

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES IDENTIFICADAS EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES DE PASTO EN EL PERÍODO 2013-2016**

---

Victor Andres Oliva Ortega, Brian Andres Tepud Castro, Juan Sebastián Vargas Benavides.

Estudiantes Fundación San Martín.

**RESUMEN:** La investigación busco determinar las características clínicas, sociodemográficas y determinar el virus con más presentación igualmente el mes en el año en pacientes menores de 18 años con infecciones respiratorias agudas (IRA) que egresaron del Hospital Infantil los Ángeles (HILA) de pasto de 2013-2016. Es un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal; desarrollado en niños con diagnóstico de egreso acerca de las infecciones respiratorias agudas de origen viral el cual se realizó en un periodo de tiempo de cuatro años con Virus Sincitial Respiratorio, antígeno (panel viral) en el Hospital Infantil los Ángeles. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, y posteriormente analizados con el paquete estadístico SPSS versión demo, mediante tablas de frecuencia y contingencia. Setenta y siete pacientes fueron incluidos en este estudio, quienes cumplían criterios de inclusión; en el 90% del grupo (70 niños) estuvieron en el grupo de edad entre 0-12 meses. El género masculino represento el 59,7%. Al 93,4 % se le administro antibiótico y 89,2% presentándose el virus Sincitial respiratorio, con una temporalidad mayor en los meses de abril, mayo, junio; con una mortalidad de 5.2%. En relación con los reportes de la literatura científica mundial la mortalidad en este estudio fue alta.

**PALABRAS CLAVE:** Infección Respiratoria Aguda, Virus, Virus Sincitial Respiratorio

**ABSTRACT:** The research aimed to determine the clinical and sociodemographic characteristics and to determine the virus with more presentation also the month in the year in patients under 18 years of age with acute respiratory infections (ARI) who graduated from the Los Angeles Children's Hospital in the year 2013-2016 . It is a study of quantitative, retrospective, observational, descriptive cross-sectional study; Developed in children diagnosed with acute respiratory infections of viral origin, which was carried out in a period of four years with Respiratory Syncytial Virus, an antigen (viral panel) at Los Ángeles Children's Hospital. The data were obtained from the clinical histories, and later analyzed with the statistical package SPSS demo version, using frequency and contingency tables. Seventy-seven patients were included in this study, who met inclusion criteria; In 90% of the group (70 children) were in the age group between 0-12 months. The male gender accounted for 59.7%. 93.4% were given antibiotics and 89.2% presented the respiratory syncytial virus,

with a greater temporality in the months of April, May, June; With a mortality of 5.2%. Regarding the reports of the world scientific literature, mortality in this study was high.

**KEY WORDS:** Acute Respiratory Infection, Virus, Respiratory Syncytial Virus

---

## INTRODUCCION

En la presente investigación trata de las infecciones respiratorias, que constituyen las enfermedades infecciosas más frecuentes del ser humano. Estas infecciones son una de las causas más frecuentes de hospitalización, originando numerosas consultas médicas tanto a nivel de atención primaria como de los servicios de urgencias hospitalarios. Presenta una etiología variable, siendo protagonistas diversos microorganismos como virus, bacterias, hongos, donde el grupo de virus tiene mayor prevalencia en el tracto respiratorio en la población infantil.

La epidemiología de las infecciones víricas es similar en los países industrializados y en los que están en vías de desarrollo, afectando fundamentalmente a los niños menores de cinco años. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, muestra que en 2010 el virus Sincitial respiratorio causó el 62% de los casos estudiados, seguido de Influenza AH1N1 (18%), Parainfluenza (8%) Influenza A estacional (6%), Influenza B (3%) y los adenovirus (3%). Los cuales son los responsables de generar patologías como:

Rinofaringitis, Faringoamigdalitis, Bronquiolitis, Neumonía, CRUP, entre otras cuyas manifestaciones clínicas son bastante evidentes y de alguna forma se repiten en cada una de ellas. Estos signos o síntomas están dados por tos, dificultad para respirar, estridor (ronquido), roncus y obstrucción nasal.

Es necesario realizar un estudio que caracterice sociodemográfica y clínicamente a los pacientes menores de 18 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas virales que egresaron del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto, debido a la importancia y alta frecuencia que tiene la enfermedad en atención en esta Institución de Salud y por qué a pesar de contar con la información en el Panel Viral y las Historias Clínicas no se ha realizado el análisis completo de los casos durante el tiempo de este estudio y además para construir una línea de base que será un punto de inicio para posteriores investigaciones.

Este estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal para lo cual, se tomaron los pacientes del HILA en el 2015-2016 con Virus Sincitial Respiratorio,

antígeno (panel viral), resultando 77 casos positivos que cumplieron los criterios de inclusión, los cuales se realizó la recolección de la información en un instrumento probado que permite el análisis de todas las variables del estudio y cumple los parámetros de la Ética en la Investigación Médica.

De los 77 pacientes con IRA la mayor frecuencia son del género masculino, al 93,4 % se le administro antibiótico y 89,2% presentandose el virus Sincitial respiratorio, con una temporalidad mayor en los meses de abril, mayo, junio; con una mortalidad de 5.2%.

