

## Resúmenes sobre infecciones respiratorias

### Abstracts on respiratory infections

---

1. Abarca K. Influenza: vacunación a nuevos grupos etarios. Rev Chil Infect. 2007;24(3):227-30. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182007000300009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000300009&lng=es&nrm=iso)

---

La vacunación anti-influenza es la herramienta fundamental para la prevención de esta importante enfermedad viral. Las indicaciones de vacunación, tradicionalmente enfocadas a los adultos a partir de los 65 años y a portadores de enfermedades crónicas, se han ido ampliando en los últimos años. Se presenta el fundamento de la reducción de la edad de vacunación de adultos y de la incorporación de lactantes sanos entre 6 y 24 meses de edad, y se analiza el comportamiento de la vacuna en estos grupos etarios. Finalmente, se indican nuevos grupos posibles a incorporar en los programas de vacunación en el futuro.

---

2. Álvarez Lerma F, Palomar M, Insausti J, Olaechea P, Cerdá E, Sánchez Godoy J, et al. Infecciones nosocomiales por *Staphylococcus aureus* en pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos. Med Clin (Barc). 2006;126:641-6. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe /doyma/mrevista.resumen?pident=13087841>

---

Como fundamento y objetivo se pretende investigar la frecuencia de infecciones nosocomiales por *Staphylococcus aureus* en pacientes críticos ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) de España, y describir las características y la evolución de aquellos en quienes se han aislado. Se ha realizado un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico, en el que se ha incluido a los pacientes ingresados en las UCI de los hospitales participantes en el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN) durante 1 ó 2 meses desde el año 1997 hasta 2003. Los pacientes se clasificaron como infectados por *S. aureus*, infectados por otros microorganismos y sin infecciones nosocomiales. De 34 914 pacientes controlados 3 450 (9,9 %) adquirieron 5 599 infecciones nosocomiales durante su estancia en la UCI (16,0 infecciones por cada 100 pacientes). En 682 (19,8 %) de los pacientes con infecciones se identificaron 775 infecciones, en las que uno de los microorganismos responsables era *S. aureus* (incidencia acumulada: 2,2 episodios de infección por *S. aureus* por 100 pacientes). Se concluye que *S. aureus* está presente en el 19,8 % de los pacientes con infecciones adquiridas en las UCI, principalmente en neumonías relacionadas con ventilación mecánica. La mortalidad de los pacientes con infecciones por *S. aureus* ha sido superior a la de los pacientes con infecciones por otros microorganismos y a la de pacientes sin infecciones. Por el contrario, no se han

identificado diferencias en la evolución de los pacientes con infecciones por *S. aureus* sensibles o resistentes a meticilina.

---

**3.** Artiles-Campelo F, Pérez-González MC, Caballero-Hidalgo A, Pena-López MJ. Diagnóstico etiológico de las infecciones respiratorias agudas de origen vírico en un hospital pediátrico de Gran Canaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24:556-61. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe /doyma/mrevista.resumen?pid=13093875>

---

Se persigue como objetivo comprobar si las infecciones respiratorias agudas (IRA) de origen vírico son una causa frecuente de consulta y hospitalización pediátrica. El objetivo de este estudio fue conocer la etiología de dichas infecciones en la isla de Gran Canaria. Durante 3 años (de mayo de 2002 a mayo de 2005) se recogieron 1 957 lavados nasofaríngeos de 1 729 niños atendidos en urgencias con síntomas compatibles con IRA. En todas las muestras se realizó una técnica rápida de detección de antígeno de virus respiratorio sincitial (VRS), en las que se obtuvo resultado negativo, inmunofluorescencia (IF) y cultivo celular (CC). La mediana de edad fue de 2 meses (intervalo: 0,03-119). Se identificó el agente causal del cuadro respiratorio en 1 032 niños (59,7 %). El VRS se detectó en 769 niños (74,5 %). Los demás virus identificados, por orden de frecuencia, fueron: virus parainfluenza, rinovirus, adenovirus, virus de la gripe, enterovirus y coronavirus. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la edad y el tipo de virus detectado: los adenovirus fueron responsables de cuadros en niños de mayor edad (mediana: 6 meses; intervalo: 1-74). Hubo 6 casos de infección mixta. La sensibilidad de la IF en relación con el CC fue del 55,8 %, y la especificidad del 99,2 %. Se concluye que los virus respiratorios son responsables de un alto número de casos de IRA, principalmente el VRS. Su identificación es determinante en el tratamiento clínico de los pacientes y en el empleo adecuado de antibacterianos y antivirales.

