

Caracterización de la infección ambulatoria por virus sincicial respiratorio en niños menores de 5 años en un hospital de tercer nivel

Sofía H. Rigou¹ , María F. Lucion¹ , Vanesa E. Castellano¹ , Sofía Diana Menéndez¹ ,
Ángela Gentile¹ 

RESUMEN

Introducción. El virus sincicial respiratorio (VSR) es uno de los principales agentes asociados a las infecciones respiratorias agudas. El objetivo de este estudio fue caracterizar los casos por VSR de manejo ambulatorio en menores de 5 años asistidos en un hospital público pediátrico.

Población y métodos. Estudio transversal entre 2022 al 2024. Se analizaron 102 casos asistidos de forma ambulatoria de infección respiratoria aguda por VSR diagnosticados en la Unidad de Monitoreo Ambulatorio. La mediana de edad fue 16,4 meses; el 70 % eran menores de 24 meses y el 54,9 %, de sexo masculino. La mayoría de los pacientes pertenecían a la clase media y el 62,5 % de las madres tenía educación secundaria o superior. El 88,7 % nació a término; el 54 %, por cesárea y el 43,2 % recibió lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. El 19,6 % presentaba alguna comorbilidad. Las manifestaciones más comunes fueron tos (99 %), fiebre (86 %), rinorrea (84 %) y dificultad respiratoria (32 %). Los principales diagnósticos fueron bronquiolitis o síndrome bronquial obstructivo (50,9 %) y enfermedad tipo influenza (30,4 %). El 21,6 % recibió antibióticos. El 62,5 % de los cuidadores que trabajaban tuvieron que ausentarse del trabajo, con una mediana de 1,5 días.

Conclusión. En los pacientes asistidos de forma ambulatoria, el VSR se presentó de forma estacional, afectó principalmente a niños de 13 a 24 meses por lo demás sanos, siendo la bronquiolitis el diagnóstico más común.

Palabras clave: virus sincicial respiratorio; bronquiolitis.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10692>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10692.eng>

Cómo citar: Rigou SH, Lucion MF, Castellano VE, Diana Menéndez S, Gentile Á. Caracterización de la infección ambulatoria por virus sincicial respiratorio en niños menores de 5 años en un hospital de tercer nivel. *Arch Argent Pediatr.* 2025;123(5):e202510692.

¹ División Promoción y Protección de la Salud, Área Epidemiología, Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Sofía H. Rigou: sofiahelena.rigou@gmail.com

Financiamiento: Estudio realizado con el apoyo de una beca de investigación de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 15-3-2025

Aceptado: 20-5-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La infección respiratoria aguda (IRA) constituye un importante problema de salud pública en países en desarrollo, responsable de una considerable morbilidad y mortalidad. Se encuentra entre las cinco principales causas de muerte en niños menores de 5 años.¹ En su mayoría, afecta el tracto respiratorio superior y es autolimitada, mientras que entre el 20 % y el 30 % afecta al tracto respiratorio inferior.¹ La mayoría de los cuadros en los más pequeños requieren consulta médica y son de manejo ambulatorio.^{2,3}

El VSR es uno de los principales agentes asociados a la IRA. Su impacto clínico abarca un amplio espectro, desde casos leves hasta infecciones graves como neumonía y bronquiolitis. Los grupos más vulnerables para desarrollar complicaciones graves son los niños menores de 6 meses, prematuros y aquellos con condiciones subyacentes como cardiopatías, enfermedades pulmonares crónicas o inmunocompromiso.⁴

La mayoría de los niños son infectados por VSR dentro de los primeros 24 meses de vida, siendo los primeros cuadros los de mayor gravedad. Las reinfecciones suelen ser más leves que las infecciones primarias.³

Alrededor de la mitad de los niños experimentan al menos un episodio de sibilancias antes del ingreso escolar. La principal causa de sibilancias suele ser la IRA, siendo el VSR el agente más frecuentemente asociado.⁵

Actualmente, se dispone de diversas herramientas de prevención para mitigar el impacto en la población más vulnerable, como la vacunación en gestantes o el uso de anticuerpos monoclonales en lactantes.⁶ En Argentina, se ha incorporado la vacuna contra el VSR al Calendario Nacional de Vacunación entre las semanas 32.0 y 36.6 del embarazo.⁷

Existen escasos datos a nivel local y regional sobre infecciones respiratorias leves a moderadas de manejo ambulatorio en pediatría que permitan caracterizar la enfermedad en países en desarrollo. El objetivo de este trabajo es caracterizar los casos asistidos de forma ambulatoria por VSR en menores de 5 años.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño

Descriptivo, transversal.

