

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES  
PEDIÁTRICOS CON EDA EN EL HINFP DE CARTAGENA EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DE ENERO DE 2004 HASTA DICIEMBRE 2009**

**SANDRA MILENA DEL TORO LOPEZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA  
Cartagena de Indias D. T. H. y C.  
2011**

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES  
PEDIÁTRICOS CON EDA EN EL HINFP DE CARTAGENA EN EL PERIODO  
COMPENDIDO DE ENERO DE 2004 HASTA DICIEMBRE 2009**

**AUTOR:**

**SANDRA MILENA DEL TORO LOPEZ** Residente de Pediatría

**NUBIA CRISTINA CAPARROSO RAMOS** Estudiante de Medicina

**MARIA ISABEL ESCAMILLA GIL** Estudiante de Medicina

**CINDY CAROLINA MESTRA GOMEZ** Estudiante de Medicina

**LAURA CAROLINA NIEBLES VARGAS** Estudiante de Medicina

**TUTORES**

**WILFRIDO CORONEL.** Esp. Infectólogo pediatra

**ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASON MD. M. Sc.** Salud Pública

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA  
Cartagena de Indias D. T. H. y C.  
2011**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Cartagena, D. T y C., Junio de 2011**

**Cartagena, Junio 13 de 2011**

**Doctora:**

**MARIA CECILIA GARCÍA ESPÍNEIRA**

Jefa Departamento de Postgrado y Educación Continua

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

La presente tiene como fin el dar a conocer la nota cuantitativa y cualitativa del proyecto de investigación a cargo del residente de Pediatría SANDRA MILENA DEL TORO LOPEZ, bajo mi asesoría; el trabajo se titula: **CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON EDA EN EL HINFP DE CARTAGENA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DE 2004 HASTA DICIEMBRE 2009.**

Nota cualitativa:

Nota cuantitativa:

**Atentamente,**

---

ENOVALDO HERRERA  
Jefe Departamento de Pediatría  
Universidad de Cartagena

Cartagena, Junio 13 de 2011

Señores:

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

Por medio de la presente, autorizo que nuestro trabajo de investigación titulado: **“CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON EDA EN EL HINFP DE CARTAGENA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DE 2004 HASTA DICIEMBRE 2009”** sea digitalizado y colocado en la web en formato PDF, para la consulta de toda la comunidad científica.

**Atentamente,**

---

SANDRA MILENA DEL TORO LOPEZ

Residente de Pediatría de III año

C.C. 33103953 (CARTAGENA)

---

ENOVALDO HERRERA

Jefe sección de Cirugía general

Universidad de Cartagena

Cartagena, Junio 13 de 2011

Señores:

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual del trabajo de investigación de nuestra autoría titulado: **“CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON EDA EN EL HINFP DE CARTAGENA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DE 2004 HASTA DICIEMBRE 2009”** a la Universidad de Cartagena para la consulta y préstamos a la biblioteca únicamente con fines académicos y/o investigativos descartándose cualquier fin comercial, permitiendo de esta manera su acceso al público.

Hago énfasis de que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

**Atentamente,**

---

SANDRA MILENA DEL TORO LOPEZ  
Residente de Pediatría de III año  
C.C. 33.103953 de Cartagena (Magdalena)

---

ENOVALDO HERRERA  
Jefe sección de Pediatría  
Universidad de Cartagena

## **AGRADECIMIENTOS**

Es importante para mi agradecer el apoyo durante la realización de este trabajo principalmente a Dios quien es mi guía y fortaleza en todo momento; a los Doctores Wilfrido coronel y Enrique Carlos Ramos por su asesoría durante la realización de este proyecto; a la Subgerencia Científica y al Comité de Ética del Hospital Infantil Napoleón franco Pareja por permitir llevar a cabo este trabajo; al personal de archivos del Hospital Infantil Napoleón franco Pareja por su amabilidad y oportuna colaboración y finalmente a mi colaboradores Nubia Caparroso, María Escamilla, Eliana Martínez, Cindy Mestra y Julieta Moreno por su compañía y colaboración en este proceso.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno que declarar.

