

Multimed 2017; 21(3)

MAYO-JUNIO

ARTICULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS GRANMA

MISIÓN MÉDICA CUBANA EN BELICE

WESTERN REGIONAL HOSPITAL, BELMOPAN

Comportamiento clínico-epidemiológico de la bronquiolitis aguda en lactantes admitidos. Belmopán, Belice. 2015

Clinical-epidemiological behavior of acute bronchiolitis in
admitted infants. Belmopan, Belize. 2015

Esp. II Grado Pediatr. María Dolores Ruiz Silva, ^I Esp. II Grado Pediatr. Iliana
Hernández Pérez, ^{II} Esp. II Grado Hig. Epidemiol. Manuel Montes de Oca
Domínguez. ^{III}

^I Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas Granma. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{III} Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, con el objetivo de conocer el comportamiento clínico epidemiológico de la bronquiolitis aguda en lactantes admitidos en el *Western Regional Hospital* de la ciudad de Belmopán, Belice, periodo de septiembre a diciembre de 2015. Las hospitalizaciones por bronquiolitis ocuparon el 37 % de las ocurridas en la etapa en

el servicio de Pediatría; predominando entre los de más corta edad y del sexo masculino, sin variaciones significativas de incidencia por meses. La historia familiar de atopia resultó el factor de riesgo más frecuente, seguido por antecedentes de bajo peso al nacer, desnutrición y anemia. La estadía hospitalaria fue inferior a 72 horas en la mayor parte de los pacientes. Se presentó la bronconeumonía bacteriana como la más importante complicación, lo que explica el empleo de antibióticos en esta serie. Se usaron masivamente oxígeno, salbutamol en nebulizaciones y metilprednisolona para tratar los lactantes admitidos con bronquiolitis.

Palabras claves: Bronquiolitis agudas; lactantes; factores de riesgo.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out to determine the epidemiological clinical behavior of acute bronchiolitis in infants admitted to the Western Regional Hospital in the city of Belmopan, Belize, from September to December 2015. The hospitalizations for bronchiolitis occupied 37 % of those occurred in the stage in the Pediatric service; predominating among the younger and males, with no significant variations in incidence for months. The family history of atopy was the most frequent risk factor, followed by a history of low birth weight, malnutrition and anemia. Hospital stay was shorter than 72 hours in most patients. Bacterial bronchopneumonia was presented as the most important complication, which explains the use of antibiotics in this series. Oxygen, salbutamol in nebulisations and methylprednisolone were massively used to treat infants admitted with bronchiolitis.

Key Words: bronchiolitis; infants; risk factors.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda (BA) es una enfermedad de gran importancia en la práctica pediátrica por su frecuencia, que genera tanto una morbilidad como mortalidad importante con costos sociales y económicos elevados. El virus respiratorio sincitial es el patógeno implicado con más frecuencia en su etiología, aunque hay numerosos virus respiratorios capaces de producir bronquiolitis, habiéndose descrito en los últimos años dos nuevos agentes de gran importancia. El diagnóstico es fundamentalmente clínico,

siempre se buscan los síntomas característicos. La realización de pruebas complementarias ha delimitarse a pacientes seleccionados. ^{1,2}

Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser capaz de alterar el curso clínico de la enfermedad. El manejo de estos pacientes más divulgado se basa en medidas generales de soporte. La mayoría de los casos puede ser tratada de manera ambulatoria con un control frecuente y periódico del estado del niño y una buena información a la familia, explicando claramente los signos de alarma. ^{3,4}

La bronquiolitis es una enfermedad respiratoria aguda de comportamiento epidémico, de causa infecciosa, generalmente viral, caracterizada por un cuadro clínico de inicio agudo, con sibilantes de predominio espiratorio, signos acompañantes como coriza, otitis, fiebre. La edad del paciente inferior a 24 meses, preferiblemente inferior a 6 meses. ^{5,6}

Suele ser la principal causa de ingreso por infección respiratoria aguda de vías bajas en el niño menor de 2 años y tiene gran repercusión en todos los niveles asistenciales. Aunque la mayor parte de la evidencia disponible procede de estudios realizados en el medio hospitalario, la mayoría de los casos de BA son leves y pueden ser manejados ambulatoriamente. Las pruebas diagnósticas y los tratamientos que se indican en la práctica clínica varían enormemente entre áreas y sistemas sanitarios, sin que dicha variabilidad se corresponda con diferencias en la gravedad de los pacientes o con las recomendaciones de guías de práctica clínica vigentes en dichas áreas. ^{7,8}