Población

A través de un muestreo no probabilístico consecutivo, se incluyeron los casos de IRA

por VSR asistidos en el Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) e incorporados mediante el programa de vigilancia epidemiológica a través de la estrategia de Unidad de Monitoreo Ambulatorio (UMA) desde abril 2022 hasta septiembre 2024.

Criterios de selección

Se incluyeron pacientes menores 5 años con IRA con rescate virológico de VSR. Se excluyeron aquellos que recibieron medicación antiviral, inmunoglobulinas y anticuerpos monoclonales en el último mes o medicamento experimental contra el VSR.

Recolección de datos

Para los datos de los años 2022 y 2023, se utilizaron los registros de los pacientes ya incorporados a través de la estrategia de vigilancia epidemiológica de la UMA. Para la recolección de datos de los casos del año 2024, los pacientes fueron invitados a participar mediante el programa de vigilancia epidemiológica activa de la estrategia UMA en el momento de la consulta médica.

Estrategia de monitoreo ambulatorio de virus respiratorios

La UMA es un dispositivo de vigilancia que monitorea la circulación de virus respiratorios estacionales con el objetivo de reconocer la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de virus respiratorios durante todas las semanas epidemiológicas del año.⁸ En el HNRG funciona en el Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y su Familia, desde donde se incluyen los 5 primeros pacientes asistidos cada día que cumplan con la definición de caso de enfermedad tipo influenza (ETI), bronquiolitis o neumonía.

Definición de caso para UMA

- ETI: cuadro clínico de menos de 10 días de evolución caracterizado por registros febriles mayor o igual a 38 °C asociado a accesos tusígenos o dificultad respiratoria.
- Bronquiolitis: niño menor de 2 años, con primer o segundo episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje, o espiración prolongada, con o sin fiebre.
- Neumonía: enfermedad respiratoria aguda febril con tos, dificultad respiratoria y taquipnea.⁸

Instrumento para la recolección de datos

Se utilizó una ficha epidemiológica en la que constaban la fecha de consulta, edad, sexo, procedencia, semana epidemiológica según el calendario epidemiológico del Ministerio de Salud,⁹⁻¹¹ nivel socioeconómico según método de Graffar modificado,¹² antecedentes perinatológicos, alimentación hasta los 6 meses de vida, vacunación, vacunación materna contra el VSR durante el embarazo, convivientes con síntomas de cuadro de probable causa viral (rinorrea, tos y/o fiebre) y asistencia a institución educativa, antecedente de eczema o asma en los padres, exposición al humo de tabaco en el hogar, hermanos menores 5 años y hacinamiento.¹³ Se consideraron como comorbilidades aquellas condiciones preexistentes como enfermedades respiratorias crónicas o recurrentes, desnutrición, cardiopatías congénitas, enfermedades genéticas, trastornos neurológicos, prematuridad, eczema e inmunosupresión. Como enfermedades respiratorias crónicas o recurrentes, se incluyeron la bronquitis obstructiva recidivante, definida como la ocurrencia de dos o más episodios de obstrucción bronquial; asma; reflujo gastroesofágico; fibrosis quística pancreática; displasia broncopulmonar; neumonías de repetición y laringitis recurrente.

Se registraron los síntomas, tratamiento, exámenes complementarios y diagnóstico de la enfermedad actual; tiempo de evolución definido como el número de días transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta la fecha de consulta; número de consultas médicas realizadas desde el inicio del cuadro hasta la inclusión en el estudio; días de ausentismo laboral del cuidador principal atribuibles al episodio actual de la enfermedad y medio de transporte utilizado para acudir a la consulta.

Diagnóstico clínico

Se consideró la IRA según la definición de la Organización Mundial de la Salud como las afecciones del tracto respiratorio superior o inferior de etiología infecciosa, que pueden producir un espectro de enfermedades que van desde infecciones asintomáticas o leves hasta enfermedades graves y fatales.¹⁴

Diagnóstico virológico

La detección del VSR fue por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) de aspirados o hisopados nasofaríngeos. Las muestras fueron realizadas en el momento de la asistencia en el consultorio

y fueron procesadas en el laboratorio de virología del HNRG.