## MATERIALES Y METODOS

Es un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal; que se efectuó en base a revisión de historias clínicas de pacientes que egresaron con diagnóstico de IRA de origen viral en el HILA de Pasto en el periodo de 2013-2016; para la recolección se solicitó base de datos en el área de epidemiología y estadística de la institución.

## RESULTADOS

**TABLA N° 1 Distribución de los Pacientes con Infección Respiratoria Viral según factores sociodemográficos.**

Genero	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Femenino	31	40,3%

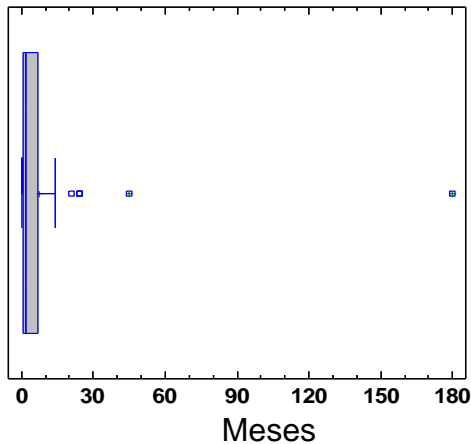
Masculino	46	59,7%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0%</b>
Departamento de procedencia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Nariño	72	94%
Putumayo	5	6%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0%</b>
Raza	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Indígena	38	49,4%
Mestizo	39	50,6%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Este estudio N=77

La población observada en el estudio estuvo conformada por 77 usuarios atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles en el periodo 2013-2016, sus características sociodemográficas se pueden observar en la tabla 2, entre las que se destacan, la población de género masculino se afectó en un porcentaje 59,7%, más que el de género femenino el cual solo se afectó en un 40,3%, la raza mestiza e indígena se encontró que se ven afectadas en proporciones similares de aproximadamente de 50%.Segun el departamento de procedencia el 94% de los pacientes fueron de Nariño, y un 6% de Putumayo, Entre los 72 pacientes Nariño 49 son de la ciudad de Pasto, 6 de la zona pacifica, 6 de la zona norte, 5 de la zona sur, 3 del occidente y 3 de la cordillera.

**GRAFICA N° 1 Distribución de los Pacientes con Infección Respiratoria Viral según edad.**

Edad

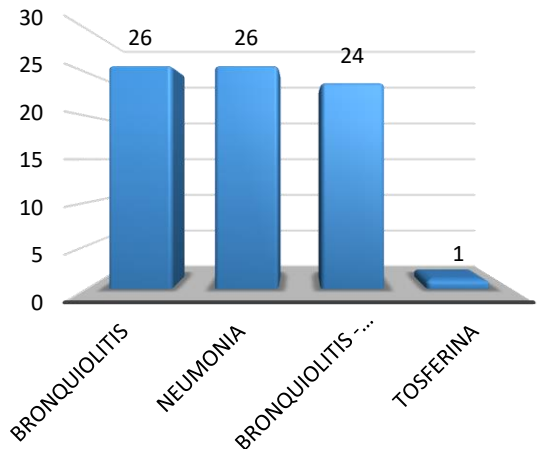


Fuente: Este estudio N=77

De los 77 usuarios que presentaron infecciones respiratorias, tuvieron una mediana de 2 meses, con un promedio de 7,3 meses, con una edad mínima de cero meses, que corresponden a pacientes menores de un mes de edad, y una edad máxima de 180 meses; La mayoría de los pacientes están entre una edad de 1 mes a 7 meses.

**GRAFICA N° 2 Distribución de los Pacientes con Infección Respiratoria Viral según Diagnostico.**

**PATOLOGIA DIAGNOSTICADA**

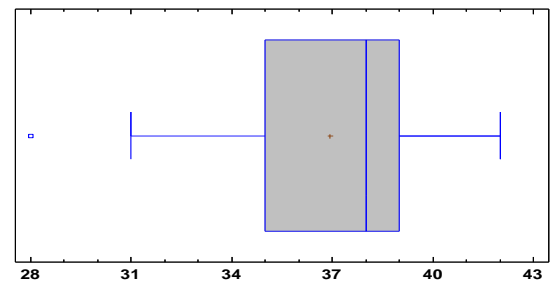


Fuente: Este estudio N=77

En relación al diagnóstico de egreso de la población a estudio en el HILA se presentó 26 casos de bronquiolitis, 26 casos de neumonía y 24 casos la agrupación de estos diagnósticos, y 1 caso correspondiente a tosferina.