**FINANCIACIÓN:** Recursos propios de los autores.

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES  
PEDIÁTRICOS CON EDA EN EL HINFP DE CARTAGENA EN EL PERIODO  
COMPENDIDO DE ENERO DE 2004 HASTA DICIEMBRE 2009**

Del toro López Sandra Milena (1)

Coronel Wilfrido (2)

Ramos Clason Enrique Carlos (3)

Nubia Cristina Caparroso Ramos (4)

María Isabel Escamilla Gil (4)

Cindy Carolina Mestra Gómez (4)

Laura Carolina Niebles Vargas (4)

(1) Médico. Residente III de pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

(2) Médico. Especialista en infectología pediátrica, Docente Universidad de Cartagena Facultad de Medicina. Colombia.

(3) Médico. Magister en salud pública. Profesor de cátedra departamento de investigaciones. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

(4) Estudiante. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

## **RESUMEN**

**OBJETIVO:** caracterizar clínico-epidemiológicamente los pacientes pediátricos con EDA en el HINFP de Cartagena en el periodo comprendido de enero de 2004 hasta diciembre 2009.

**MÉTODOS:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, los datos se obtuvieron por medio de una encuesta y revisión de historia clínica a 146 pacientes pediátricos del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. Los datos fueron almacenados y analizados por medio del programa estadístico EPI – INFO



versión 3.5.1. Se realizó la comparación de proporciones para variables cualitativas y comparación de medias o medianas según criterios de normalidad para las cuantitativas.

**RESULTADOS:** la muestra estudiada fue de 146 pacientes, siendo el 64,4% de sexo masculino y el 76,7% procedente del área urbana, con un grupo etario de menores de 25 meses. La proporción de complicaciones fue de 4,1%, la clasificación de la severidad fue leve en 28,1%, moderada 59,6% y severa 12,3%. Con respecto a la sintomatología tenemos que el grupo de EDA leve tuvo significativamente menos deshidratación y hubo mayor número de deposiciones y vómitos en los pacientes con EDA moderada/severa ( $p < 0,05$ ). Las enfermedades concomitantes al ingreso a destacar fueron gastroenteritis infecciosa, desnutrición, y bronconeumonía. El tratamiento antibiótico fue instaurado en el 39,7% de estos casos, el medicamento más utilizado fue la ampicilina en 20,5%.

**CONCLUSIÓN:** la EDA moderada y severa es la más frecuentemente atendida en el HINFP, con mayor presencia de deshidratación, número de deposiciones y vómitos. Las comorbilidades en este estudio no parecen incidir en la severidad de la EDA. La ampicilina es el antibiótico más utilizado en las diarreas leves, esto puede indicar su uso indiscriminado aun en el ambiente hospitalario.

#### **SUMMARY:**

**OBJECTIVE:** to characterize clinical and epidemiological pediatric patients with EDA in HINFP Cartagena during the period January 2004 to December 2009.

**METHODS:** An observational, descriptive and retrospective data were collected through a survey and review of medical records of 146 pediatric patients at Children's Hospital Napoleon Franco Pareja. Data were stored and analyzed using the statistical program EPI- INFO version 3.5.1. We performed the comparison of proportions for qualitative variables and comparison of means or medians according to criteria of normality for the quantitative.

**RESULTS:** The study sample was 146 patients, 64.4% male and 76.7% from the urban area, with an age group under 25 months. The rate of complications was 4.1%, the classification of the severity was mild in 28.1%, 59.6% moderate and

severe 12.3%.With regard to the symptoms we have the EDA group had significantly fewer mild dehydration and had greater number of stools and vomiting in patients with EDA moderate / severe ( $p < 0.05$ ). The concomitant diseases were noted on admission to infectious gastroenteritis, malnutrition, and bronchopneumonia. Antibiotic therapy was instituted in 39.7% of these cases, the drug used was ampicillin in 20.5%.

