



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.403-411

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1122>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 403-411



Virus respiratorio sincitial. Actualización de la prevención

Respiratory syncytial virus. Prevention Update

Vírus sincicial respiratório. Atualização da prevenção

**Lilia Carina Jaya Vásquez¹; Janeth Esperanza Toalongo Salto²; Ruth Cecilia Allaico Muyudumbay³;
Ana Beatriz Guapacasa Yanza⁴**

RECIBIDO: 23/02/2023 **ACEPTADO:** 12/03/2023 **PUBLICADO:** 22/05/2023

1. Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local; Licenciada en Enfermería; Miembro del Grupo de Investigación GIESCA; Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador; ljayav@ucacue.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-1348-1977>
2. Magíster en Gestión del Cuidado; Licenciada en Enfermería; Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador; janeth.toalongo@ucacue.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-0386-9516>
3. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Licenciada en Enfermería; Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador; ruth.allaico@ucacue.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0001-8406-2089>
4. Magíster en Gestión del Cuidado mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos; Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico; Licenciada en Enfermería; Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador; ana.guapacasa@ucacue.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0001-6676-4191>

CORRESPONDENCIA

Lilia Carina Jaya Vásquez

ljayav@ucacue.edu.ec

Cuenca, Ecuador

RESUMEN

El Virus Sincitial Respiratorio (VSR) es uno de los agentes causales más frecuentes de enfermedades respiratorias en niños menores de 2 años, el virus respiratorio sincitial es un pneumovirus ARN monocatenario, en sentido negativo, de la familia de los pneumoviridae. El virus contiene 10 genes en total y cada uno codifica una proteína diferente, a excepción del gen M2, el cual da lugar a dos proteínas, teniendo así un total de 11 proteínas virales distintas. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores certificados y avalados por el tesoro de la UNESCO. La información aquí obtenida será revisada, resumida y analizada para su exposición organizada en los resultados. Esta patología es más frecuente en niños menores de 5 años, no quiere decir que no se pueda presentar en la edad adulta, más que todo en las personas mayores de 50 años, el virus respiratorio sincitial es responsable de otras afecciones respiratorias como la bronquiolitis, y se pueden desencadenar complicaciones que pueden comprometer la vida de los pacientes, como métodos de prevención en niños no tocarse la boca, ojos ni nariz después de toser, no compartir utensilios, utilizar pañuelo para cubrir boca y nariz después de desear, en los adultos eliminación de tabaquismo, control de hipertensión arterial, ejercicio físico, vacunas, entre otros.

Palabras clave: Respiratorio, Sincitial, Virus, Prevención, Nariz.

ABSTRACT

The Respiratory Syncytial Virus (RSV) is one of the most frequent causative agents of respiratory diseases in children under 2 years of age. The respiratory syncytial virus is a single-stranded RNA pneumovirus, in the negative sense, of the pneumoviridae family. The virus contains 10 genes in total and each one encodes a different protein, with the exception of the M2 gene, which gives rise to two proteins, thus having a total of 11 different viral proteins. The methodology used for this research work is framed within a bibliographic review of documentary type. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, among others, relying on the use of certified descriptors and endorsed by the UNESCO thesaurus. The information obtained here will be reviewed, summarized and analyzed for its presentation organized in the results. This pathology is more frequent in children under 5 years of age, it does not mean that it cannot occur in adulthood, especially in people over 50 years of age, the respiratory syncytial virus is responsible for other respiratory conditions such as bronchiolitis, and complications that can compromise the lives of patients can be triggered, such as prevention methods in children, not touching the mouth, eyes or nose after coughing, not sharing utensils, using a handkerchief to cover the mouth and nose after disposal, and disposal in adults of smoking, control of arterial hypertension, physical exercise, vaccinations, among others.

Keywords: Respiratory, Syncytial, Virus, Prevention, Nose.