Análisis de los datos

Se utilizó el paquete estadístico STATA versión 14. Se realizó una descripción de la población utilizando mediana y rango intercuartílico (RIC) para las variables numéricas y como número absoluto, porcentaje e intervalo de confianza del 95 % para las variables nominales.

Consideraciones éticas

La recolección de datos de los pacientes incorporados en el 2024 se llevó a cabo luego de obtener el consentimiento informado de los padres o tutores legales. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HNRG (N.º de PRIISA: 10520).

RESULTADOS

Se utilizó la información de pacientes registrados en la base de datos incorporados mediante el programa de vigilancia epidemiológica a través de la estrategia UMA durante los años 2022, 2023 y 2024. Se excluyeron 30 pacientes que debieron hospitalizarse logrando un total de 102 casos de IRA por VSR en menores de 5 años para incluir en el análisis (*Figura 1*).

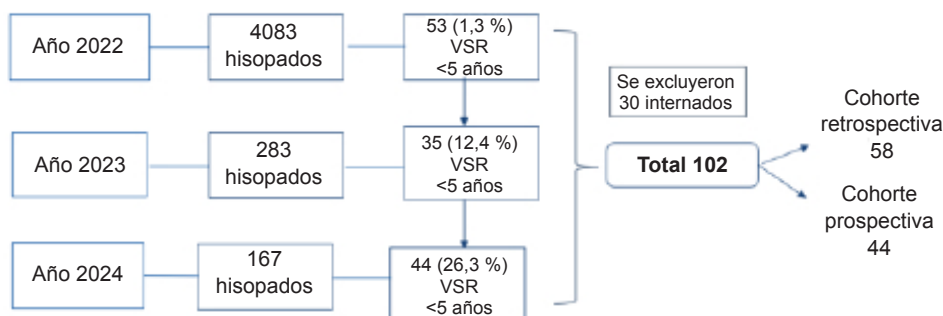
La curva de la distribución de casos según la semana epidemiológica mostró un patrón estacional, siendo más precoz el inicio de la circulación viral en el año 2022. En la *Figura 2* se describe la distribución de los casos detectados en la UMA según semana epidemiológica y año.

El 71,6 % (IC95%: 62,7-80,5) eran menores de 24 meses; el 41,2 % (IC95%: 31,5-50,9) correspondían al grupo etario entre los 13 y 24 meses; la mediana de edad fue de 16,4 meses (RIC 8,8-26,1). El nivel socioeconómico que consultó con mayor frecuencia fue de clase media y el nivel de educación máximo alcanzado por la madre fue secundario o superior. En la *Tabla 1* se describen las características sociodemográficas.

En cuanto a las comorbilidades, 18 tenían una o más de las siguientes: enfermedad pulmonar crónica (n = 8), prematuridad (n = 8), cardiopatía congénita (n = 3), eczema (n = 2), desnutrición (n = 1), síndrome de Down (n = 1), inmunodeficiencia (n = 1) o enfermedad neurológica crónica (n = 1). Los antecedentes personales, las comorbilidades y los antecedentes familiares se describen en la *Tabla 2*.

Las manifestaciones clínicas (n = 102) más

FIGURA 1. Flujograma de reclutamiento de casos



VSR: virus sincial respiratorio.

FIGURA 2. Distribución de los casos ambulatorios detectados en la Unidad de Monitoreo Ambulatoria según semana epidemiológica y año