Motivados por la elevada morbilidad e incluso mortalidad con epidemias anuales de esta enfermedad, contra la cual no existen actualmente vacunas disponibles efectivas y seguras, cuyos enfermos requieren de recursos no previstos siempre, para el seguimiento de estos niños; además de los costos hospitalarios por concepto de hospitalización, medicamentos y medios diagnósticos que asume el sistema de salud en el territorio y luego de hacer revisión del tema nos percatamos que no existen trabajos publicados en este país nos dimos a la tarea de realizar este trabajo con el objetivo de conocer las características clínicas y epidemiológicas que comparten los menores de un año con el diagnóstico de bronquiolitis aguda internados en el Western Regional Hospital durante el periodo septiembre-diciembre 2015.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en pacientes con diagnóstico de bronquiolitis aguda en el período comprendido desde septiembre a diciembre de 2015, en el *Western Regional Hospital* (WRH), de la ciudad de Belmopán, Belice, para conocer el comportamiento clínico epidemiológico de esa enfermedad en lactantes admitidos.

Se estudiaron los 60 pacientes menores de 1 año que resultaron hospitalizados por esta causa. Se revisaron variables como: edad, sexo, fecha de presentación de los síntomas, complicaciones durante la evolución de la enfermedad, estadia hospitalaria y medicación aplicada.

La información primaria se obtuvo de los expedientes clínicos computarizados de cada paciente y del registro de hospitalizaciones de *general ward*, existentes en el *Western Regional Hospital*. Se realizó amplia revisión bibliográfica sobre el tema, consultados textos básicos, revistas y artículos científicos publicados recientemente acerca del problema de salud, para realizar el análisis y comparación de los resultados.

RESULTADOS

En el período estudiado resultaron hospitalizados 60 lactantes en el WRH de Belice por presentar cuadros moderados o severos de bronquiolitis aguda. Los niños con episodios leves de BA se trataron de manera ambulatoria. Las admisiones por esta causa representaron el 37 % del total de admisiones en el servicio de Pediatría en la etapa. Correspondió el 62 % a los menores de seis meses y 38 % tenían edades entre 7 y 12 meses. Predominó la incidencia entre varones (75 %). (Tabla 1)

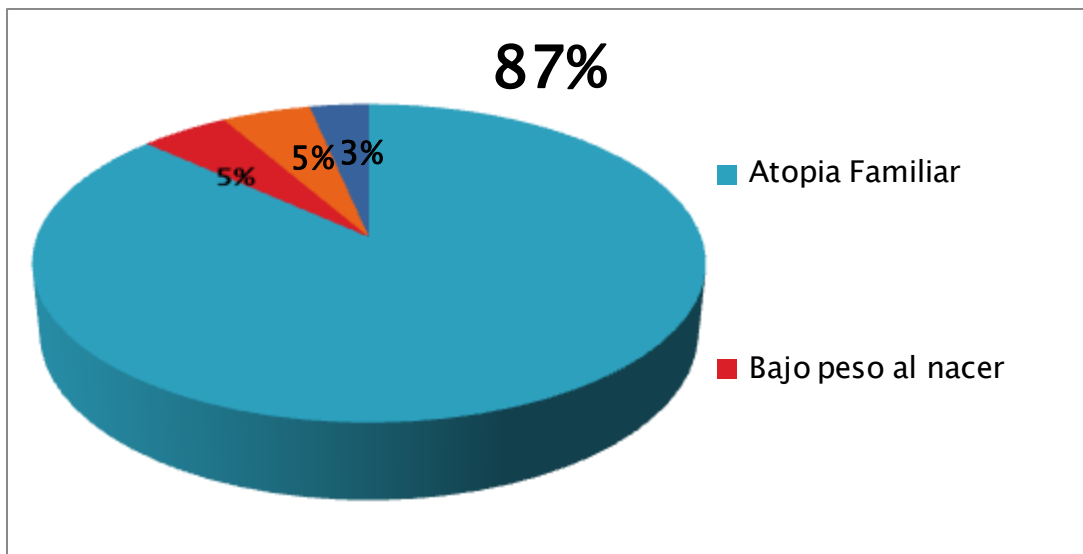
Tabla 1. Distribución según edad y sexo.