**GRAFICA N° 3 Distribución de las Infecciones Respiratorias Viral según edad gestacional.**

Edad gestacional

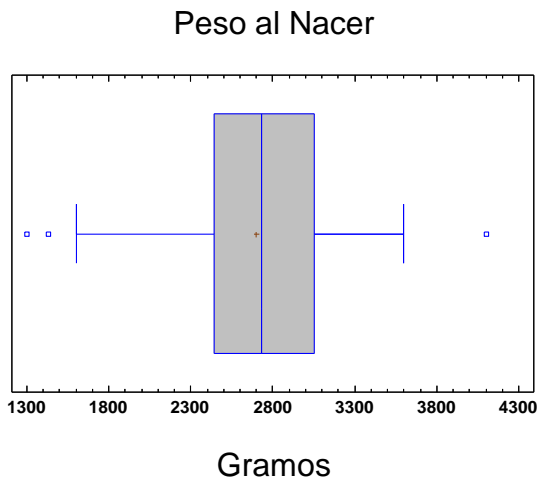


Semanas

Fuente: Este estudio N=77

De la gráfica 3 se puede interpretar que los 77 pacientes, tuvieron una mediana de 38 semanas, con un promedio de 37 semanas, con una edad gestacional mínima de 28 semanas y una edad máxima de 42 semanas; la mayoría de los pacientes tuvo una edad gestacional entre 35 a 39 semanas

**GRAFICA N° 4 Distribución de las Infecciones Respiratorias Viral según Peso al Nacer.**



Fuente: este estudio N=77

De la gráfica 4 se puede interpretar que los 77 pacientes, resulta una mediana de 2730 g, un peso al nacer promedio de 2700, con un peso mínimo de 1300g y un peso máximo de 4100g; se encontró que la mayoría de los pacientes tuvieron un peso al nacer entre 2440 y 3050g

**TABLA N° 2 Distribución de los Pacientes con Infección Respiratoria Viral según características clínicas.**

Fiebre 38°C	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	60	77,9%
Si	17	22,1%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Coriza	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	41	53,2%
Si	36	46,8%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Taquipnea	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	21	27,3%
Si	56	72,7%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Estertores	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	35	45,5%
Si	42	54,5%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Roncus	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	43	55,8%
Si	34	44,2%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Odinofagia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	74	96,1%
Si	3	3,9%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Otalgia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	74	96,1%
Si	3	3,9%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Hipoxia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	25	32,5%
Si	52	67,5%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Tirajes	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	19	24,7%
Si	58	75,3%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Dificultad respiratoria	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	12	15,6%
Si	65	84,4%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Sibilancias	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	53	68,8%
Si	24	31,2%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Apnea	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	68	88,3%
Si	9	11,7%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

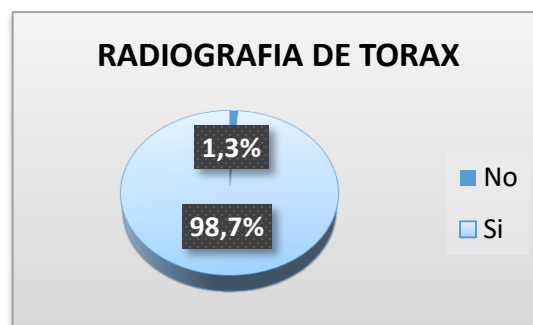
Fuente: Este estudio N=77

La población observada en este estudio se encontró las siguientes características clínicas; el 84,4% de los pacientes presentaron dificultad respiratoria y el 15,6% no presentó este síntoma; el 75,3% de los usuarios se encontró tirajes y el 24,7% no presentó el evento; el 72,7% muestra taquipnea y el 27,3% no presentó este hallazgo clínico; En cuanto a la hipoxia se puede interpretar que en el 67,5%

de los usuarios si presentó este signo; el 54,5% presentó estertores en comparación con el 45,5% no lo presentó; la coriza se presenta en proporciones similares de 49,9%; y el 44,2% presentó roncus y el 55,8% no lo presentó.

Los síntomas menos predominantes fueron: sibilancias, fiebre, diarrea, apnea, odinofagia y otalgia con 31,2%, 22,1%, 13%, 11,7%, 3,9% y 3,9% respectivamente.

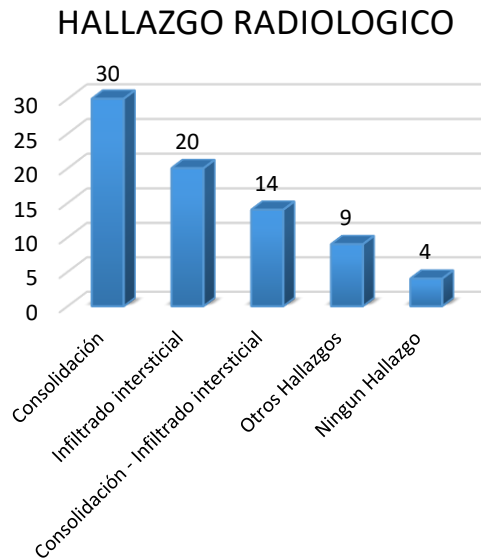
**GRAFICA N° 5 Distribución de las Infecciones Respiratorias Viral que se le realizó radiografía de tórax (Rx).**