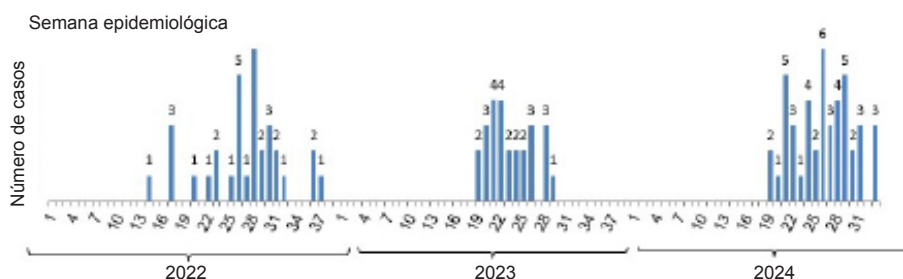


TABLA 1. Características sociodemográficas

Variable		N (%)	IC95%
Grupo etario (n = 102)	Menor a 6 meses	10 (9,8)	3,9-15,7
	6 a 12 meses	21 (20,6)	12,6-28,6
	13 a 24 meses	42 (41,2)	31,5-50,9
	Mayor a 24 meses	29 (28,4)	19,5-37,3
Sexo (n = 102)	Masculino	56 (54,9)	45,0-64,7
	Femenino	46 (45,1)	35,2-54,9
Nivel socioeconómico (n = 40)	Clase alta y media-alta	3 (7,5)	-1,0-16,0
	Clase media	21 (52,5)	36,3-68,7
	Pobreza relativa	16 (40,0)	24,1-55,9
Nivel máximo de educación materna (n = 40)	Secundario o superior	25 (62,5)	46,8-78,2
	Secundario incompleto	12 (30,0)	15,2-44,8
	Primario o analfabeta	3 (7,5)	-1,0-16,0
Procedencia (n = 102)	CABA	56 (54,9)	45,1-64,7
	Provincia de Buenos Aires	46 (45,1)	35,3-54,9
Hacinamiento (n = 41)	Sí	13 (31,7)	16,8-46,6
Guardería (n = 67)	Sí	12 (18,0)	8,5-27,3
Hermanos menores de 5 años (n = 48)	Sí	12 (25,0)	12,3-37,7

IC: intervalo de confianza, CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

(n = x): cantidad de casos en que se registró la variable.

TABLA 2. Antecedentes personales, comorbilidades y antecedentes familiares

Variable		N (%)	IC95%
Edad gestacional (n = 71)	Pretérmino	8 (11,3)	3,7-18,8
	Término	63 (88,7)	81,2-96,3
Vía de nacimiento (n = 63)	Parto	29 (46,0)	33,4-58,7
	Cesárea	34 (54,0)	41,3-66,6
Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (n = 49)	Sí	19 (38,8)	24,6-52,9
Calendario de vacunación (n = 84)	Completo	60 (71,4)	61,6-81,3
	Incompleto	24 (28,6)	18,7-38,4
Vacunación antigripal (n = 78)	Completo	39 (50,0)	38,6-61,3
	Incompleto	25 (32,0)	21,5-42,6
	No corresponde	14 (18,0)	9,2-26,7
Comorbilidades (n = 92)	Sí	18 (19,6)	11,3-27,8
	No	74 (80,4)	72,2-88,7
Antecedente de bronquiolitis (n = 87)	Sí	25 (28,7)	19,0-38,4
Tabaquistas en el hogar (n = 53)	Sí	17 (32,1)	19,1-45,1
Atopia en alguno de los padres (n = 58)	Sí	8 (13,8)	4,6-22,9
Asma en alguno de los padres (n = 58)	Sí	9 (15,5)	5,9-25,1

IC: intervalo de confianza.

(n = x): cantidad de casos en que se registró la variable.

frecuentes fueron tos (97,1 %; IC95% 93,7-100,0), fiebre (84,3 %; IC95%: 77,1-91,5), rinorrea (82,4 %; IC95%: 74,8-89,9) y dificultad respiratoria (31,4 %; IC95%: 22,2-40,5). En la *Tabla 3* se describen las manifestaciones clínicas según el grupo etario.

Se describen a continuación las principales variables, con el número de casos (entre paréntesis) en que ese dato se encontraba registrado en la historia clínica.

La mediana del tiempo de evolución (n = 101) al momento de la consulta fue de 4 días (RIC 2-6).

Los diagnósticos (n = 102) más frecuentes fueron bronquiolitis o síndrome bronquial obstructivo en el 51,0 % (IC95%: 41,1-60,8), enfermedad tipo influenza (ETI) en el 30,4 % (IC95%: 21,3-39,5) y neumonía focal en el 9,8 % (IC95%: 3,9-

15,7). La mediana de edad para cada diagnóstico fue de 14,1 meses (RIC 12,6-31,2), 16 meses (RIC 11-31,8) y 25,4 meses (RIC 23,7-29,8), respectivamente. Otros diagnósticos reportados fueron otitis media aguda (5,9 %; IC95%: 1,2-10,5), laringitis, neumonía multifocal y faringitis; cada uno representó un 1 % (IC95%: -1-3).