---

**4.** Astudillo P. Políticas de control de la influenza en Chile. *Rev Chil Infect.* 2006;23(1):43-4. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182006000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000100004&lng=es&nrm=iso)

---

El control de la influenza se logra sobre la base de dos componentes principales: la vigilancia epidemiológica y la vacunación. En ambos aspectos, Chile tiene un alto posicionamiento en el mundo y exhibe las mejores cifras de la región, logrando una reducción de la mortalidad por influenza y neumonía en la medida del aumento en la cobertura de vacunación, la que en la actualidad alcanza a 11 % de la población. La amenaza de una pandemia es permanente y obliga a los países a tener preparadas sus estrategias especiales de enfrentamiento.

---

**5.** Bello Dronda S, Vilá Justribó M. ¿Seguiremos teniendo antibióticos mañana? *Arch Bronconeumol.* 2007;43:450-9. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pid=13108785>

---

Desde el descubrimiento de los antibióticos se tenía la creencia generalizada de que eran capaces de curar casi la totalidad de las infecciones bacterianas. Desde entonces, la aparición y el incremento de resistencias a los antimicrobianos y la constatación de la emergencia de microorganismos multirresistentes han generado entre los médicos una preocupación creciente, que empieza a trascender a la sociedad. La escasa perspectiva de desarrollo de nuevos

fármacos antibióticos a corto-medio plazo es poco conocida y agrava el problema. El aprovechamiento de los antibióticos disponibles, mediante el conocimiento en profundidad de su actividad *in vivo*, así como la emergencia de nuevas formas de administración como la inhalada, puede ayudar a paliar el problema.

---

**6.** Calvo Rey C, García García ML, Casas Flecha I, Sánchez Mateos MF, Rodrigo García G, Cea Crespo JM, et al. Papel del rinovirus en las infecciones respiratorias en niños hospitalizados. An Pediatr (Barc). 2006;65:205-10. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13092155>

---

El rinovirus se considera un agente causal de cuadros catarrales banales, sin embargo se ha descrito como un agente inductor de exacerbaciones asmáticas en adultos y niños mayores. En nuestro medio no se ha descrito el papel del rinovirus en infecciones respiratorias de niños hospitalizados. Con el objetivo de describir las infecciones confirmadas por rinovirus en niños hospitalizados por infección respiratoria en un hospital de segundo nivel, se realizó un estudio descriptivo prospectivo de las infecciones confirmadas por rinovirus en niños hospitalizados por fiebre o infección respiratoria en la temporada 2004-2005. Para el diagnóstico virológico se realizó inmunofluorescencia y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en aspirado nasofaríngeo. Se describen las características clínicas de los pacientes. Se describen un total de 76 niños hospitalizados con infección por rinovirus, lo que supuso el 25 % de los pacientes hospitalizados por procesos respiratorios o fiebre. El rinovirus fue el segundo agente viral identificado tras el virus respiratorio sincitial (29,9 % de los hospitalizados). El 71,1 % de los pacientes fueron menores de 2 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron sibilancias recurrentes en el 60,5 %, bronquiolitis en 23,7 %, neumonía en el 7,9 % e infección respiratoria de vías altas en el 5,3 %. Presentaron fiebre de más de 38 °C el 57,9 % de los niños e infiltrado radiológico el 23,7 %. Presentaron hipoxia el 43,4 % de los niños. En niños mayores de 2 años el diagnóstico fue crisis asmática en 21 de los 22 casos. Se concluye que los rinovirus se detectaron en un importante porcentaje de los niños hospitalizados a consecuencia de infección respiratoria, siendo precedidos en frecuencia sólo por el virus respiratorio sincitial. En nuestra serie es el agente viral más frecuentemente asociado con episodios de sibilancias recurrentes en niños mayores de 2 años, y el segundo en los más pequeños.