Fuente: Este estudio N=77

El 99% de los pacientes se le realizó radiografía de tórax

**GRAFICA N° 6 Distribución de los pacientes con Infección Respiratoria Viral según resultado de radiografía de tórax.**

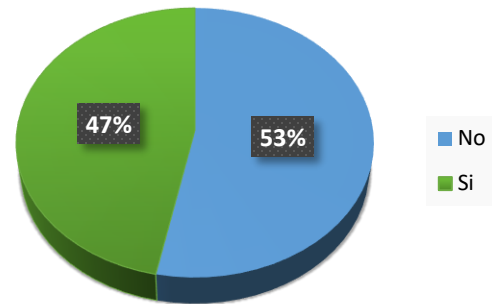


Fuente: Este estudio N=77

De los pacientes a quien se le tomo radiografía de tórax, 30 presento como hallazgo radiológico consolidación 20 infiltrado intersticial, y 14 presento los 2 hallazgos radiológicos, y 9 presento otros hallazgos como aplanamiento diafragmático, atrapamiento aéreo, hiperinflación pulmonar y 4 ningún hallazgo.

**GRAFICA N° 7 Distribución de los pacientes con Infección Respiratoria Viral según el ingreso a UCI**

**INGRESO A UCI**



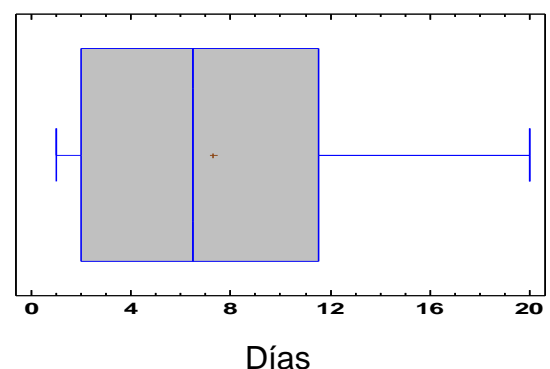
Fuente: Este estudio

N=77

De la gráfica 7 se puede apreciar que el 53% de la población es decir 41 pacientes no ingresaron a UCI, en comparación con el 47% de los pacientes que si ingresaron a UCI correspondiente a 36 pacientes

**GRAFICA N° 8 Distribución de los pacientes con Infección Respiratoria Viral según el ingreso de días en UCI.**

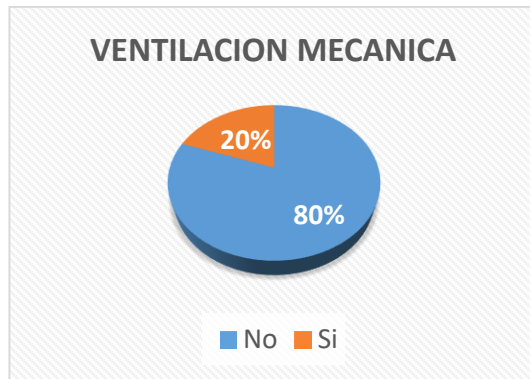
UCI



Fuente: Este estudio N=36

De la gráfica 8 se puede interpretar que los 77 pacientes 36 tuvieron una mediana de 6 días, un promedio en UCI de 7,2 días y la menor estancia en UCI fue de 1 día, y una estancia máxima de 20 días; la mayoría de los pacientes tuvieron una estancia de 2 días a 11 días.

**GRAFICA N° 9 Distribución de los pacientes con Infección Respiratoria Viral según ventilación mecánica.**

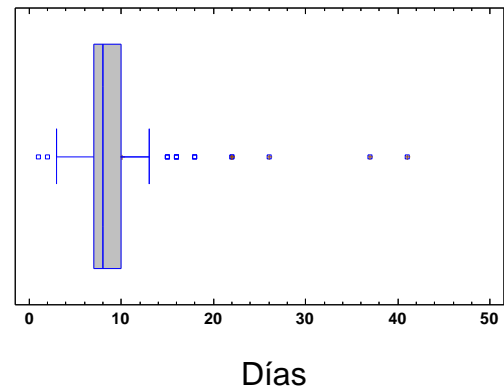


Fuente: Este estudio N=77

De la gráfica 9 se puede apreciar que el 80% de la población que equivale a 62 pacientes no requirió ventilación mecánica, mientras que el 20% de la población que equivale a 15 pacientes si requirió ventilación mecánica

**GRAFICA N° 10 Distribución de los pacientes con Infecciones Respiratorias Viral según sus días de hospitalización.**

Hospitalización



Fuente: Este estudio N=77

De la gráfica 10 se puede interpretar que los 77 pacientes, tuvieron un promedio de 10 días de hospitalización, con un extremo mínimo de 1 día, y uno máximo de 41 días

**TABLA N° 3 Distribución de los Pacientes con Infección Respiratoria Viral según factores Clínicos.**

Antibioticoterapia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	5	6,5%
Si	72	93,5%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Antivirales	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	71	92,2%
Si	6	7,8%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>
Mortalidad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	73	94,8%
Si	4	5,2%

Total	77	100%
Infección asociada al cuidado de la salud	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	68	88,3%
Si	9	11,7%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Fuente: Este estudio N=77