La radiografía de tórax fue el estudio complementario más solicitado (n = 82) realizada en 20 pacientes. El tratamiento indicado (n = 102) fue salbutamol inhalado en el 60,8 % (IC95%: 51,2-70,4), glucocorticoides sistémicos en el 27,5 % (IC95%: 18,6-36,3), antitérmicos en el 40,2 % (IC95%: 30,5-49,9), corticoides inhalados en el 4,9 % (IC95%: 0,6-9,2), bromuro de ipratropio inhalado y antihistamínicos en el 2 % (IC95%: -0,8-4,7) y el 2,9 % (IC95%: -0,4-

TABLA 3. Manifestaciones clínicas según grupo etario (N 102)

	<6 meses	6-12 meses	13-24 meses	>24 meses
Tos	10	20	41	28
Fiebre	5	16	39	26
Rinorrea	9	21	31	23
Dificultad respiratoria	6	9	10	7
Odinofagia	0	2	7	6
Malestar general	0	3	2	2
Vómitos	0	2	2	4
Diarrea	0	5	2	0
Otalgia	0	0	2	0
Exantema	0	0	0	1

6,2) oxígeno durante la observación. Al 21,6 % (IC95%: 13,5-29,7) se le indicó antibióticos y en el 81,8 % (IC95%: 64,3-99,3) fue amoxicilina.

De los 16/39 cuidadores que trabajaban, 10 tuvieron que ausentarse por lo menos un día a su trabajo; la mediana de días de ausentismo laboral fue de 2 (RIC 1-3). El transporte público fue el principal medio utilizado para concurrir a la consulta, registrado en 36/39 familias. La mediana de cantidad de viajes para asistir al hospital fue de 2 (RIC 1-3). Veinte de 39 cuidadores respondieron que el impacto de la enfermedad actual de su hijo/a en términos monetarios fue entre nada y poco mientras que 19/39 contestó que fue entre moderado y mucho. La *Figura 3* muestra el impacto de la enfermedad en términos monetarios según el estrato social. Se registraron (n = 65) 41 consultas en guardia y 60 en consultorios externos motivadas por la enfermedad actual.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se muestran las características de una muestra no probabilística de pacientes pesquisados por la UMA con IRA por VSR en menores de 5 años durante tres temporadas en un hospital público pediátrico de alta complejidad.

Durante el año 2020, el impacto de la pandemia por COVID-19 tuvo un efecto significativo sobre la circulación de los virus respiratorios, manteniéndola por debajo de los niveles esperados. A partir del 2021 y 2022, se evidenció una recuperación progresiva en la circulación de los virus respiratorios, aunque con patrones temporales atípicos, tanto en la estacionalidad como en la magnitud de los casos

reportados.¹⁵ En nuestra serie, esta tendencia se manifestó con un inicio más temprano y una finalización más tardía del período de circulación viral en el año 2022.

El grupo etario más afectado fue el de 13 a 24 meses y predominó en el sexo masculino. Se observó una mayor prevalencia de comorbilidades en contraste con lo reportado en la literatura.⁶ Esta diferencia se puede atribuir a que los pacientes fueron atendidos en un hospital de tercer nivel de complejidad.

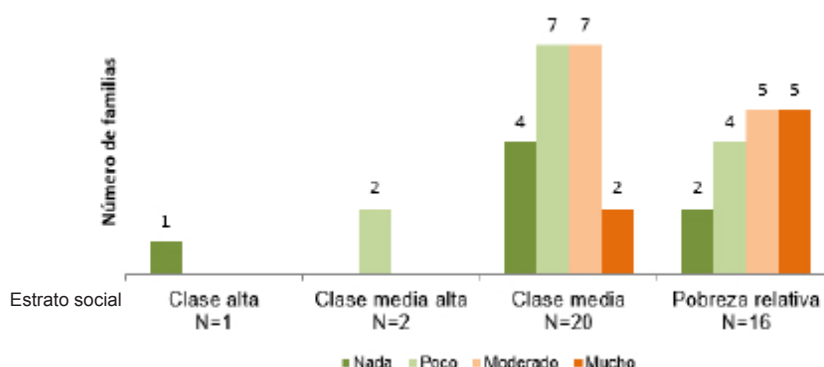
En nuestra serie, la bronquiolitis fue el diagnóstico más frecuente y predominó en la población menor de 24 meses. Trabajos internacionales estiman que las infecciones del tracto respiratorio inferior, en particular la bronquiolitis, representan entre el 15 % y el 50 % de los casos de VSR en el ámbito ambulatorio.⁶

En relación con la presentación clínica, los síntomas más frecuentemente reportados fueron tos, fiebre y rinorrea, lo que coincide con la literatura; la mayoría de las infecciones por VSR causan síntomas típicos del resfriado común.¹⁶