Edad	Femeninos		Masculinos		Subtotales	
	No.	%	No.	%	No.	%
<6 meses	9	15	28	46.7	37	62

7-12 meses	6	10	17	28.3	23	38
Total	15	25	45	75	60	100

Fuente: Registros médicos locales.

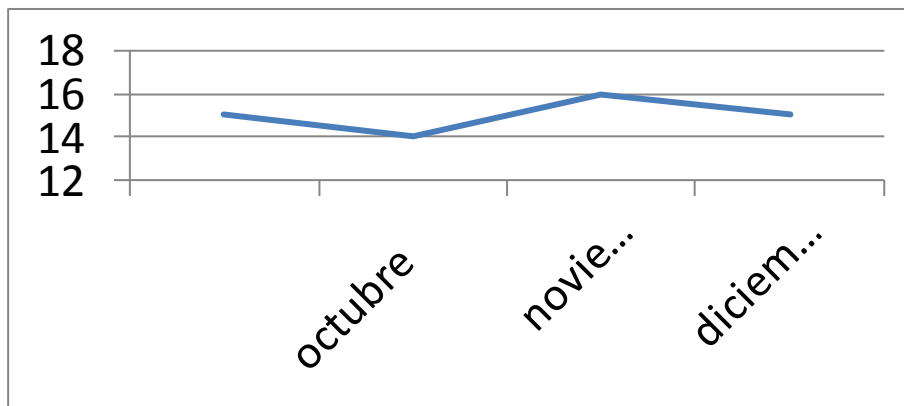
Cuatro condiciones habitualmente descritas como factores de riesgo de los lactantes para sufrir infecciones respiratorias agudas, (entre las que se encuentra la bronquiolitis) se encontraron en esta casuística; con marcado predominio de la atopia familiar (87 %) y menos frecuentes el bajo peso al nacer y desnutrición con 5 % cada grupo y anemias en el 3 %.(Gráfico 1)



Fuente: Historias clínicas individuales

Gráfico 1. Factores de riesgo encontrados.

La cifra de lactantes admitidos por BA osciló entre 14 y 16 cada mes estudiado, sin pico relevante en alguno de ellos. Todos con formas clínicas moderadas y graves de la enfermedad. (Gráfico 2)



Fuente: Registros médicos del WRH.

Grafico 2. Hospitalizaciones por bronquiolitis aguda en los meses estudiados.

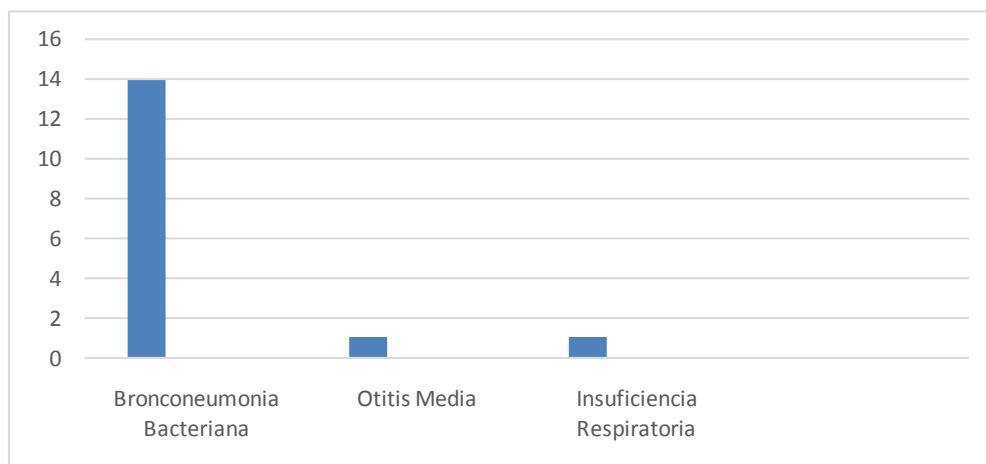
La estadía hospitalaria por concepto de BA fue inferior a 72 horas para la mayor parte de los lactantes admitidos (77 %). Permanecieron hospitalizados por más de tres días 14 infantes (23 %). (Tabla 2).