---

**7.** García-García J, Ramos C. La influenza, un problema vigente de salud pública. Salud Pública Méx. 2006; 48(3). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000300009&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000300009&lng=es)

---

La influenza estacional es una enfermedad respiratoria aguda, recurrente y común que se conoce desde la antigüedad y se presenta sobre todo durante los meses de invierno con un elevado impacto para la salud pública mundial. La enfermedad se manifiesta con altas tasas de morbilidad en individuos de todas las edades y elevadas tasas de mortalidad en niños, individuos mayores de 60 años, pacientes con enfermedades crónicas y mujeres en gestación. Las estrategias de prevención incluyen el uso de vacunas: inactivadas, subunitarias o vacuna con virus genéticamente modificados. Dos subtipos de virus de influenza tipo A y un virus de influenza tipo B causan la enfermedad en humanos. Los virus de influenza A que afectan a los humanos mutan con facilidad, por lo que con frecuencia aparecen nuevas variantes antigénicas de cada subtipo, lo que obliga a incluir dichas variantes en las vacunas anuales para brindar una adecuada protección a la población. La influenza pandémica se refiere a la introducción y posterior diseminación mundial de un nuevo virus de influenza en la población humana, lo que ocurre de manera esporádica, y que debido a que los humanos carecen de inmunidad para el nuevo virus, pueden suscitarse epidemias graves con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. Históricamente el origen de las pandemias de influenza se debe a la transmisión de virus de aves al hombre o la transferencia de genes de estos a los virus de la influenza

estacional. En las aves acuáticas silvestres, tanto migratorias como costeras, se mantiene una gran diversidad de subtipos de virus de influenza, los cuales se introducen eventualmente en aves domésticas, donde algunos virus adquieren la capacidad de infectar a mamíferos, incluido el hombre. El proceso de adaptación de los virus aviarios a hospederos mamíferos requiere tiempo, por lo que la presentación de estos casos puede tardar varios años. Desde diciembre de 2003, en varios países del sureste asiático, las aves domésticas han sido afectadas por una epidemia de influenza aviaria (subtipo H5N1) de grandes proporciones. A febrero de 2006 la epidemia ya afectó a países de Europa y África, con un fuerte impacto económico para la avicultura comercial por el sacrificio de más de 180 millones de aves. Algunos linajes de este virus adquirieron la capacidad de cruzar la barrera de especie, e infectaron de manera directa pero incipiente a la población humana. El virus todavía no adquiere del todo la eficiencia de infección y transmisión de persona a persona, lo que ha limitado su diseminación en humanos. Debido a que la tasa de mortalidad en los individuos afectados con este virus es mayor de 50 %, la OMS convocó a los países miembros para que establezcan planes de preparación y emergencia ante la amenaza de una posible pandemia causada por el virus H5N1 o por algún virus reasociante con el de la influenza común; estas acciones han de evitar o disminuir el impacto de la amenaza y así impedir catástrofes previas como la de 1918, en la que murieron alrededor de 40 millones de personas en todo el mundo. Los planes de prevención y control previstos consideran, entre otras actividades, la vacunación y el uso de medicamentos antivíricos. Sin embargo, hasta la fecha no hay vacunas aplicables en caso de emergencia por un virus pandémico de influenza, y tal vez los países que fabrican la vacuna anual del tipo endémico carezcan de capacidad para producir la del virus pandémico. Además, se han detectado cepas de los virus resistentes a los agentes antivíricos de uso común. La presente revisión pretende actualizar los conceptos básicos sobre la influenza, con el fin de fortalecer la vigilancia epidemiológica de la enfermedad y resaltar las acciones de prevención y control en caso de que acontezca una pandemia.

---

**8.** Imaz MS, Eimann M, Poyard E y Savy V. Exceso de mortalidad asociada a influenza en Argentina. 1992-2002. Rev Chil Infect. 2006; 23(4):297-306. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182006000400002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000400002&lng=es&nrm=iso)

---

Se describe el efecto de las epidemias de influenza sobre la mortalidad en Argentina desde 1992 a 2002. Se estimaron los excesos de muertes asociados a influenza mediante la aplicación del método ARIMA a los datos de mortalidad por neumonía e influenza y todas las causas. Solo se detectaron excesos de muerte durante las estaciones con predominio del subtipo A/ H3N2. Se estimaron alrededor de 31 240 excesos de muertes por todas las causas. Las muertes por neumonía contribuyeron en alrededor del 15 %. Alrededor de 80 a 95 % de los excesos de muerte por neumonía e influenza ocurrieron en personas de > 64 años. Estas estimaciones evidencian que la circulación del virus ha ejercido una importante influencia sobre la mortalidad total, incrementando el número de muertes fundamentalmente en personas de edad. El envejecimiento de la población enfatiza la necesidad de medidas de prevención, incluyendo programas de vacunación con alta cobertura en personas de mayor edad.