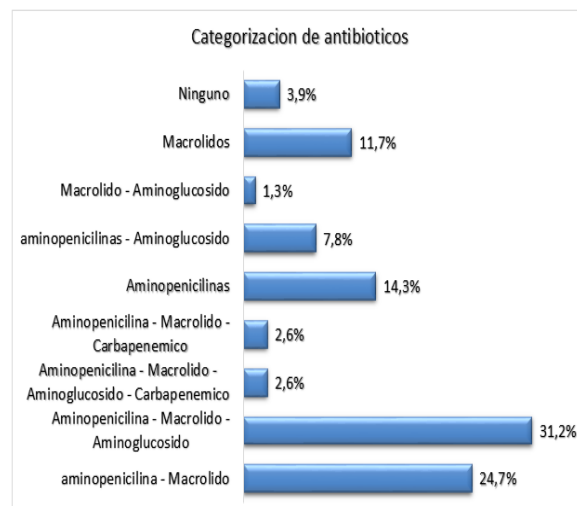
Se encontró que en el 93,5% de infecciones respiratorias de origen viral se administró antibioticoterapia; En el 92% de los pacientes no se administró antivirales y solo en el 8% sí se administró.

Referente a mortalidad el 5,2% pacientes fallecieron. En relación a la infección asociada al cuidado de la salud el 88% no se presentó infección respiratoria y el 12% presentó el evento.

$$\frac{\text{Nº de muertes por infección respiratoria aguda entre los años 2013-2016}}{\text{Total de los pacientes con infecciones respiratorias entre los años 2013-2016}} \times 100 = \frac{4 \text{ fallecidos}}{77 \text{ pacientes}} \times 100 = 5,2\%$$

### GRAFICA N° 111 Distribución de los Pacientes con Infección

### Respiratoria Viral según Antibiótico.

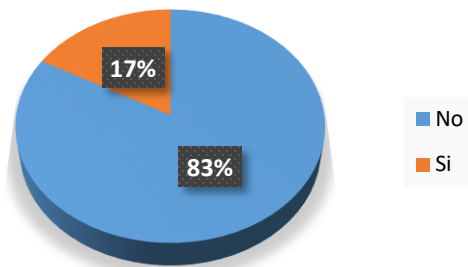


Fuente: Este estudio N=77

Respecto a la categorización de antibióticos que más se utilizaron fueron; aminopenicilina – macrolido - aminoglicosido con 31,2% seguido de aminopenicilina - macrolidos en un 24,7%, aminopenicilinas el 14,3% y macrolidos en un 11,7%.

**GRAFICA N° 12 Distribución de los Pacientes con Infección Respiratoria Viral según Comorbilidades.**

### COMORBILIDADES

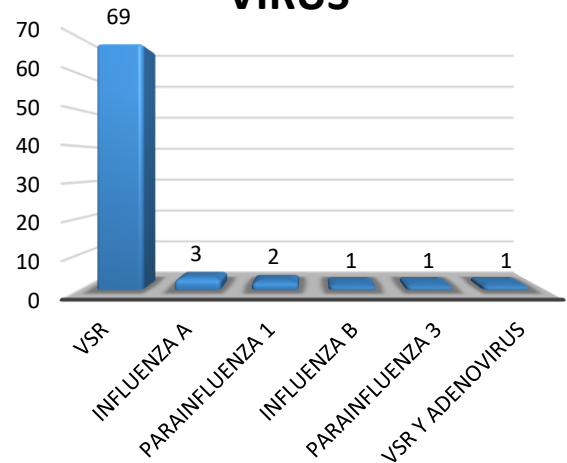


Fuente: Este estudio N=77

El 83% de la población a estudio no tenían una patología asociada a los diagnósticos de neumonía y bronquiolitis en comparación con 17% les diagnosticaron otras patologías como reflujo gastroesofágico, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva, desnutrición proteica calórica, síndrome de Down, diarrea, rinitis alérgica y sífilis congénita.

**GRAFICA N° 13 Distribución de los Pacientes con Infección Respiratoria Viral diagnosticado por Panel Viral.**

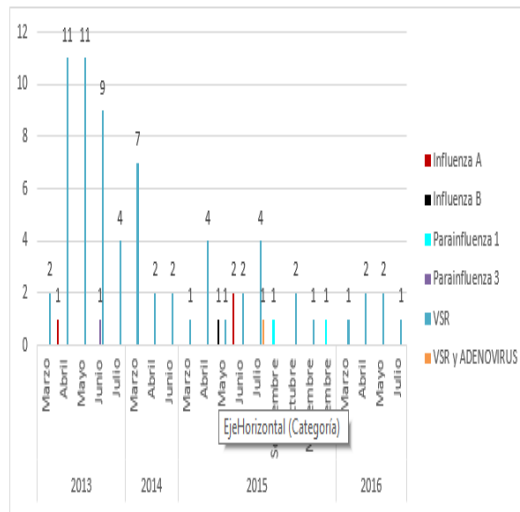
### VIRUS



Fuente: Este estudio N=77

En relación a la gráfica se encontró de la población a estudio a quien se le realizo panel viral, se encontró 69 casos positivos para VSR, 3 casos influenza A, 2 casos para influenza 1, un caso 1 para influenza B, un caso para influenza 3, un caso de coinfección viral correspondiente a VRS y adenovirus