RESUMO

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos agentes causadores mais frequentes de doença respiratória em crianças com menos de 2 anos de idade. O vírus sincicial respiratório é um pneumovírus de RNA de cadeia simples e sentido negativo da família pneumoviridae. O vírus contém 10 genes no total e cada um deles codifica uma proteína diferente, com exceção do gene M2, que dá origem a duas proteínas, havendo assim um total de 11 proteínas virais diferentes. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação está enquadrada numa revisão documental da literatura. A técnica de recolha de dados consiste em materiais electrónicos, como o Google Scholar, entre outros, recorrendo à utilização de descriptores certificados e aprovados pelo tesouro da UNESCO. A informação aqui obtida será revista, sintetizada e analisada para a sua apresentação organizada nos resultados. Esta patologia é mais frequente em crianças com menos de 5 anos de idade, mas isso não significa que não possa ocorrer na idade adulta, especialmente em pessoas com mais de 50 anos de idade, o vírus sincicial respiratório é responsável por outras doenças respiratórias, como a bronquiolite, e pode levar a complicações que podem comprometer a vida dos doentes, Os métodos de prevenção para as crianças incluem não tocar na boca, olhos ou nariz depois de tossir, não partilhar utensílios, usar um lenço para cobrir a boca e o nariz depois de tossir, eliminação do tabagismo nos adultos, controlo da hipertensão arterial, exercício físico, vacinação, entre outros.

Palavras-chave: Vírus Respiratório Sincicial, Prevenção, Nariz.

Introducción

El Virus Sincicial Respiratorio (VSR) es uno de los agentes causales más frecuentes de enfermedades respiratorias en niños menores de 2 años su primer aislamiento fue en un lactante con neumonía en 1956, la forma clínica más frecuente es la bronquiolitis y la neumonía, la población vulnerable son los lactantes con anomalías pulmonares, insuficiencia cardíaca, enfermedades neuromusculares, fibrosis quística o inmunosupresión severa. El agente causal es un virus ARN, de 90 a 120 nm de diámetro, de cadena simple y polaridad negativa, clasificado dentro del Orden Mononegavirales y perteneciente a la Familia Paramyxoviridae, género Pneumovirus, se transmite por contacto con material infectado, también puede infectar el tracto respiratorio superior en adultos y provocar un cuadro parecido a un resfriado común, las manifestaciones clínicas varían con la edad pueden ser más severas en niños que no alcanzan un año de vida y depende el tipo de infección (Rosado-Aspiazu et al., 2021).

El virus respiratorio sincicial es un pneumovirus ARN monocatenario, en sentido negativo, de la familia de los pneumoviridae. El virus contiene 10 genes en total y cada uno codifica una proteína diferente, a excepción del gen M2, el cual da lugar a dos proteínas, teniendo así un total de 11 proteínas virales distintas. En comparación con los otros virus de su familia es de igual tamaño, sin embargo, es el más complejo al tener varios genes y proteínas adicionales. Dentro de sus principales proteínas se encuentran: F, G, NS1, NS2, SH, M2-1 y M2-2. El VRS se caracteriza por presentar dos subtipos antigénicamente diferentes, A y B, así como múltiples genotipos, con la capacidad de circular de forma simultánea. En la actualidad se conocen 13 genotipos del grupo VRS-A (GA1-GA7, SAA1, NA1-2 y ON1-2) y 20 genotipos de VRS-B (GB1-4, BA1-10, SAB1-4, y URU1-2). Previamente se creía que el genotipo NA1 del subtipo A era el más común en circulación, hasta la aparición del ON1 en Ontario en el año

2011 y desde este suceso se sabe que es el más predominante. Según lo descrito en el artículo de Streng et al. 2019, se sabe que los genotipos GA2 y GA5 son los más prevalentes en Latinoamérica, mientras que en Estados Unidos y en Corea del Sur es el genotipo ON1 entre los principales genotipos del VRS-A (Evaristo Ballmann & Seminario Vittoria, 2021).

El VRS, a pesar de ser un virus altamente contagioso que causa la mayoría de las infecciones respiratorias en la población infantil, es todavía un gran desconocido para muchas familias, quienes acuden con frecuencia al pediatra alertados por los síntomas que provoca. En España, este virus está detrás del 80% de las bronquiolitis y de la mayoría de las neumonías en bebés menores de un año. La mayoría de los niños (un 90%) sufre al menos una infección por VRS en los 2 primeros años de vida, y la mitad de ellos dos infecciones, siendo la principal causa de hospitalización en menores de un año. Se estima que 1 de cada 56 lactantes con infección por VRS ingresará en su primer año de vida. Inicialmente, la infección se manifiesta con los síntomas de un resfriado, pero cuando pasa de las vías respiratorias altas a las inferiores aparecen síntomas comunes como la dificultad para respirar, la tos o las sibilancias, dando lugar a los casos de bronquiolitis y neumonía (Jordan, 2022).