Tabla 2. Estadía hospitalaria.

Estadia	Número	%
< 3 días	46	77
> 3 días	14	23
Total	60	100

Fuente: Historias clínicas individuales

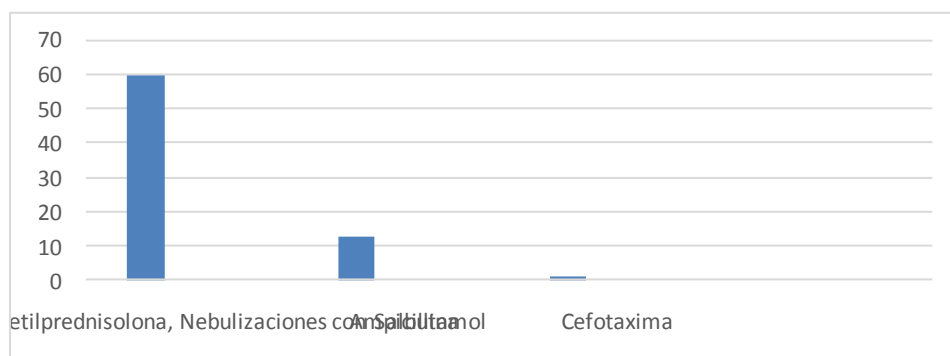
La bronconeumonía bacteriana resultó la complicación más frecuente, presentada en 14 niños (23 %). Sólo uno sufrió secundariamente otitis media aguda y otro niño cursó con evidentes signos de insuficiencia respiratoria aguda (1.6 % cada caso). En esta serie de pacientes las complicaciones encontradas fueron aquellas más frecuentemente reportadas por la literatura. La bronconeumonía bacteriana resultó la más presentada, coincidiendo con los lactantes de hospitalización por más de 72 horas. (Gráfico 3)



Fuente: Historias clínicas individuales.

Gráfico 3. Complicaciones presentadas.

Como en muchas áreas de salud a nivel mundial, existen en Belice las guías para el manejo de las enfermedades o protocolos de actuación.⁷ En el caso particular de la bronquiolitis, entre las principales medidas de tratamiento incluye la oxigenoterapia, esteroides por vía parenteral, (el más usado para los pacientes admitidos: metilprednisolona) y el salbutamol en nebulizaciones como terapia broncodilatadora. El 100 % de los afectados por BA recibió este tratamiento desde el momento de la admisión hospitalaria. Al 23.3 % se le asoció tratamiento antibiótico, de ellos 13 pacientes (21.6 %) con ampicilina y uno (1.6 %) con cefotaxima, justificado por la aparición de complicaciones en el curso evolutivo de la afección. (Gráfico 4)



Fuente: Historias clínicas individuales.

Grafico 4. Distribución de casos según tratamiento medicamentoso recibido.

DISCUSIÓN

La corta edad de los lactantes ingresados por BA y su mayor aparición entre los masculinos coincide con lo reportado por autores cubanos y españoles quienes suelen relacionar la enfermedad con niños varones entre 2 y 24 meses de edad, más específico entre 2 y 6 meses. ^{9,10}

Otros investigadores también han reportado predominio de las hospitalizaciones por bronquiolitis entre los lactantes más pequeños, relacionándolo con fenómenos anatómicos y de defensa inmunológica. ¹¹ La enfermedad infecciosa siempre tendrá peor pronóstico en la población de menor edad, en aquellos en los que aún no se ha logrado la evolución fisiológica, inmunológica y defensiva que el organismo humano logra con la madurez. ¹²

En este centro no se encontraron evidencias de investigaciones anteriores que permitieran establecer comparaciones, por lo que se desconoce el canal endémico local para esta afección y su comportamiento. La práctica diaria en este centro hospitalario permitió asistir una cifra elevada de lactantes enfermos por bronquiolitis desde la forma clínica leve hasta aquellos con manifestaciones graves y complicadas.