**GRAFICA N° 14 Distribución de los Pacientes con Infección Respiratoria Viral según mes de presentación.**



Fuente: este estudio N=77

Con relación al mes de presentación: observamos que hay una tendencia a la disminución de los casos reportados del VSR entre los años 2013-2016; observamos que en los meses que más se presentó el virus fue en marzo seguido de abril, mayo y junio; llama la atención que el año 2015 el virus se presentó casi en todos los meses, con un caso de virus de influenza B en mayo, 2 casos de influenza A en junio, y una coinfección viral de VSR y Adenovirus en julio, y en el año 2013 se presentó el mayor número de casos, en comparación con el 2016 que tuvo el menor número de casos

**DISCUSIÓN**

La infección respiratoria aguda constituye el grupo enfermedades infecciosas más frecuentes del ser humano, especialmente en la edad pediátrica. Se estima que es una de las causas más frecuentes de hospitalización y la principal razón de las consultas médicas en urgencias. Su etiología es variable, siendo el grupo de los virus los responsables de afectar el tracto respiratorio con más frecuencia en relación a las otras entidades etiológicas. Partiendo de esta base, esta investigación fue orientada en determinar la presentación clínica de las infecciones respiratorias de origen viral, los rasgos sociodemográficos de la población afectada, y la caracterización de los pacientes que la padecieron, tanto en sus antecedentes, sus comorbilidades, complicaciones, mortalidad, etc., y otros factores como el pico de aparición en el año, el lugar de adquisición de la enfermedad, entre otros. Todos los niños atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles de la ciudad de Pasto, situado en el Departamento de Nariño en el periodo 2013- 2016.

Al comparar la prevalencia con respecto al género encontramos una mayor relación con el sexo Femenino, según los estudios de Moreno (Bogotá-Colombia, 2013) de 50,5% para el sexo Femenino al igual que el estudio de Martínez (Santiago-Chile 2012), con un 52%, siendo mayor la prevalencia en el sexo femenino en el

estudio de López (Caracas-Venezuela 2010) con un 58,7%, A diferencia de este estudio que nos muestra una mayor afección en el género masculino con un 59,7 % , el cual es similar al estudio de Vidaurreta, (Buenos Aires-Argentina 2011) con un 55% para el sexo masculino.

Con respecto a la edad, este estudio muestra que la población más afectada fueron los lactantes entre 1 a 12 meses de edad con un 51,9% de frecuencia, seguido de la población neonatal con un 39% de frecuencia, por último los mayores de 1 año de edad con solamente un 9.1% y un promedio general de 3,4 meses, el cual tiene similitud a los resultados del estudio de Rodríguez (Bogotá-Colombia 2013) en donde reportaron una mayor afectación en los usuarios menores de 1 año, incluyendo los menores de 1 mes con el 66,3% y los mayores de 1 año con el 33,7%. A diferencia del estudio de López (Caracas-Venezuela 2010) y Martínez (Santiago-Chile 2012) quienes reporto que mayor frecuencia en los mayores de 1 año. Cabe anotar que las ciudades de Bogotá y Pasto tienen similitudes en cuanto al clima y la altura sobre el nivel del mar, lo que podría explicar los resultados similares en el estudio.

A diferencia de otros autores encontramos que solo el 33% de los niños se diagnosticaron con bronquiolitis aguda, el 31% con neumonía y el 33.8% tenían dos diagnósticos (bronquiolitis –

neumonía), lo que no se relaciona con lo reportado en la literatura puesto que siempre el diagnóstico más frecuente es bronquiolitis y en un grado menor la neumonía. Este hallazgo preocupa porque la neumonía viral conlleva mayor probabilidad de complicaciones para el paciente.

Al ser comparado con otros estudios como en el de Vidaurreta (Buenos Aires-Argentina 2011) presenta una diferencia notoria ya que este estudio reporta una prevalencia de 74% para Bronquiolitis y un 14% para el diagnóstico de neumonía, y un 12% el cual corresponde a infecciones respiratorias altas como laringitis, Rodríguez (Bogotá-Colombia 2013) reporta 67,3% para Bronquiolitis y 17.2% para neumonía, Moreno (Bogotá-Colombia, 2013) encontró 64,3% para bronquiolitis y 34.9% para neumonía, González (Pinar de Rio-Cuba 2013) reporta 64.3% para bronquiolitis y 24,4% para neumonía.