A su vez, este virus causa hasta un 63% de todas las infecciones respiratorias agudas, y llega hasta el 81% de prevalencia de todas las infecciones virales del tracto respiratorio inferior (bronquiolitis) que causan hospitalización en menores de dos años, y entre el 50 y el 80% de todas las bronquiolitis tratadas ambulatoriamente. El VRS sigue un patrón estacional, produciendo epidemias entre noviembre y abril en el hemisferio norte. Hasta el momento actual no se dispone de una vacuna frente al mismo. Sin embargo, disponemos de un anticuerpo monoclonal frente al VRS de dispensación hospitalaria: el palivizumab (Valín Barajas, 2021).

La prematuridad es el principal factor de riesgo para la hospitalización por el VSR. Sistema inmune inmaduro, reducida transferencia de anticuerpos maternos y reducido calibre de las vías aéreas son las condiciones asociadas al alto riesgo. Se asocian a ellas: baja reserva energética, frecuente desmame precoz, anemia, infecciones repetidas y uso de corticoides. El riesgo de hospitalización disminuye con el aumento de la edad gestacional. Las indicaciones propuestas en la solicitud de inclusión es para la prevención de la enfermedad grave del tracto respiratorio causada por el virus respiratorio sincitial (VRS) en pacientes pediátricos prematuros menores de 35 semanas de gestación y niños con enfermedad cardíaca congénita, que son los pacientes de alto riesgo de contraer dicha enfermedad (de Salud, 2019).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, considerando a nivel teórico el tema a tratar Virus respiratorio sincitial. Actualización de la prevención. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores certificados y avalados por el tesoro de la UNESCO. La información aquí obtenida será revisada, resumida y analizada para su exposición organizada en los resultados.

Resultados

Manifestaciones clínicas

La infección por VSR es de distribución generalizada. Al año de edad, la mitad de los niños ya tuvieron contacto con el VSR; a los 2 años, virtualmente todos habrán sido infectados. Sin embargo, el resultado de la infección por VSR no es el mismo en todos los casos, e incluso en algunos niños puede haber infección asintomática.

El VSR puede ocasionar diversas patologías que van desde una rinofaringitis hasta una bronconeumonía con falla respiratoria. Las manifestaciones clínicas son influenciadas por la edad: en los menores de 1 año, la presentación más frecuente es la bronquiolitis; la segunda patología son las infecciones respiratorias altas, y la tercera, la otitis media aguda. En los niños de 1 a 4 años cambian las frecuencias: la primera es la infección respiratoria alta; en segundo lugar, la otitis media aguda, y, en tercer lugar, la bronquiolitis o la bronquitis. En los mayores de 6 años, las infecciones respiratorias de vías altas son las más frecuentes. De particular importancia son las bronquiolitis en los menores de 2 años, ya que esta manifestación clínica puede ser tan grave que podría requerir hospitalización, ventilación mecánica e ingreso a una unidad de cuidados intensivos, especialmente en la población de riesgo (Moreno-Espinosa et al., 2019).

Las complicaciones en recién nacidos menores de medio año de edad, bebés prematuros y niños con problemas cardíacos, pulmonares o con un sistema inmune debilitado, el VSR 15 puede causar dolencias cada vez más marcadas, por ejemplo, infecciones del tracto respiratorio inferior. Estas son una parte de sus manifestaciones:

- Fiebre alta
- Tos severa
- Apnea
- Sibilancias
- Dificultad para respirar o relajación rápida
- Irritabilidad o perturbación.
- Cansancio
- Pérdida de apetito

En niños mayores y adultos, las manifestaciones clínicas son más leves. La gran mayoría se recupera dentro de posiblemente 14 días. En ciertos individuos, puede convertirse en una infección genuina del tracto

respiratorio inferior, por ejemplo, neumonía o bronquiolitis. Entre las personas que tienen un mayor riesgo de llegar a ser genuinamente enfermas se incluyen: bebés prematuros, menores de dos años con afectación pulmonar incesante o enfermedad coronaria, ancianos y personas que tienen sistemas inmunes comprometidos (Sasna-
lema Yangua & García Veliz, 2020).