El 27,5 % de los pacientes recibió glucocorticoides sistémicos, una proporción similar a la reportada en un estudio multicéntrico realizado en atención primaria, donde el 25 % de los casos de bronquiolitis aguda fueron tratados con corticoides orales, a pesar de la ausencia de evidencia que respalde su eficacia en este contexto.^{17,18}

El 21,6 % de los pacientes recibió antibióticos; la amoxicilina fue el más frecuentemente prescrito. Este hallazgo supera lo reportado en la literatura de Escocia, donde se estima que el VSR es responsable del 7 % de las prescripciones de antibióticos en pacientes asistidos de forma

FIGURA 3. Impacto de la enfermedad actual en términos monetarios según estrato social (n = 39)



ambulatoria.¹⁹ Sin embargo, se encuentra dentro de los rangos observados en Estados Unidos, donde hasta el 20 % de los pacientes menores de 2 años con bronquiolitis de manejo ambulatorio reciben antibióticos,²⁰ y en Finlandia, donde la prescripción puede llegar al 71 % en menores de 1 año.²¹

La literatura internacional muestra que el VSR representa una carga económica significativa para las familias. Estudios reportan que requieren múltiples contactos con el sistema de salud, lo que contribuye al uso de recursos sanitarios y al impacto en los cuidadores por ausencias laborales.²² Revisiones sistemáticas centradas en países de ingresos medios-altos concluyen que los costos asociados a episodios ambulatorios de VSR incluyen tanto gastos médicos directos como pérdida de productividad de los cuidadores. A pesar de no requerir hospitalización, estos episodios generan un impacto económico relevante, especialmente en contextos donde el acceso a licencias laborales es limitado.²³ En nuestro estudio, la infección por VSR de manejo ambulatorio se asocia a pérdida de días laborales, gastos de bolsillo y percepción de impacto económico en las familias.

Este estudio utilizó los datos epidemiológicos de la vigilancia activa de casos de IRA de manejo ambulatorio que permitió describir datos individuales de cada paciente con el mismo método de detección molecular por RT-PCR, una prueba de detección rápida, simple y de bajo costo con alta especificidad y sensibilidad para la detección de los virus respiratorios.²⁴ En este contexto, la UMA permite obtener datos sobre la circulación viral antes de la aparición de brotes, los cuales tienen un impacto significativo en las hospitalizaciones.¹⁵

Como debilidad, este estudio se realizó en un solo centro de tercer nivel de atención, por lo que la complejidad de los pacientes incluidos dificulta extrapolar los resultados a la población general. Al tratarse de un estudio de base hospitalaria, no es posible inferir resultados en la población general por no ser esta representativa. Debido a la naturaleza del diseño retrospectivo, no se han podido recopilar la totalidad de los datos y la selección de la muestra fue no probabilística, lo que podría ocasionar un sesgo de selección.

Los estudios de vigilancia observacional a largo plazo constituyen una herramienta valiosa para monitorear tendencias epidemiológicas y actúan como un recurso complementario para evaluar el impacto de las estrategias de

vacunación en contextos reales, especialmente durante el seguimiento continuo de los programas una vez implementados en la población.²⁵

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada de pacientes asistidos de forma ambulatoria, el VSR presentó un patrón epidémico estacional entre mayo y julio, y afectó predominantemente a niños menores de 24 meses por lo demás sanos, con una mayor incidencia en el sexo masculino. La bronquiolitis fue la manifestación clínica más común. ■