En tema relacionado sobre la presentación clínica, pocos estudios tuvieron en cuenta dicha información, el estudio de (Vidaurreta, Buenos Aires-Argentina 2011), comenta que el 76% de los pacientes presentaron taquipnea y el 65% con tirajes (uso de músculos accesorios respiratorios) como síntomas de importancia, el cual tiene gran similitud con respecto a este estudio que indica un 72.7% presentaron taquipnea y el 75,3% con tirajes. En el estudio de (Martínez, Santiago-Chile 2012) destacan la importancia como síntoma de

importancia la presencia de Dificultad respiratoria presentando un 95% de pacientes esta característica clínica, que presenta gran similitud en cuanto a la característica clínica de la población de este estudio en el cual el 84,4% presento dificultad respiratoria. Este estudio presenta diferencia en la caracterización clínica de la población estudio en cuanto a la fiebre con apenas un 22.1% de usuarios quien presento este síntoma/signo, con gran diferencia al estudio de (Vidaurreta, Buenos Aires-Argentina 2011), donde el 68% presento fiebre y un 52.6% de pacientes en el estudio de (González, Pinar de Rio-Cuba 2013). La hipoxia siendo un síntoma de suma importancia y de estricta vigilancia no fue tomado en los estudios relacionados a este estudio, donde el 67,5% presentaron este signo.

El ingreso a Unidad de cuidado intensivo según el estudio de (Vidaurreta, Buenos Aires-Argentina 2011) apenas un 11% requirieron una hospitalización en este servicio, siendo mayor en el estudio de (Rodríguez, Bogotá-Colombia 2013) en el cual el 25,1% presentaron estancia en cuidado intensivo, existe gran diferencia con respecto a este estudio en el cual el 47% de los pacientes estudiados se requirió hospitalización en unidad de cuidados intensivos.

En cuestión del requerimiento de la ventilación mecánica, en este estudio el 20% de esta población requirió la intubación orotraqueal a diferencia de

los estudios de (Vidaurreta, Buenos Aires-Argentina 2011) y (Rodríguez, Bogotá-Colombia 2013) los cuales un 3% y un 5,5% correspondientemente requirieron de ventilación mecánica.

En el tratamiento con antibióticos hay mayor diferencia con el estudio de (Rodríguez, Bogotá-Colombia 2013) en el cual un 32,4%, se les suministro algún antibiótico en cambio en este estudio al 93.5% de los pacientes.

Referente a la mortalidad de la población pediátrica debido a la infección respiratoria aguda en este estudio existe un 5,2% fallecieron, a diferencia del estudio de (Rodríguez, Bogotá-Colombia 2013) en donde se reportó un 1,3% fallecio y mayor diferencia con el estudio de (Vidaurreta, Buenos Aires-Argentina 2011) donde no se presentó esta condición.

Referente a la temporalidad encontramos que durante los meses donde mayor número de casos de presentación de virus fueron los meses de Abril, Mayo y junio en los cuales fue del 66%, similar a los estudios de (Vidaurreta, Buenos Aires-Argentina 2011) donde se reportaron la mayoría de casos en los meses de Abril y mayo y en el estudio de (Rodríguez, Bogotá-Colombia 2013) donde hubo mayor número de casos en marzo, abril y mayo.

En nuestro estudio de infección respiratoria aguda encontramos que el responsable de esta patología es el Virus Sincitial Respiratorio con el

89,60%. Los otros virus reportados por panel viral de orden de mayor a menor según la frecuencia de presentación son: Influenza A con un 3.9%, Parainfluenza 1 con un 2.6%, y una similitud en la frecuencia de presentación para los virus Influenza B y Parainfluenza 3 con un 1,3% en comparación con el estudio de (Rodríguez, Bogotá-Colombia 2013) que reporta un 82,6% con Virus Sincitial Respiratorio y en el estudio de (Martínez, Santiago-Chile 2012) donde se reporta que el virus con más frecuencia fue el Virus Sincitial respiratorio con un 79.1%, Influenza A 5,5%, Influenza B con 4.5%, Parainfluenza con un 3,6% y Adenovirus con un 1,8%.

## **CONCLUSIONES**

La población más afectada por las infecciones respiratorias virales fueron los lactantes menores a 1 año

El género masculino fue ligeramente más afectado que el femenino

Los hallazgos clínicos compatibles con dificultad respiratoria e hipoxia fueron los más frecuentes al ingreso a urgencias de los niños estudiados. Siendo menos importante los agregados pulmonares, la fiebre, coriza y otros.

Encontramos un alto porcentaje de niños con neumonía viral, incluso mayor a la bronquiolitis aguda, lo cual es inusual y contradictorio a lo reportado en la literatura mundial.

La temporalidad de presentación del virus se encontró que tiene mayor frecuencia de aparición en los meses de abril, mayo y junio.

El tratamiento antibiótico de las infecciones respiratorias agudas en la población estudiada es excesivo ya que su etiología es de tipo viral.

Casi la mitad de los niños con infecciones virales respiratorias requieren de ingreso a cuidado intensivo, la necesidad de soporte ventilatorio es muy alta en la población estudiada y la mortalidad es mayor en nuestro estudio.

## **RECOMENDACIONES**

Revisar y capacitar al personal de salud sobre los criterios diagnósticos en las infecciones respiratorias agudas con el fin de tener resultados más precisos y consensuados

Tener atención especial en niños menores de 6 meses con infección por virus Sincitial respiratorio que ingresen con hipoxemia y signos de dificultad respiratoria por la alta probabilidad de complicaciones.

El uso de antibióticos en la población estudiada es excesivo comparado con la literatura. Se considera necesario apoyar al médico con pruebas rápidas para la identificación de agentes virales, disminuyendo de forma significativa la antibioticoterapia inadecuada.

