



Desenlaces críticos de la infección por Virus Sincitial Respiratorio en pacientes pediátricos admitidos a la Terapia Intensiva en el Hospital del Niño Dr Francisco De Icaza Bustamante durante el año 2025, en Guayaquil - Ecuador

Autora: Dra. Johanna D. Moya Proaño – Posgradista de Pediatría de Tercer Año del Hospital del Niño Dr Francisco De Icaza Bustamante – UCSG
Coautores: Dra. Mercedes M. Chimbo Jiménez – Pediatra del Hospital del Niño Dr Francisco De Icaza Bustamante.
Dr. Boris X. Caballero Pineda – Médico Epidemiólogo del Hospital del Niño Dr Francisco De Icaza Bustamante.
Dra. Paola A. Campoverde Boza – Posgradista de Pediatría de Tercer Año del Hospital del Niño Dr Francisco De Icaza Bustamante – UCSG.
Dra. Gema M. Morales Loor – Posgradista de Pediatría de Tercer Año del Hospital del Niño Dr Francisco De Icaza Bustamante – UCSG.
Dra. Gema E. Collantes Loor – Posgradista de Pediatría de Tercer Año del Hospital del Niño Dr Francisco De Icaza Bustamante – UCSG.

1 INTRODUCCIÓN

El Virus Sincitial Respiratorio es la principal causa de infección respiratoria aguda baja en lactantes y una de las primeras causas de hospitalización pediátrica a nivel mundial. En países de ingresos medios, la carga de enfermedad es considerable más en pacientes con factores de riesgo. El Hospital del Niño atiende anualmente numerosos casos graves que requieren ingresos a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

2 OBJETIVO

Describir y analizar los desenlaces clínicos críticos en pacientes pediátricos con infección por VSR admitidos a la UTIP del Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante durante el año 2025 en Guayaquil – Ecuador.

4 RESULTADOS

Se identificaron 455 resultados positivos para virus respiratorios, de los cuales el 62,4% (284) correspondieron a VSR en hospitalización y UTIP, con mayor frecuencia en lactantes menores de 1 año (67,3%;191). De estos, el 6.3% (18) progresaron a insuficiencia respiratoria, el 3,5% (10) ingresaron a la UTIP y 1,8% (5) se mantuvieron en hospitalización con uso de ventilación mecánica invasiva, registrándose una mortalidad global del 5,3% (15) entre estas áreas.