Al revisar los elementos inmunológicos atribuidos a la patogenia de la bronquiolitis, puede apreciarse que niveles de IgE al virus sincitial respiratorio (causante del mayor número de epidemias y brotes de BA) y anticuerpos IgE e IgG virus específicos, se han encontrado en secreciones respiratorias y líquido plasmático de grupos de lactantes con bronquiolitis aguda.¹³ Este fenómeno contribuye al entendimiento de la participación de la atopia familiar entre los factores de riesgo.

La historia de bajo peso al nacer, desnutrición infantil y anemia son entes predisponentes para la ocurrencia de cualquier fenómeno infeccioso, por lo que también para la enfermedad estudiada son tenidos en cuenta por varios investigadores. Estos antecedentes junto a la corta edad y la virulencia del germen resultan muy negativos para los pacientes, tanto por la susceptibilidad a la infección como por la predisposición a las más prolongadas evoluciones y a la aparición de complicaciones.^{14,15}

Los meses que abarcó el estudio coincidieron con una etapa de numerosas consultas y hospitalizaciones por infecciones respiratorias en el territorio.

La bronquiolitis es una afección aguda que al evolucionar por brotes epidémicos, ha permitido que en algunos países los epidemiólogos e investigadores puedan identificar las estaciones y meses del año en las que ocurre la mayor morbilidad. Esto permite a los administradores de salud trazar estrategias organizativas para enfrentar las epidemias y prestar una atención médica de buena calidad.^{16,17} No se registran estudios previos sobre estas causas en el WRH.

Las epidemias ocurren anualmente durante los meses de invierno en climas templados y durante la estación de lluvias en las zonas tropicales. En Norteamérica el pico de la enfermedad ocurre entre los meses de enero y febrero, mientras en el Reino Unido las epidemias se inician a mediados de noviembre y se prolongan hasta los últimos días de marzo, con picos también entre los meses de enero y marzo.^{18,19}

El curso clínico de la bronquiolitis es variable. La literatura reporta que la mayor parte de estos enfermos evolucionan bien de manera ambulatoria bajo un régimen de correcta información a los familiares sobre signos de alarma y tratamiento sintomático, sin complicaciones. Se le atribuye un pico clínico entre el cuarto y quinto días desde el

inicio de los primeros síntomas, para después establecer su propio control y declinación hasta la curación.²⁰

La estadia hospitalaria de este grupo de pacientes fue mayormente corta, similar a la que se registra internacionalmente. Patrones de control y vigilancia epidemiológica en hospitales se refieren a la estadía hospitalaria por bronquiolitis entre 2 y 4 días.²¹ Si conocemos que se trata de una enfermedad de origen viral que afecta preferentemente a lactantes eutróficos, es entendible su más rápida evolución a la curación.²²

Las tasas de infección bacteriana secundaria en la evolución de los lactantes con bronquiolitis son mínimas, según reportan varios autores, y se incrementa su incidencia proporcionalmente con la prolongación de las hospitalizaciones, lo que significa riesgo de exposición a agentes invasivos dentro de los servicios hospitalarios y riesgo de infecciones intrahospitalarias.^{23,24}

Usualmente los lactantes que resultan hospitalizados por bronquiolitis presentan las formas moderada o grave de la enfermedad, debido a que los niños con cuadros leves y sin riesgos de complicaciones resultan controlados y tratados ambulatoriamente. En las formas moderada y grave predominan los signos de obstrucción ventilatoria y con ellos la hipoxia, lo que justifica la aplicación de estos métodos terapéuticos durante la internación.

Resultado que entra en controversia con lo reportado por numerosos autores, quienes descartan la posibilidad efectiva de los esteroides y se abstienen del uso de broncodilatadores.¹⁶⁻¹⁸

Otros autores consideran que el aporte de oxígeno y medidas generales de desobstrucción de las vías respiratorias son los pilares básicos del tratamiento de esta entidad.^{19,20}

Un ensayo clínico, en 20 hospitales estadounidenses comparó la eficacia de una dosis de esteroides por vía oral (dexametasona), contra placebo en 600 lactantes con bronquiolitis formas moderada-grave. No se encontraron diferencias en la tasa de hospitalización resultante; ambos grupos experimentaron mejoría durante la

observación, sin diferencias significativas, y las diferencias encontradas con significación estadística fueron consideradas clínicamente irrelevantes.²⁰