**CONCLUSION:** Moderate and severe EDA is the most frequently seen at the HINFP, with greater presence of dehydration, number of stools and vomiting. Comorbidities in this study did not appear to affect the severity of the EDA. Ampicillin is the antibiotic most widely used mild diarrhea may indicate their widespread use even in the hospital environment

**PALABRAS CLAVES:** Enfermedad diarreica aguda (EDA), escala de Vesikary, grado de deshidratación.

## INTRODUCCION

La enfermedad diarreica aguda (EDA) constituye una de las consultas más frecuentes en los servicios de consulta externa, urgencias y consultorios de médicos generales y pediatras. Es una enfermedad causada por diversos agentes etiológicos, que puede presentarse como un cuadro clínico leve y autolimitado, que no requiere manejo hospitalario, hasta llegar a ser una gastroenteritis grave, con deshidratación, desnutrición y deterioro del estado general del paciente requiriendo manejo con líquidos endovenosos y larga estancia hospitalaria. También se estima que las enfermedades diarreicas son una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los niños a nivel mundial, en particular en los países no industrializados. En los países industrializados, las enfermedades diarreicas son una causa importante de morbilidad debido a los brotes en todos los grupos de edad.

La organización mundial de la salud (OMS), ha planteado que en los países subdesarrollados, los niños menores de 5 años presentan como promedio de 2 a 3 episodios de diarreas por año, lo que significa un estimado de 750 a 1000 millones de episodios de diarreas y con un aproximado de 4 a 5 millones de defunciones infantiles en países del tercer mundo y la causa infecciosa de muerte más frecuente en menores de 5 años en América Latina (4).

El rotavirus es el agente etiológico número uno productor de diarrea infantil grave a escala mundial, y que, sin distinción, tanto en países desarrollados como no desarrollados es causante de alta mortalidad afectando a la mayoría de los niños antes de llegar a sus cinco años de edad. El mejoramiento de las aguas, alimentos y salubridad parecen reducir en poca medida la incidencia de la enfermedad. Debido a esta realidad, y siendo Cartagena de Indias una comunidad de tan alta población infantil, desde el primer semestre del año 2009, se implementó la vacunación masiva contra el rotavirus, inmunizando a la población contra el serotipo

G1P8, debido a que estudios previos han demostrado esta prevalencia serotípica en nuestra comunidad, ubicándolo como el causante de la mayor parte de las patologías por rotavirus (11-20).

En este contexto este proyecto propone la caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes pediátricos con EDA en el HINFP de Cartagena en el periodo comprendido de enero de 2004 hasta diciembre 2009.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se realizó de un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo en el cual se tomó como población de estudio a todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de EDA del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, la muestra fue de 146 pacientes.

Se realizó muestreo seleccionando entre los pacientes pediátricos (0 a 18 años) con diagnóstico de EDA que fueron atendidos entre enero de 2004 y diciembre de 2009, proporcional en cada uno de los años de estudio, se excluyeron los pacientes con historia clínica incompleta.

El análisis de los datos se realizó mediante tablas y gráficos de frecuencia para variables cualitativas y medidas de tendencia central para las cuantitativas, se realizó comparación de proporciones en variables cualitativas mediante la prueba Chi<sup>2</sup> y en variables cuantitativas por U de Mann Whitney.

## RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 146 pacientes, siendo el 64,4% de sexo masculino y el 76,7% procedente del área urbana, el grupo etario donde más frecuentemente se presentó la EDA fue en menores de 25 meses, ver figura 1. Los periodos del año donde se presentaron los picos de EDA fueron de enero a febrero y de mayo a julio, ver figura 2.

La proporción de complicaciones de la EDA fue de 4,1%, la clasificación de la severidad de la EDA según la escala de Vesikary fue leve en 15,3%, moderada 61,6% y severa 13,0%. Como antecedentes personales resaltan las hospitalizaciones previas y la prematurez, no siendo estadísticamente significativa por severidad, ver tabla 1.