Diagnóstico

El diagnóstico rápido en una infección por VSR en neonatos es muy importante para su manejo, dado que permite incluir medidas de aislamiento, prevenir la diseminación nosocomial y comunitaria. Para el diagnóstico de laboratorio se han implementado numerosas técnicas de inmunodiagnóstico como la inmunofluorescencia, ELISA e inmunocromatografía, que tienen alta sensibilidad, incluso mejor que el clásico aislamiento en cultivo celular; son fáciles de montar y ahorra tiempo de espera de resultados, son muy útiles para monitorizar la evolución y el tratamiento de la enfermedad. Además, existen técnicas moleculares basadas en amplificación de ácidos nucleicos, que abarcan la técnica de PCR, RT PCR, Arrays, LUMINEX y otras, de alta sensibilidad ya implementadas en muchos laboratorios de alta complejidad. El uso de estas pruebas es reservado para casos especiales y para adultos, pues éstos eliminan poca cantidad de virus en sus secreciones, por lo que las técnicas de inmunoanálisis suelen tener bajo rendimiento. Actualmente hay varios paquetes de diagnóstico múltiple de buena sensibilidad, que incluso detectan virus y bacterias (Rosado-Aspiazu et al., 2021).

Factores de riesgo para infección por VSR

Aunque el VSR afecta a toda la población pediátrica, existen múltiples factores de riesgo para la infección por VSR, donde progresa más frecuentemente a las vías respiratorias inferiores donde puede provocar un cuadro de mayor gravedad, mayor necesidad oxigenoterapia, mayor número de ingresos en cuidados intensivos y ma-

yor necesidad de ventilación mecánica que en la población pediátrica general. Entre los factores de riesgo elevado son principalmente niños prematuros con EG inferior o igual a 35 semanas, niños con neuropatías crónicas (enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar, fibrosis quística), niños con cardiopatías congénitas, inmunodeprimidos y trasplantados. Otros factores de riesgo son: el hacinamiento, desnutrición, edad menor de seis meses, presencia de fumadores en casa, asistencia a guarderías y ausencia de lactancia materna.

Además, la interrupción del desarrollo de los pulmones antes de las 36 SG se traduce en inmadurez del árbol bronquial y bronquiolar, menor volumen y superficie pulmonar, junto con una elasticidad reducida, flujo de aire espiratorio forzado disminuido y alteraciones en el intercambio de gases. Se ha determinado los principales factores de riesgo de ingreso para el grupo de prematuros entre 32 y 35 semanas. Estos factores han sido analizados en estudios multicéntricos caso-control mostrando tres principales: 1) edad cronológica inferior a 10 semanas al comienzo de la estación o nacer en las 10 primeras semanas de la misma; 2) tener al menos un hermano en edad escolar o de guardería o acudir a la misma; 3) antecedente de tabaquismo materno durante la gestación (Martínez & Márquez, 2019).

- **Hospitalización.** En el caso de que se presente una enfermedad grave por el virus sincicial respiratorio, la posibilidad que se necesite una clínica de emergencia es alta, ya que de esta manera los especialistas puedan controlar y tratar los problemas respiratorios, con el monitoreo adecuado.
- **Neumonía.** El virus sincicial respiratorio es la razón más conocida de irritación de los pulmones (neumonía) o del tracto respiratorio (bronquiolitis) en los bebés. Estas confusiones pueden ocurrir cuando el virus se propaga al tracto respiratorio inferior. La irritación de los pulmones

puede ser muy genuina para los recién nacidos, niños pequeños, personas inmunocomprometidas o personas con antecedentes de enfermedades cardíacas o los pulmones comprometidos.