La experiencia de un equipo de profesionales del Hospital Pediátrico Universitario de Holguín, Cuba, les ha permitido plantear que los broncodilatadores orales no se recomiendan en el niño pequeño debido a que su efecto es pobre y las reacciones colaterales pueden ser de consideración; y se refieren al uso de esteroides en el tratamiento de estos enfermos como algo controversial y que no se usan rutinariamente en el manejo de la bronquiolitis por sus limitaciones y la preponderancia del riesgo sobre el beneficio. Acerca del uso de esteroides sistémicos (metilprednisolona, dexametasona) plantean que no existen dudas acerca de la ineficacia e incluso en ocasiones pueden ser perjudiciales. Con los esteroides inhalados no reportan beneficios a corto plazo en la fase aguda de la bronquiolitis.²²

Otros autores muestran sus experiencias positivas en el uso de esteroides sistémicos e inhalados solo en casos de sibilancias persistentes con implicación de inflamación y respuesta inmune en su origen.^{23,24}

CONCLUSIONES

Las hospitalizaciones por bronquiolitis aguda en lactantes ocuparon el 37 % de las ocurridas en la etapa en el servicio de Pediatría; predominaron los de más corta edad y del sexo masculino, sin variaciones significativas de incidencia por meses.

La historia familiar de atopia resultó el factor de riesgo más frecuente encontrado, además de bajo peso al nacer, desnutrición y anemia.

La estadía hospitalaria fue inferior a 72 horas en la mayor parte de los pacientes.

Se presentó la bronconeumonía bacteriana como la más importante complicación, lo que explica el empleo de antibióticos en esta serie.

Usados masivamente oxígeno, salbutamol inhalado y metilprednisolona para tratar los lactantes admitidos con bronquiolitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peña Hidalgo B, Parra Cruz M, Rodríguez González B, González Oro M. Guía de buenas prácticas clínicas bronquiolitis aguda. Rev Ped Elec [Internet]. 2010 [citado 12 Abr 2017]; 7(1):48-60. Disponible en: http://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=1546.
2. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Bronquiolitis aguda. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 [citado 12 Abr 2016]; Supl(21):45-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14s22/06_sup22_pap.pdf.
3. Ochoa Sangrador C, González de Dios J. Manejo de la bronquiolitis aguda en atención primaria: análisis de variabilidad e idoneidad (proyecto aBREVIADo). An Pediatr [Internet]. 2013 [citado 12 Abr 2016]; 79(3):167-76. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/manejo-bronquiolitis-aguda-atencion-primaria/articulo/S1695403313000556/>.
4. Oñate Ramírez AL, Rendón Macías ME, Iglesias Leboreiro J, Bernárdez Zapata I. Apego a guías clínicas para el manejo de bronquiolitis. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2014 [citado 12 Abr 2017]; 71(4):227-32. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-apego-guias-clinicas-el-manejo-S1665114614000124>.
5. Pérez Rodríguez MJ, Otheo de Tejada Barasoain E, Ros Pérez P. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet]. 2010 [citado 15Nov 2017]; 34(1):3-11. Disponible en: http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/BoletinVol34n1_3a11.pdf.
6. Parra A, Jiménez C, Hernández S, García JE, Cardona AM. Bronquiolitis: artículo de revisión. Neumol Pediatr. 2013; 8(2):95-101.
7. Castillo Galván R, Cuello García CA. Radiografía de tórax: un recurso usualmente innecesario para el diagnóstico de la bronquiolitis. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2011 [citado 12 Abr 2017]; 68(3). Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000300006.