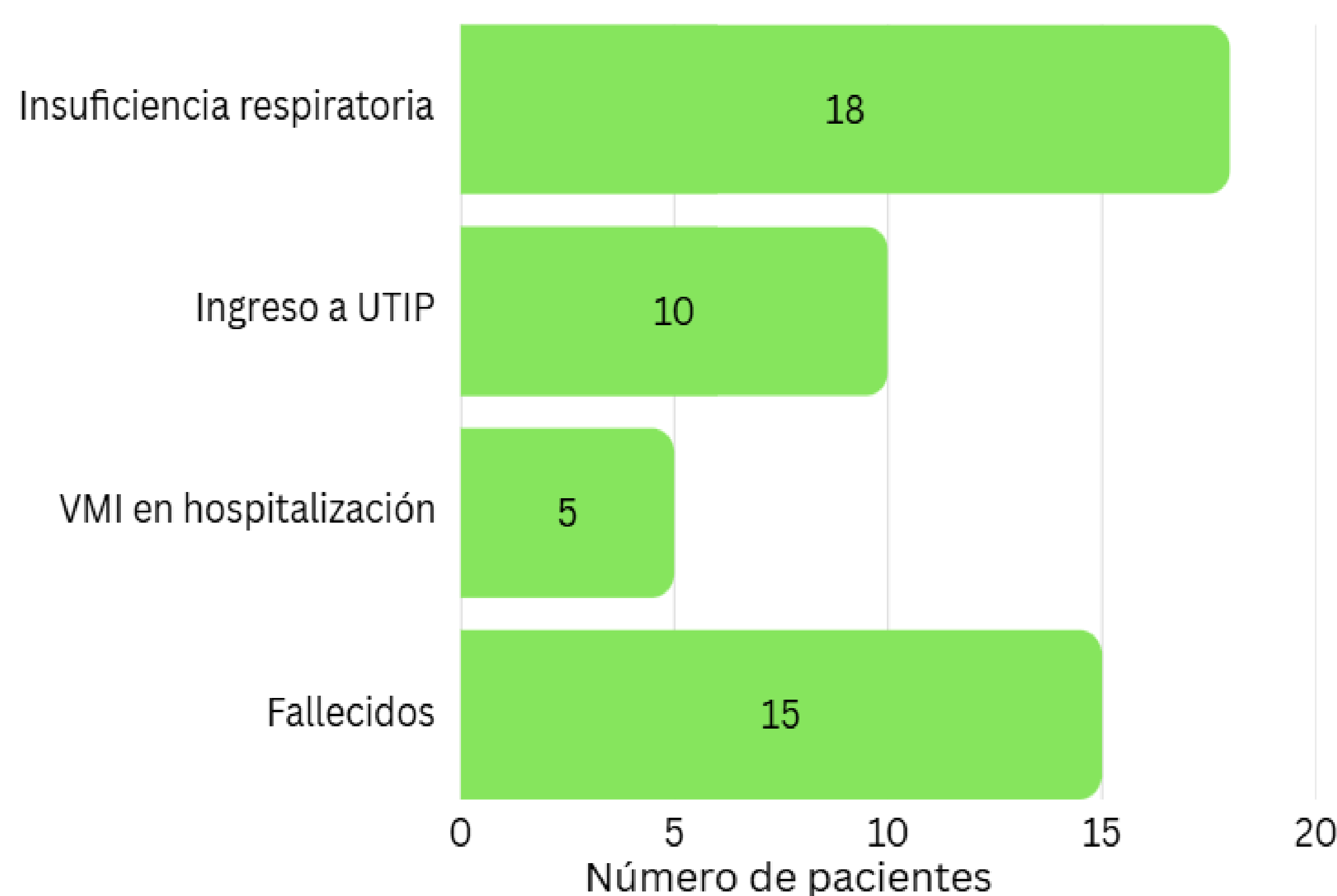


Gráfico 2: Desenlaces clínicos por VSR - Fuente: Sistema Intensificado de Vigilancia Epidemiológica IRAG

3 MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con datos estadísticos del área de Epidemiología, analizando variables demográficas, procedencia geográfica, comorbilidades, requerimiento de ventilación mecánica, evolución clínica de los pacientes fallecidos ingresados a la UTIP.