---

**9.** Pérez Fernández LF, Rubán Nápoles R, García Álvarez JA, Hernández Sabourin M, Chiong Frómata G, Hernández Borges M, et al. Comportamiento de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas. Rev Inf Cient. 2006;49(1):8. Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/ric/ric02106.htm>

---

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de caracterizar la mortalidad por infecciones respiratorias agudas durante 8 años (1996-2003) en el Hospital Pediátrico Docente

"Pedro Agustín Pérez", de la provincia de Guantánamo. El universo estuvo constituido por los 45 fallecidos que hubo por esta causa durante el período de estudio. El dato primario se obtuvo de la revisión de las historias clínicas mediante el uso de un formulario confeccionado previamente. Las variables estudiadas fueron: mortalidad según edad, sexo, factores asociados, como bajo peso al nacer, atopia, estado nutricional, condiciones de vida, lactancia materna, síntomas y signos al ingreso, y causas básicas de muerte. Se encontró una disminución de la mortalidad en los últimos 3 años. Mayormente afectados resultaron los menores de 1 año, masculinos, con bajo peso al nacer como principal factor asociado. Los síntomas y signos más frecuentes fueron: la tos y la fiebre. La causa básica de muerte que prevaleció fue la neumonía (AU).

---

**10.** León López R, Gallego Machado BR, Díaz Novás J. Infecciones respiratorias agudas y factores asociados. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(5-6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

---

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con la finalidad de conocer la relación entre las infecciones respiratorias agudas con algunos factores asociados seleccionados en lactantes, durante el trienio 2001-2003, en el área de salud del Policlínico Docente "30 de Noviembre", del municipio 10 de Octubre. La incidencia de estas enfermedades en el mencionado período fue de 933 x 1 000. Se encontró que la mayoría de los infantes exhibió un adecuado estado inmunológico y nutricional, así como también que no tenían historia de alergia respiratoria. La institucionalización de estos niños no influyó en la aparición de estas enfermedades, y el tratamiento que predominó fue el sintomático (AU).

---

**11.** Liberati A, D'Amico R, Pifferi S, Torri V, Brazzi L. Profilaxis antibiótica para la reducción de las infecciones de las vías respiratorias y la mortalidad en adultos que reciben cuidados intensivos. Medicina Intensiva. 2005;29(4):225-59. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe /doyma/mrevista.fulltext?pid=13075603>

---

La neumonía es una causa importante de mortalidad en los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La incidencia de neumonía en los pacientes críticos oscila entre el 7 y el 40 %, y la mortalidad cruda debida a la neumonía asociada a la ventilación mecánica puede exceder del 50 %. Aunque no todas las muertes en los pacientes con neumonía se pueden atribuir directamente a la neumonía, se ha demostrado que esta contribuye a la mortalidad, independientemente de otros factores que también se asocian fuertemente con la mortalidad. El objetivo de esta revisión fue evaluar los efectos de los antibióticos en la prevención de las infecciones de las vías respiratorias y la mortalidad en adultos ingresados en las UCI. En total se incluyeron 36 ensayos que suponían un total de 6 922 pacientes. Hubo diferencias en los antibióticos utilizados, las características de los pacientes, el riesgo de infección de las vías respiratorias y la mortalidad en los grupos control. En 17 ensayos (que incluían 4 295 pacientes) que evaluaron una combinación de antibióticos tópicos y antibióticos por vía sistémica, las tasas de infección de las vías respiratorias y la mortalidad en el grupo control fueron del 36 y del 29 %, respectivamente. Hubo una reducción significativa tanto de las infecciones de las vías respiratorias (*odds ratio* [OR] = 0,35; intervalo de confianza del 95 % [IC 95 %]: 0,29 a 0,41) (figura 1), como de la mortalidad (OR=0,78; IC 95 %: 0,68 a 0,89) (figura 2) en el grupo de tratamiento. En promedio fue necesario tratar 5 pacientes para prevenir una infección y 21 pacientes para evitar una muerte. En 17 ensayos (que incluían 2 664 pacientes) que evaluaron los antibióticos tópicos solamente (o que comparaban antibióticos tópicos más antibióticos por vía sistémica frente a antibióticos por vía sistémica solamente), las tasas de infección de las vías respiratorias y la mortalidad en el grupo control fueron del 30 y del 26 %, respectivamente. Hubo una reducción significativa de las infecciones de las vías respiratorias (OR=0,52; IC 95 %: 0,43 a 0,63) pero no de la mortalidad (OR=0,97; IC 95 %:

0,81 a 1,16) en el grupo de tratamiento.

---

**12.** Milián Vázquez PM, Paz García C, Reyes Hernández D, Aroche Quintana M, Vázquez Montero L, Rodríguez Rodríguez AL, et al. Evaluación de la prescripción de antimicrobianos en las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. Acta Farm Bonaer. 2005;24 (1):109-12.