- **Contaminación del oído central.** En el momento en que los gérmenes ingresan al espacio detrás del tímpano, se puede contraer otitis media, una enfermedad que afecta al oído central. Esto sucede con mayor frecuencia en la población de bebés o niños preescolares, causándoles gran malestar.
- **Asma.** Ante una enfermedad causada por el virus sincitial respiratorio puede existir una conexión con la probabilidad de padecer asma posteriormente. Repetición de infecciones. En el caso de que se haya tenido previamente el virus sincitial respiratorio, es normal que la enfermedad regrese. Incluso es concebible que esto ocurra en una temporada similar en la que se contrajo el virus. En cualquier caso, los efectos secundarios en general no son tan extremos, ya que generalmente se muestran como resfriados, a pesar de que pueden ser graves en ancianos y personas con enfermedades cardíacas o pulmonares graves.
- **Complicaciones neurológicas.** El VSR tiene comportamiento similar a otros virus, y este puede también ocasionar causar signos neurológicos (convulsiones epilépticas sin fiebre y con estas, comunes y atípicas; anomalías de la motilidad extraocular o hasta encefalopatía). Es necesario analizar y descartar la presencia de otro tipo de virus y las tendencias en el mundo, sin embargo, en algunos casos, estas indicaciones pueden ser graves por lo que requiere de un diagnóstico adecuado. Independientemente de la tasa extremadamente alta de infecciones por este virus, pocas veces se hacen referencias particulares en los casos clínicos (Sasnalema Yan-gua & García Veliz, 2020).

Tratamiento

El tratamiento es sintomático, ya que aún no hay evidencia científica de un tratamiento específico, existe profilaxis con Palivizumab, el objetivo es inducir anticuerpos neutralizantes que protejan, fundamentalmente, de la infección del tracto respiratorio inferior (Rosado-Aspiazu et al., 2021).

Evidencia científica sobre la eficacia/efectividad del palivizumab

Los estudios acerca de la eficacia del palivizumab se han realizado con una dosis mensual de 15 mg/kg de peso. El estudio IMPact (triple terapia en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), realizado a finales de la década de los 90, fue un ensayo clínico controlado con placebo, con una relación 2:1, en el que se evaluaron la seguridad y la eficacia de este anticuerpo para disminuir las hospitalizaciones por VSR. Se incluyeron 1,502 RN pretérmino y se excluyeron los casos de CCHS. Se dieron cinco dosis mensuales de palivizumab o placebo. El 99% de cada grupo cumplió con el protocolo de administración del medicamento. Se redujeron las hospitalizaciones por VSR en un 55%. Cuando solo se evaluaron RN pretérmino sin DBP, la reducción fue del 78%; en cambio, en el grupo de niños con DBP la reducción fue del 39%. Casi en forma paralela se realizó un ensayo clínico controlado con placebo, pero en niños con CCHS. Este estudio fue doble ciego y aleatorizado, con la misma dosis y cinco administraciones. Se incluyeron 1,287 niños y se aleatorizaron 1:1. Se observó una reducción en las hospitalizaciones por VSR del 45%. Como parte de los desenlaces secundarios, se reportó una reducción del 56% en los días de hospitalización por VSR²⁶. Después de estos primeros estudios se realizó el registro de los resultados del uso de palivizumab, incluyendo 2,116 lactantes en diversas localizaciones del mundo: el 46% RN ≤ 32 SDG y el 45% RN de 32-35 SDG. La tasa de hospitalización por VSR fue del 2.9% en

los RN pretérmino, del 5.8% cuando tenían DBP y del 2.1% sin DBP (Moreno-Espinosa et al., 2019).

Características básicas del VSR que son importantes para su prevención

El VSR pertenece a la familia Paramixoviridae. Fue aislado por primera vez en 1955 en chimpancés con enfermedad respiratoria grave y, posteriormente, en niños con infección respiratoria aguda. Es un virus en forma de filamento, envuelto por una membrana idéntica a la de las células humanas. Contiene dos proteínas principales en su superficie, la proteína G y la proteína F3, que son indispensables para el ataque a la célula y su posterior fusión. En la membrana también se encuentra otra proteína, llamada SH, la cual es un pentámero que funciona como canal de iones y retrasa la muerte de las células infectadas. El inicio de la fusión con la célula del epitelio respiratorio comienza con la unión de la proteína G a receptores que contienen glucosaminoglucanos y regiones cargadas de heparán sulfato. La proteína F interactúa con los mismos receptores celulares y sufre cambios tridimensionales hasta convertirse en una molécula de tres dominios. Este cambio ocasiona que se fusionen la membrana viral y la membrana celular, con lo que comienza el ciclo del virus que ocasiona el daño celular, la formación de sincicios y el fenómeno inflamatorio que genera las manifestaciones clínicas. Por lo tanto, si se evita la fusión del virus con la célula, se evitará la enfermedad, en particular el tipo grave. Los anticuerpos monoclonales cumplen esta función al neutralizar la proteína F (Moreno-Espinosa et al., 2019).