Con respecto a la sintomatología presentada en orden de frecuencia se presentó algún grado de deshidratación, fiebre y vómito, figura 3. El grupo de EDA leve tuvo significativamente menos deshidratación que el grupo moderada/severo ( $p=0,0038$ ), tabla 1. Por otro lado hubo mayor número de deposiciones y vómitos en los pacientes con EDA Moderada/severa ( $p < 0,05$ ), mientras la fiebre se distribuyó igual en ambos grupos, tabla 1.

Los paraclínicos más realizados a los pacientes fueron el coprológico, el hemograma y el cultivo, ver figura 4. No hubo diferencia significativa entre la distribución de las complicaciones y la necesidad de remisión entre los pacientes por severidad de la EDA, ver tabla 1.

Las enfermedades concomitantes al ingreso en orden de frecuencia fueron gastroenteritis infecciosa, desnutrición, bronconeumonía, anemia, sepsis y parasitosis (Figura 5), no hubo diferencia significativa por la severidad de la EDA.

El tratamiento antibiótico fue instaurado en el 39,7% de estos casos el medicamento más utilizado fue la ampicilina en 20,5% siendo significativamente más utilizado en el grupo de EDA Leve, ver tabla 2. Ninguno de los pacientes estudiados estuvo vacunado contra el rotavirus.

## DISCUSIÓN

En la última década del siglo XX las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en vía de desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, causando aproximadamente 3,2 millones de muertes al año por esta causa (1).

La distribución por sexo en nuestro estudio concuerda con lo reportado por Sepúlveda en una provincia de la Habana en donde hubo predominio del sexo masculino (2). De igual forma, se observa un incremento de la presentación de la EDA en niños provenientes de zonas urbanas, lo cual difiere con las estadísticas mundiales planteadas por la UNICEF, la cual muestra un número mayor de episodios diarreicos en los niños del área rural (3). Esto podría explicarse dado que los pacientes que consultan al HINFP viven en sectores aledaños a dicha institución y la procedencia rural depende de la remisión desde otra institución.

En cuanto a la edad de presentación, la enfermedad diarreica es más intensa en los niños menores de 5 años, especialmente entre los 6 y 24 meses, teniendo consecuencias graves en los menores de 6 meses, según los datos reportados en Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda del Ministerio de Protección Social de Colombia, los cuales coinciden con los resultados de nuestro estudio. Este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, la falta de inmunidad activa en el menor de un año, la introducción de alimentos que pueden estar contaminados con agentes enteropatógeno y el contacto directo con heces humanas cuando el niño inicia una mayor interacción con el medio ambiente (3).

Otro hallazgo significativo en nuestro estudio fue que la incidencia de diarrea está vinculada con las variaciones estacionales, tal como lo reportan los estudios realizados por Urbina en Colombia (15), en donde soporta y la EDA puede estar más estrechamente vinculada a las condiciones climatológicas como los períodos de lluvia (EDA viral) y sequía (EDA bacteriana).



La EDA es una enfermedad que genera gran impacto en la salud pública, sobre todo en la población infantil, ya que continúa siendo la principal causa de mortalidad en niños menores de 2 años. Sin embargo, la gran ventaja con la que se cuenta y que está soportada en la bibliografía mundial, consiste en que la mayor parte de los episodios de diarrea aguda remiten espontáneamente durante 3 a 5 días (11), dato que se evidenció en el presente estudio, donde el promedio de estancia hospitalaria fue de 3 días sin importar la severidad.

Las gastroenteritis infecciosas y la desnutrición como comorbilidades asociadas más frecuentes encontradas en este estudio, suponen unas malas condiciones higiénicas y de alimentación tal como lo reportan Cáceres y cols en su estudio, en donde afirma que los niños con ablactación antes de los 6 meses de vida, mala higiene personal, doméstica o ambiental, presentaban un estado evidente de desnutrición y un pobre esquema de vacunación (5).