REFERENCIAS

1. Nair H, Simões EA, Rudan I, Gessner BD, Azziz-Baumgartner E, Zhang JSF, et al. Severe Acute Lower Respiratory Infections Working Group. Global and regional burden of hospital admissions for severe acute lower respiratory infections in young children in 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2013;381(9875):1380-90.
2. Gentile A, Lucion MF, Juárez M, Castellano V, Bakir J, Pacchiotti A, et al. Virus sincicial respiratorio en niños nacidos prematuros: 19 años de vigilancia epidemiológica activa en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(6):386-92.
3. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS. Summaries of infectious diseases, Respiratory Syncytial Virus. In: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases. 31st ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018:682-92.
4. Fattore MJ, Maccarrone AJA, Brusadin M, Arbio MS, Saá G, Grupo Palivizumab SAP. Recomendaciones sobre el uso de palivizumab: actualización 2023. *Arch Argent Pediatr*. 2025;123(1):e202410430.
5. Zhai J, Zou Y, Liu J, Jin X, Ma C, Li J, et al. Analysis of the predicting factors of recurrent wheezing in infants. *Ital J Pediatr*. 2019;45(1):19.
6. Hak SF, Venekamp RP, Wildenbeest JG, Bont LJ. Outpatient respiratory syncytial virus infections and novel preventive interventions. *Curr Opin Pediatr*. 2024;36(2):171-81.
7. Argentina. Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos de Vacunación Virus sincicial respiratorio en personas gestantes. Enero 2024. [Consulta: 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lineamientos_vsr.pdf
8. Argentina. Ministerio de Salud. Unidades de Monitoreo de SARS COV-2 y OVR. Normativa de vigilancia e Instructivo de Notificación al SNVS 2.0. Abril 2022. [Consulta: 12 de abril de 2025]. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-04/Instructivo_UMAs_19_04_22.pdf
9. Argentina. Ministerio de Salud. Calendario epidemiológico 2022. [Consulta: 12 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-12/calendario-epidemiologico-2022_ms.pdf
10. Argentina. Ministerio de Salud. Calendario epidemiológico 2023. [Consulta: 12 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-12/Calendario_Epidemiologico_2023.pdf
11. Argentina. Ministerio de Salud. Calendario epidemiológico 2024. [Consulta: 12 de abril de 2025]. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-11/calendario-epidemiologico-2024.pdf>
12. Méndez Castellano H, Méndez MC. Sociedad y

- Estratificación: Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: FUNDACREDESA; 1994.
13. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Sistema de estadísticas sociodemográficas (SESD) Definiciones y conceptos utilizados en los cuadros. [Consulta: 12 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/indecinforma/nuevaweb/cuadros/7/sesd_glosario.pdf
 14. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria. Pautas provisionales de la OMS. Junio 2007. [Consulta: 12 de abril de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69977/WHO_CDS_EPR_2007.6_spa.pdf?sequence=1
 15. Argentina. Ministerio de Salud. Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas 2024. [Consulta: 17 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf
 16. Colosia A, Costello J, McQuarrie K, Kato K, Bertzos K. Systematic literature review of the signs and symptoms of respiratory syncytial virus. *Influenza Other Respir Viruses*. 2023;17(2):e13100.
 17. Ochoa Sangrador C, González de Dios J. Overuse of bronchodilators and steroids in bronchiolitis of different severity: Bronchiolitis-study of variability, appropriateness, and adequacy. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2014;42(4):307-15.
 18. Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint AC, Patel H, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(6):CD004878.
 19. Fitzpatrick T, Malcolm W, McMenamin J, Reynolds A, Guttman A, Hardelid P, et al. Community-Based Antibiotic Prescribing Attributable to Respiratory Syncytial Virus and Other Common Respiratory Viruses in Young Children: A Population-Based Time-series Study of Scottish Children. *Clin Infect Dis*. 2021;72(12):2144-53.
 20. Snyder RL, King LM, Hersh AL, Fleming-Dutra KE. Unnecessary antibiotic prescribing in pediatric ambulatory care visits for bronchitis and bronchiolitis in the United States, 2006-2015. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021;42(5):612-5.
 21. Thomas E, Mattila JM, Lehtinen P, Vuorinen T, Waris M, Heikkinen T. Burden of Respiratory Syncytial Virus Infection During the First Year of Life. *J Infect Dis*. 2021;223(5):811-7.
 22. Munro APS, Martín-Torres F, Drysdale SB, Faust SN. The disease burden of respiratory syncytial virus in Infants. *Curr Opin Infect Dis*. 2023;36(5):379-84.
 23. Rocha-Filho CR, Ramalho GS, Martins JW, Lucchetta RC, Pinto ACPN, da Rocha AP, et al. Economic burden of respiratory syncytial and parainfluenza viruses in children of upper-middle-income countries: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2023;99(6):537-45.
 24. Onwuchekwa C, Atwell J, Moreo LM, Menon S, Machado B, Siapka M, et al. Pediatric Respiratory Syncytial Virus Diagnostic Testing Performance: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Infect Dis*. 2023;228(11):1516-27.
 25. Borrás E, Domínguez A, Salleras L. Evaluación de la efectividad de los programas de vacunación. *Gac Sanit*. 2011;25(Supl 1):49-55.