8. Castro B, Tenorio-Abreu A, Fuster-Jorge P, Hernández-Porto M, Montesinos I, Sierra A. Características epidemiológicas de las bronquiolitis causadas por el virus respiratorio sincitial y el metapneumovirus humano en pacientes pediátricos. *Acta Pediatr Esp*. 2011; 69(4):156-8.
9. Álvarez Carmenate M, Dotres Martínez CP, Balado Sanson RM, Sardiñas Arce ME, Aguirre Pérez O, Fernández Monterrey FA. Comportamiento de la bronquiolitis en pacientes ingresados. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2010 [citado 2 Nov 2016]; 26(3)490-9. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_3_10/mgi06310.htm.
10. Carbonell Estrany X, Cintora Cacho R, Claret Teruel G, González Pérez-Yarza E, Luaces Cubells C, Martínón Torres F, Moreno Galdó A, et al. Guía de Práctica Clínica sobre bronquiolitis aguda [Internet]. España: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010 [citado 15 May 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_475_Bronquiolitis_AIAQS_compl.pdf.
11. CAPV. Tratamiento de la bronquiolitis aguda. INFAC [Internet]. 2011 [citado 25 Abr 2016]; 19(7). Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/ad_juntos/INFAC_v19_n7.pdf.
12. Castaños C, Rodríguez MS. GAP 2013: manejo de la bronquiolitis [Internet]. Argentina: Hospital de Pediatría Garrahan; 2015 [citado 6 Nov 2016]. Disponible en: http://www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/Manejo_de_la_Bronquiolitis.pdf.
13. Uriarte Méndez AE, Pérez Pintado E, López González Y, Capote Padrón JL, Fernández González A, Herrera L, et al. Bronquiolitis aguda ¿qué pacientes deben ir a la unidad de cuidados intensivos? *Medisur [Internet]*. 2014 [citado 12 Abr 2017]; 12(6):835-42. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v12n6/ms04612.pdf>.

14. García Merino A, Mora Gandarillas I. Bronquiolitis aguda: diagnóstico y tratamiento. FA Pap Monogr [Internet]. 2015 [citado 12 Abr 2017]; 1:61-9. Disponible en: http://monograficos.fapap.es/adjuntos/monografico1-respiratorio/respiratorio_09_bronquiolitis.pdf.
15. Baquero Rodríguez R, Granadillo Fuentes A. Guía práctica clínica: bronquiolitis. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) [Internet]. 2009 [citado 12 Abr 2016]; 25(1):135-49. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a12.pdf>.
16. Lución MF, del Valle Juárez M, Viegas M, Castellano V, Romanin VS, Grobaporto M, et al. Virus respiratorio sincitial. Patrón clínico epidemiológico en niños internados en un hospital pediátrico durante los años 2000-2013. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2014 [citado 12 Abr 2017]; 112(5):397-404. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v112n5/v112n5a03.pdf>.
17. Corneli HM, Zorc JJ, Zorc JJ, Mahajan P, Shaw KN, Holubkov R, et al. A multicenter, randomized, controlled trial of dexamethasone for bronchiolitis. N Engl J Med [Internet]. 2007 [citado 2 Jun 2016]; 357:331-9. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa071255#t=article>
18. Blom D, Ermers M, Bont L, van Aalderen WMC, van Woensel JBM. Corticosteroides inhalados durante la bronquiolitis aguda para la prevención de las sibilancias posbronquiolíticas (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [citado 16 Sept 2016] ; 3. Disponible en : <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB004881-ES.htm>.
19. Coffin SE. Bronchiolitis: in-patient focus. Pediatr Clin North Am. 2005; 52:1047-57.
20. Handforth J, Friedland JS, Sharland M. Basic epidemiology and immunopathology of RSV in children. Paediatr Respir Rev. 2000; 1(3):210-4.
21. Law BJ, Carbonell-Estrany X, Simoes EA. An update on respiratory syncytial virus epidemiology: a developed country perspective. Respir Med. 2002; 96 Suppl B: S1-S7.

22. Garcia ML, Calvo Rey C, Quevedo Teruel S, Martínez Pérez M, Sánchez Ortega F, Martin del Valle F, et al. Radiografía de tórax en la bronquiolitis: ¿es siempre necesaria? An Pediatr (Barc). 2004; 61(3):219-25.
23. Bloomfield P, Dalton D, Karleka A, Kesson A, Duncan G, Isaacs D. Bacteraemia and antibiotic use in respiratory syncytial virus infections [Internet]. 2004 [citado 12 Abr 2016]; 89(4):363-7. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1719865/>.
24. Alessandrini MF, Álvarez D, Baratta S, Barría S, Belzunce ML, Benítez AL, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2006 [citado 23 Abr 2016]; 104(2):159-76. Disponible en:
<http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/versi-oacuten-completa.pdf>.

Recibido: 8 de marzo de 2017.

Aprobado: 30 de marzo de 2017.

Iliana Hernández Pérez. Universidad de Ciencias Médicas Granma. Manzanillo. Granma, Cuba. E-mail: ilianahdez@ucm.grm.sld.cu.