Es la infección respiratoria más frecuente en niños, no existe vacuna solo prevención, incluye el lavado de manos con agua caliente y jabón durante 20 seg, no tocarse la boca, ojos ni nariz después de toser, no compartir utensilios, utilizar pañuelo para cubrir boca y nariz después desechar. Es importante hacer un seguimiento minucioso sobre los

brotos epidemiológicos que permita identificar datos geográficos, ambientales para poder describir las principales vías de diseminación en una población.

Actividades preventivas en los mayores

- **Hábito tabáquico:** Realizar anamnesis y consejo de abandono de tabaco a los fumadores. Consumo excesivo de alcohol: Se ha demostrado que es un factor asociado a malnutrición, accidentes, confusión mental, traumatismos y 32 fracturas. Es una edad de riesgo en relación con situaciones de duelo. Realizar anamnesis y consejo de reducir la cantidad si el consumo es excesivo.
- **Hipertensión arterial:** Determinar la presión arterial. La prevalencia de la HTA (hipertensión arterial) afecta a más del 50% de las personas mayores de 75 años. El tratamiento produce una reducción de la mortalidad total, de la morbimortalidad cardiovascular y cerebrovascular, incluso en mayores de 85 años según un estudio observacional.
- **Hipercolesterolemia:** Determinar el colesterol cada 5 o 6 años hasta los 75 años. En mayores de 75 años, hacer una determinación si no tuviera ninguna. A partir de esta edad es un mal predictor de riesgo coronario.
- **Ejercicio físico:** La frecuencia del sedentarismo aumenta con la edad. Las personas que se mantienen físicamente activas tienen menores tasas de mortalidad, mejor capacidad funcional y menor número de caídas. Se recomienda aconsejar la práctica de ejercicio de tipo aeróbico durante al menos 30 minutos y al menos tres veces por semana que incluyan 2 o 3 sesiones de ejercicios de flexibilidad y fuerza/resistencia muscular.
- **Registro del peso y de la talla:** No sólo para la detección de la obesidad (IMC > 30), sino también de la malnutrición (IMC

< 20), frecuente en mayores de 75 años. Investigar ante la pérdida de peso de un 5 % en un mes o de un 10 % en 6 meses.

- **Vacunas:** Antigripal para disminuir la incidencia de la enfermedad y de sus complicaciones. Antitetánica-antidiftérica: la cero protección disminuye en mayores de 50 años. Se debe asegurar desde edades anteriores una correcta primo vacunación y las dosis de recuerdo cada 10 años. Antineumocócica: aunque de eficacia moderada en mayores de 65 años, se aconseja su administración a las personas institucionalizadas o bien que tengan alguna otra indicación establecida para su aplicación.
- **Cáncer de mama:** Se recomienda realizar mamografía según los programas poblacionales o de forma bienal desde los 50 años hasta los 75 años.
- **Cáncer de cérvix:** A las mujeres mayores de 65 años con citologías previas benignas no se recomienda realizar más, y a las que no tengan citologías previas, realizar dos separadas por un año.
- **Cáncer de endometrio:** Se aconseja que ante la presencia de sangrado vaginal anormal se consulte con el médico.
- **Cáncer colorrectal:** Ofrecer cribado con endoscopia asociada o no a la prueba de detección de sangre oculta en heces a las personas con factores de riesgo. Cáncer de próstata: No realizar pruebas de cribado en población asintomática.
- **Salud mental:** A esta edad se dan bastantes situaciones de pérdida o de duelo (del trabajo, de la salud, del cónyuge, de familiares y amigos, del domicilio), lo que supone un riesgo de alteraciones de tipo afectivo, sobre todo de depresión, y también riesgo de suicidios.
- **Actividades preventivas específicas del anciano:** Comenzar precozmente en la vida, de forma que los hábitos saludables durante toda la vida son la mejor

esperanza de una vejez sana. Disminuir la morbimortalidad, sino preservar la capacidad funcional y la independencia. Se valorará el posible beneficio de las actividades de una manera individual, en función de la calidad y la expectativa de vida (Zarate Atencio, 2022).