---

Se realizó un estudio descriptivo en 5 consultorios del Policlínico de Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba, entre enero y abril de 2004. Se estudiaron 134 niños menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas con la intención de caracterizarlas y evaluar el comportamiento de la prescripción de antimicrobianos.

---

**13.** Rabagliati R, Serri M, Perret C, Guzmán AM, Azócar T, Habash L, et al. Perfil clínico-epidemiológico de las infecciones por virus respiratorios en adultos hospitalizados durante la estación de influenza 2004. Rev Chil Infect. 2006;23(2):111-7. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182006000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000200002&lng=es&nrm=iso)

---

El comportamiento epidemiológico del virus influenza (FLU) en la comunidad se refleja en el hospital, es planteable que la actividad comunitaria de otros virus respiratorios también se traduzca en un alza de las internaciones por estos agentes. Objetivo: describir la presencia y características clínico-epidemiológicas de infecciones por virus respiratorios no-FLU (virus respiratorio sincicial-VRS, parainfluenza y adenovirus-ADV) entre adultos hospitalizados durante la temporada de influenza y establecer una comparación con virus influenza-A (IA) o B (IB). Pacientes y métodos: adultos internados en Hospital Clínico Universidad Católica, de mayo a julio de 2004, con infección por IA o IB, y VRS, parainfluenza (1-2-3) o ADV demostrada por *test* rápido o inmunofluorescencia directa. Resultados: se identificaron 86 casos: 73,5 % FLU (48,2 %, IA y 25,3 % IB) y 26,5 % no-FLU (15,7 % parainfluenza-2; 8,4 % VRS, 1,2 % parainfluenza-3 y 1,2 % ADV). El grupo con FLU presentó más frecuentemente mialgias, tos, hospitalización por síndrome febril, mayores valores de PCR y porcentaje de baciliformes ( $p < 0,05$ ). Conclusiones: durante la temporada de influenza 2004, el 26,5 % de las infecciones entre adultos hospitalizados fueron causadas por virus no-FLU. La dificultad en diferenciar infecciones por virus FLU de no-FLU, plantea la necesidad de ampliar el estudio de la etiología viral, incluso durante la temporada de FLU.

---

**14.** Repetto G. Influenza humana y aviaria: pasado, presente y futuro. Rev Chil Pediatr. 2006;77(1):12-9. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062006000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100002&lng=es&nrm=iso)

---

Se revisa la epidemiología de la influenza en los últimos años y el brote en curso de influenza aviaria y sus riesgos para el hombre. En el siglo pasado hubo 3 pandemias graves de influenza humana causadas por distintos subtipos de virus A que se extendieron por todo el mundo. Según las evidencias clínicas, de laboratorio y epidemiológicas disponibles, existe un riesgo real de una nueva pandemia que eventualmente afectaría al hombre derivada de la epidemia aviaria, A/H5N1, cuyo principal reservorio son aves migratorias. Se inició en Hong Kong en el año 2003 y se propagó con gran rapidez a la población avícola en varios países de Asia, Rusia, Macedonia, Colombia y Turquía. Chile no ha sido afectado. La transmisión ave-hombre está documentada en un número reducido de casos, pero se teme que el virus, mediante recombinación genética con cepas humanas, adquiera la capacidad de infectar y transmitirse al hombre dando curso a su diseminación explosiva. Se discute la estrategia, indicaciones y

limitaciones de su prevención y tratamiento, incluyendo vigilancia epidemiológica, empleo de fármacos antivirales e inmunización.

---

**15.** Roca B. Infecciones por micoplasmas. Rev Clin Esp. 2006;206:239-42. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13088565>

---

Los micoplasmas son microorganismos procariotas sin pared celular que habitualmente colonizan las mucosas respiratoria y urogenital. Las especies patógenas para el hombre son *Mycoplasma pneumoniae*, que producen infecciones respiratorias, entre ellas neumonías; y *M. genitalium*, *M. hominis* y *Ureaplasma urealyticum*, que producen infecciones urinarias y genitales. El diagnóstico de estas infecciones se basa fundamentalmente en la serología, ya que el cultivo de estos gérmenes es muy laborioso. Probablemente en un futuro cercano las técnicas moleculares de detección de antígenos o ADN permitirán un diagnóstico mucho más rápido y fiable. Las tetraciclinas y las fluorquinolonas poseen excelente actividad contra estos microorganismos.