En cuanto a la severidad del cuadro, empleando la escala de Vesikary, nuestros resultados muestran que al igual que en otros países, han ocurrido descensos importantes en cuanto a la severidad y mortalidad por EDA, más sin embargo aún no se ha logrado una disminución en las tasas de morbilidad moderada ni en la proporción de los casos que se hospitaliza. Esto último evidencia la falta de detección precoz y de tratamiento adecuado de los casos.

Datos publicados por la OMS reportan que Aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año, esto se debe a que la mayoría de los episodios de diarrea ocurren en esta edad. La desnutrición en este grupo es frecuente y los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico, que los que están bien nutridos. Además, los lactantes o niños menores desarrollan deshidratación más rápidamente que los niños mayores. Nuestro estudio arrojó que a pesar que la desnutrición fue la segunda enfermedad concomitante no se presentaron casos fatales.

El tratamiento de la EDA es principalmente de soporte, dirigido a prevenir la deshidratación del paciente y el método fundamentalmente consiste en rehidratación oral y el mantener la adecuada ingestión dietética en casos leves y líquidos endovenosos en los casos moderados o severos (21); los antibióticos tienen indicaciones precisas tales como diarreas mucosanguinolentas y cólera grave, no debiéndose utilizar de forma indiscriminada. En la presente investigación el tratamiento antibiótico se instauró en una alta proporción, cabe anotar que no fue posible identificar la etiología en todos los casos.

Para finalizar, consideramos que este trabajo sirve de base para futuros estudios con el fin de medir el impacto de la vacunación de rotavirus en Colombia implementada en el año 2009, (la vacuna Rotarix atenuada G1P8), debido a que estudios referentes a la vacunación a nivel de Latinoamérica ha demostrado efectividad clínica contra la diarrea grave y no se asoció con un aumento del riesgo de invaginación intestinal. En esta investigación en ninguno de los casos se evidenció vacunación contra el rotavirus.

## **CONCLUSIONES**

La EDA moderada y severa es las más frecuentemente atendida en el HINFP, con mayor presencia de deshidratación número de deposiciones y vómitos. Las comorbilidades en este estudio no parecen incidir en la severidad de la EDA, quizá por las características similares de la población que se atiende en esta institución. La ampicilina es el antibiótico más utilizado en las diarreas leves, esto puede indicar su uso indiscriminado aun en el ambiente hospitalario.

Consideramos que debe analizarse la caracterización clínico-epidemiológica en las demás instituciones de Cartagena que atienden pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, a través de un estudio prospectivo para esclarecer los criterios que favorecen a la severidad.