Conclusión

Esta patología es más frecuente en niños menores de 5 años, no quiere decir que no se pueda presentar en la edad adulta, más que todo en las personas mayores de 50 años, el virus respiratorio sincitial es responsable de otras afecciones respiratorias como la bronquiolitis, y se pueden desencadenar complicaciones que pueden comprometer la vida de los pacientes, como métodos de prevención en niños no tocarse la boca, ojos ni nariz después de toser, no compartir utensilios, utilizar pañuelo para cubrir boca y nariz después desechar, en los adultos eliminación de tabaquismo, control de hipertensión arterial, ejercicio físico, vacunas, entre otros.

Bibliografía

- de Salud, V. D. P. (2019). La prevención de la enfermedad grave del tracto respiratorio causada por el virus sincitial respiratorio en pacientes pediátricos de alto riesgo. Ministerio de Salud. <https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/download-manager-files/ETS-2019-6700-003.pdf>
- Evaristo Ballmann, G., & Seminario Vittoria, A. (2021). Genotipificación del virus respiratorio sincitial tipo A en muestras nasofaríngeas en pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico clínico de Infección Respiratoria Aguda (IRA) procedentes de Lima y Cajamarca, durante el periodo 2009-2020 [UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS]. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667679/Evaristo_BG.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Jordan, I. (2022). El virus respiratorio sincitial, el gran desconocido que está colapsando la atención pediátrica. Sanofi. https://diariofarma.com/wp-content/uploads/2022/11/NdP_temporada-VRS_2022_2023.pdf
- Martínez, L. M. C., & Márquez, M. A. C. (2019). Uso de Palivizumab en Recién Nacidos Prematuros. Acta Pediátrica Hondureña, 9(2), 953-961.

- Moreno-Espinosa, S., Estrada-Ruelas, I., Sánchez-Miranda, Y., Flores-Arizmendi, R. A., Macías-Avilés, H. A., Ruiz-Gutiérrez, H. H., Lima-Rogel, V., Gutiérrez-Padilla, J. A., & González-Gómez, L. A. (2019). Prevención de la infección grave por virus sincicial respiratorio en la población pediátrica en México: postura de un grupo de expertos. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 77(3). <https://doi.org/10.24875/BMHIM.19000166>
- Rosado-Aspiazu, I. A., Tomala-Dueñas, M. F., Peñaloza-Tumbaco, D. J., & Valero-Cedeño, N. J. (2021). Virus respiratorio sincicial: Epidemiología, diagnóstico y prevención. *Domino de Las Ciencias*, 7(2), 1231–1244.
- SASNALEMA YANGUA, T. A., & GARCÍA VELIZ, G. B. (2020). PREVALENCIA DE VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO Y SU ASOCIACIÓN A INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CANTÓN JIPIJAPA [UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ]. [http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2193/1/GARCIA VELEZ-SASNALEMA YANGUA%2C%2C%-2C%2C.pdf](http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2193/1/GARCIA_VELEZ-SASNALEMA YANGUA%2C%2C%-2C%2C.pdf)
- Valín Barajas, J. (2021). Inmunoprofilaxis frente a virus respiratorio sincicial. Revisión de casos e indicaciones en los últimos 5 años en un hospital terciario [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47653/TFG-M2205.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zarate Atencio, N. (2022). Apoyo familiar y la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas en los Adultos Mayores en el Centro de Salud Huariaca-Pasco, 2019 [UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN]. http://45.177.23.200/bitstream/undac/2744/1/T026_07538814_M.pdf

CITAR ESTE ARTICULO:

Jaya Vásquez, L. C., Toalongo Salto, J. E., Allaico Muyudumbay, R. C., & Guapacasa Yanza, A. B. (2023). Virus respiratorio sincicial. Actualización de la prevención. *RECIAMUC*, 7(2), 403-411. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(2\).abril.2023.403-411](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.403-411)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

