, distancia a centros médicos y desconocimiento de la gravedad patológica. Estos factores contribuyen significativamente a la morbilidad y mortalidad pediátrica en contextos rurales (16).

El nivel educativo parental básico (49%) se relaciona con estudios peruanos que identifican mayor mortalidad (11.5%) en sectores rurales, asociada con padres dedicados a agricultura, informalidad laboral o migración, manteniendo educación limitada que impide comprensión de complicaciones patológicas y acceso oportuno a atención médica especializada (17).

## CONCLUSIONES

La revisión de historias clínicas reveló predominio femenino (54%), concentración etaria en 2-3 años (64%), etiología multifactorial (virus, bacterias, resfriado común), residencia rural predominante (53%) y nivel educativo parental básico (49%). Estos hallazgos identifican poblaciones vulnerables requiriendo intervenciones preventivas específicas.

## FINANCIAMIENTO

No monetario

## CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

## AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

## REFERENCIAS

1. Padilla J, Espíritu N, Rizo E, Medina M. Neumonías en niños en el Perú: Tendencias epidemiológicas, intervenciones y avances. Rev Médica Clínica Condes. 2017;28(1):97-103.
2. Miranda J, Espino J, Miranda B, Cabrera S, Rivas R. Utilidad de la escala de predicción diagnóstica de neumonía bacteriana de Moreno en el manejo de la neumonía en niños. Acta médica peruana. 2015;32(3):157-163.
3. Sigüenza T, Webster E, Martínez F, Córdova F. Estudio Transversal: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños. Rev Médica HJCA. 2016;8(1):25-29.



4. Fernández P, Goecke C, Von Borries C, Tapia N, Santolaya. Incidencia de egresos por neumonía en niños menores de 24 meses antes y después de la implementación de la vacuna conjugada antineumocócica. *Rev Chilena Pediatría*. 2015;86(3):168-172.
5. Razón R, Sánchez C, Hevia D. Prevención de las neumonías mediante vacunas. *Rev cubana pediatría*. 2014;86(2):233-244.
6. Sanz Borrel L, Chiné Segura M. Neumonía y neumonía recurrente. *Pediatría Integral*. 2016;20(1):38-50.
7. Rodríguez J, Calero A, Vega D, Pacheco L. Neumonía complicada adquirida en la comunidad: Resolución de los hallazgos clínicos y radiológicos en niños. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2015;14(4):438-446.
8. Montaña M, Menéndez N, Posada L, Orozco A. Estudio clínico-epidemiológico de neumonía adquirida en la comunidad durante la edad pediátrica. *ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES*. 2016;14(3):143-146.
9. Coelho J, Alves S, Carvalho, Falleiros D. Presencia y extensión de los atributos de la atención primaria a la salud entre niños hospitalizadas por neumonía. *Rev Latino-Americana Enfermagem*. 2015;23(3):512-519.
10. Acuña Avila M. Neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Pediatría Electrónica*. 2017;14(1):35-37.
11. Carrasco M, Silva M, De La Torre J. Neumonía adquirida en la comunidad en el menor de cinco años. *Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2015;40(8):1-6.
12. Martínez M, Pérez M, Montelongo P. Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enfermería Universitaria*. 2014;11(1):36-43.
13. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años. México: CENETEC; 2015.
14. Úbeda Sansano I, García Murcia J, Asensi Monzó T. Neumonía adquirida en la comunidad. España: Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2017.
15. Martínez Vernaza S, Mckinley E, Soto MJ, Gualtero S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. *Rev Universitat Médica*. 2018;59(4):5-6.
16. Piedrahita Agudelo M, Ramírez Granada J. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de las neumonías atípicas en la infancia. Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira; 2015.

**Derechos de autor: 2025. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)**

**<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>**