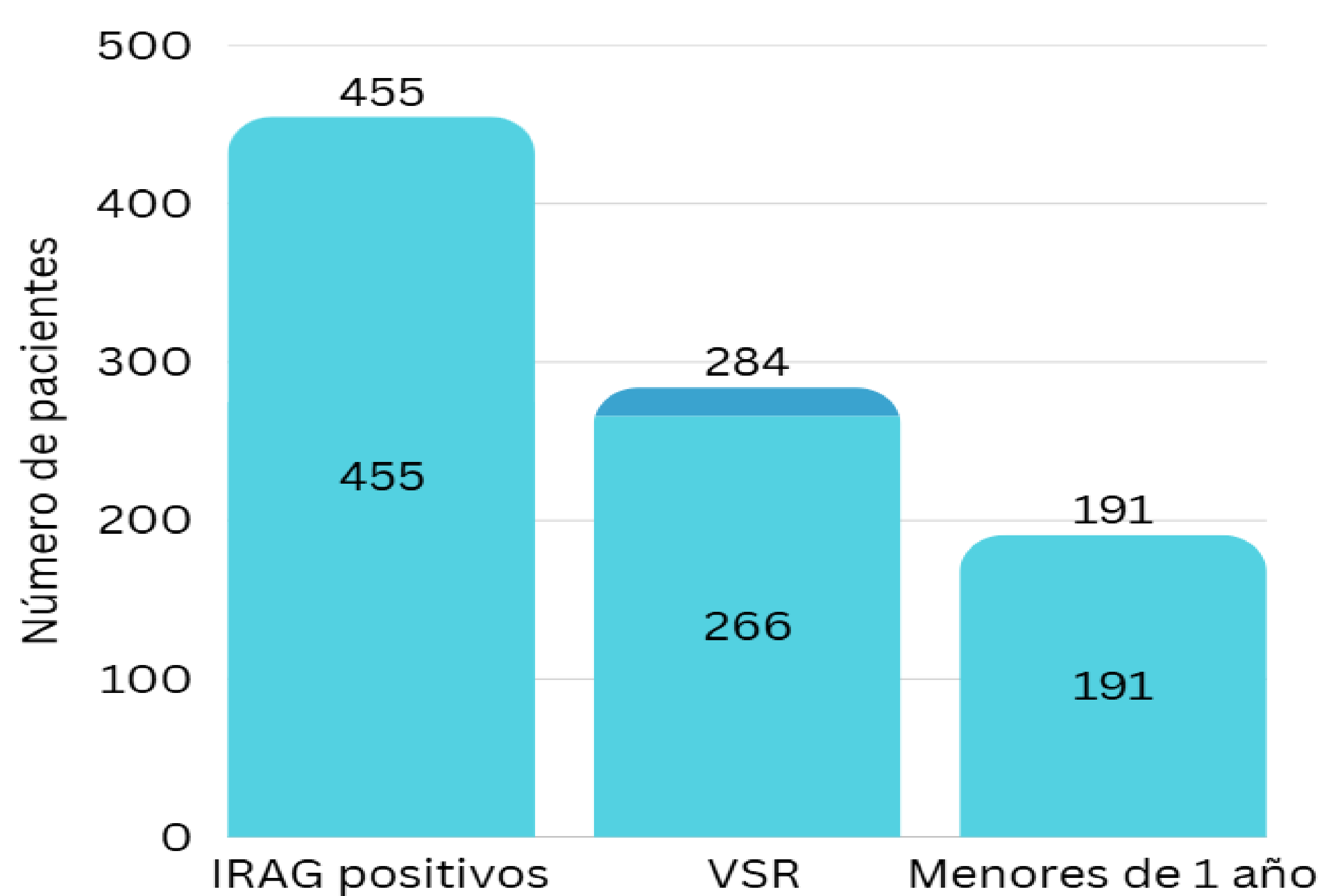


Gráfico 1: Distribución de casos respiratorios - Fuente: Sistema Intensificado de Vigilancia Epidemiológica IRAG

Tabla 1: Antecedentes de co-morbilidad / Vacunación y Tratamiento con Osetamivir en fallecidos, Según Servicio Año 2025

ANTECEDENTE	IRAG Hospitalizados		IRAG Admitidos en UCI		IRAG Fallecidos		
	#	%	#	%	#	%	
Co-morbilidades subyacentes	SI	7	25.9	7	25.9	14	51.9
	NO	5	18.5	8	29.6	13	48.1
Antecedentes de vacunación	SI	0	0.0	3	11.1	3	11.1
	NO	12	44.4	12	44.4	24	88.9
Tratamiento Osetamivir	SI	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	NO	12	44.4	15	55.6	27	100.0

5 DISCUSIÓN

En el 2025, el VSR constituyó el principal agente viral respiratorio identificado en pacientes pediátricos hospitalizados, con mayor impacto en lactantes menores de un año. La progresión a insuficiencia respiratoria y la mortalidad se asociaron a evolución crítica.

6 CONCLUSIÓN

Estos hallazgos evidencian una alta carga de enfermedad y desenlaces severos asociados al VSR en población pediátrica, con concentración de casos en zonas urbanas, resaltando la necesidad de estrategias de detección precoz, manejo oportuno y fortalecimiento de medidas preventivas en este grupo de riesgo.