Ampliar este estudio, incluyendo otras instituciones que atiendan población pediátrica, además se puede incluir

otras variables y direccionar la investigación a establecer factores de riesgo.

## REFERENCIAS

1. Alvarez C, Mirta et al. Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3038
2. Vidaurretaa SM, Marcone DN, Ekstroma J, Cukiera D, Videlab D, Carballab G. Acute viral respiratory infection in children under 5 years. Epidemiological study in two centers in Buenos Aires, Argentina. Arch Argent Pediatr 2011 Vol. 109. Pag. 299.
3. Bonzel L, Tenenbaum T, Schrotten H, Schildgen O, Schweitzer-Krantz S, Adams O. Frequent detection of viral coinfection in children hospitalized with acute respiratory tract infection using a real-time polymerase chain reaction. Pediatr Infect Dis J 2008; 27: 589-94.
4. Gaviria Uribe A, Ruiz Gómez F, Muñoz J, Burgos Bernal G, Valderrama J. (2014). Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda. Bogotá, Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/>
5. Osorio E, Valderrama J, Urquijo R. Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección Respiratoria Aguda. Ministerio de salud y protección social. 2014. Pag. 13-18.
6. Palomino M A, Larrañaga C, Villagra E, Camacho J, Avendaño LF. Adenovirus and respiratory syncytial virus-adenovirus mixed acute lower respiratory infections in Chilean infants. Pediatr Infect Dis J 2004; 23(4): 337-41.
7. Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda- ISBN- Bogota D.C., Colombia, ministerio de salud (citado el 7 junio 2017) Disponible desde: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVENCIÓN-MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pdf>
8. Martínez P, Cordero J, Valverde C, Unanue N, Dalmazzo R, Piemonte P. Co-infección viral respiratoria en niños hospitalizados por infección respiratoria aguda y su impacto en la gravedad clínica. Revista Chilena de Infectología. 2 de Febrero de 2012 Vol. 29 Pag 169-173.
9. Vega LE, Pulgar D, Potin S, Ferres G, Sánchez I. Características clínicas y epidemiológicas de la infección por virus parainfluenza en niños hospitalizados. Revista Chilena de Infectología. 27 de Julio de 2007. Vol. 24. Pag. 377-378
10. Benitez J, Soledad E, Frias L, virus sincitial respiratorio aspectos generales y basicos sobre la evolucion clinica, factores de riesgo y tratamiento, Revista de Posgrado de

la Vía Cátedra de Medicina. N° 171 – Julio 2007 Pag. 8-11.

11. Dalmas S, Pereyra M, Pires M, Mateos S Infección respiratoria aguda baja por adenovirus en niños hospitalizados menores de dos años, Arch Pediatr Urug 2003; 74(1): 15-2.

12. Harpey S, Bradley J, File T, Neuzil K. Influenza estacional en adultos y niños Diagnóstico, tratamiento, quimioprofilaxis y control de brotes institucionales: Guías de práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos de América. 2009. Pag 48-52.

13. Rodríguez C, Rodríguez DA, Cárdenas A, Mayorga L, Falla L. Infección por virus sincitial respiratorio y por adenovirus en una población de niños colombianos menores de 3 años hospitalizados por infección respiratoria aguda baja. Pulmonology Journal Abril - Junio de 2013 Vol. 16 No. 2 Pag. 68-74.

14. Olarte M, N. A. (- de agosto de 2012). INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE. Obtenido de vigilancia epidemiológica: <http://www.vigepi.com.co/educacion/documentos/18.pdf>

15. Bayona Y, Nederbacher J, infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatología, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos, revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander-2014, pag 134-140

16. Morales J, Acosta D, Anaya F, Guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia Asociación colombiana de facultades de medicina- Ascofame - proyecto ISS, 2013 pag 17-37

17. Vega C, Castro J, Neumología pediátrica, revista de neumología pediátrica (Neumol Pediatr) 2013 pag. 51-52

18. Calvo Rey C, M. G. (2010). Infecciones respiratorias virales. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica, 190-204.

19. Parra A, Juan C (2013), Bronquiolitis, Neumol Pediatr 96- 101

20. Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda- ISBN- Bogotá D.C., Colombia, ministerio de salud (citado el 7 junio 2017) Disponible desde: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVENCIÓN-MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pdf>

21. Montaje del panel respiratorio light diagnostics 3105 y sus ventajas en el diagnóstico de la infección respiratoria aguda, Bogotá- Colombia, Merck millipore- Biociencias (citado el 8 junio 2017) Disponible desde: [http://paflltda.com/admin/\\_lib/file/docArticulos/Revista.pdf](http://paflltda.com/admin/_lib/file/docArticulos/Revista.pdf)

22. Artilles. F, Perez M, Caballero A, Pena M, Diagnóstico etiológico de las infecciones respiratorias agudas de

origen vírico en un hospital pediátrico  
de Gran Canaria, *Enferm Infecc*  
*Microbiol Clin*, 2006;24(9):556-61