Otro estudio que puede conducirse a partir de la presente investigación es la valoración de la frecuencia y severidad de la EDA posterior a la instauración de la vacuna contra el rotavirus, para lo cual es importante la determinación del agente causal en todos los casos atendidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutierrez MF *et al.* (2006) Comportamiento de la diarrea causada por virus y bacterias en regiones cercanas a la zona ecuatorial. *Colomb Med* 36 (Supl ) 1: 6-14 (Article in Spanish).
2. Sepúlveda J, Willet W, Muñoz A. Malnutrition and diarrhea. A longitudinal study among urban Mexican children. *Am J Epidemiol* ; 127: 365-376.2002.
3. Urrestarazu M, Liprandi F, Pérez E, González R, Pérez-Schael I. Características etiológicas, clínicas y sociodemográficas de la diarrea aguda en Venezuela. *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health* 1999; 6(3):149-156.
4. Ruiz de Villa Martínez Y, Guerrero Soler C, Alvarez Curtis J, Leyva Alberti T, Medina Alí FE. Diarrea Persistente. Principales Causas y Factores Asociados a Nuestro Medio. *Rev Ciencias Holguín*. Año X, No .3, Mes Septiembre 2004. Disponible en: <http://www.ciencias.holguin.cu/2004/Septiembre/articulos/ARTI6.htm> Consultado 22 marzo 2009.
5. Luz B. Villalobos de B., Rosa E. Martínez, Alberto C. Blanco, Antonio J. Maldonado Jesús W. Bastardo. Detección molecular de *Escherichia coli* productor de shiga toxina (*Stx1*) y rotavirus en heces de niños con diarrea. En: *Invest. clín* vol.49 no.3 Maracaibo Sept. 2008
6. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica de diarreas causadas por rotavirus: guía práctica. Washington, DC. 2007.
7. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena. Pontificia Universidad Javeriana- Fuente: Oficina de Estadística, Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, enero 2001-mayo 2002
8. Urbina D. diversidad genética del rotavirus: su implicación en la prevención y control de la diarrea en: *infectio* vol 8-4 2004
9. Parashar U D, Gibson C J, Bresee J S, Glass R I. Rotavirus and severe childhood diarrhea. *Emerg Infect Dis* 2006; 12:304-6.
10. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Mortalidad por grupos de edad y departamentos. Archivo de defunciones: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 1990–2001.
11. Cáceres D, Estrada E, de Antonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(1):6–13.
12. Fischer TK, Gentsch JR. Rotavirus typing methods and algorithms. *Rev Med Virol*. 2004;14:71–82
13. Cunliffe NA, Kilgore PE, Bresee JS, Steele AD, Luo N, Hart CA, et al. Epidemiology of rotavirus diarrhoea in Africa: a review to assess the need for rotavirus immunization. *Bull World Health Organ*. 1998;76 (5):525–37.
14. Coluchi N, Munfor V, Manzur J, Vázquez C, Escobar M, Weber E, et al. Detection, subgroup specificity, and genotype diversity of rotavirus strains in children with acute diarrhea in Paraguay. *J Clin Microbiol*. 2002:1709–14.

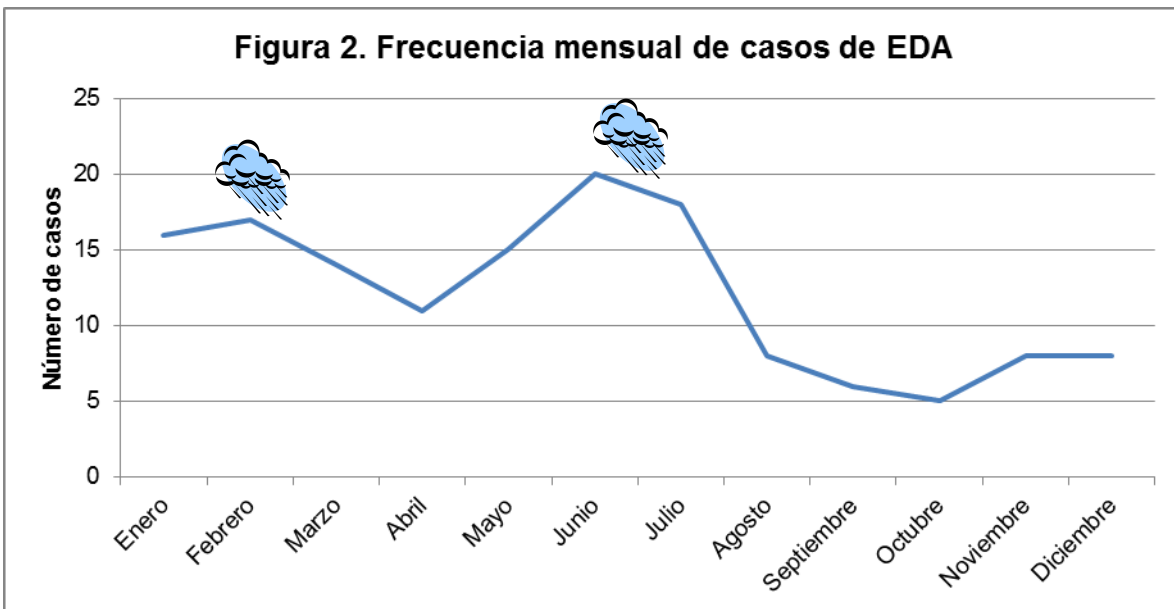
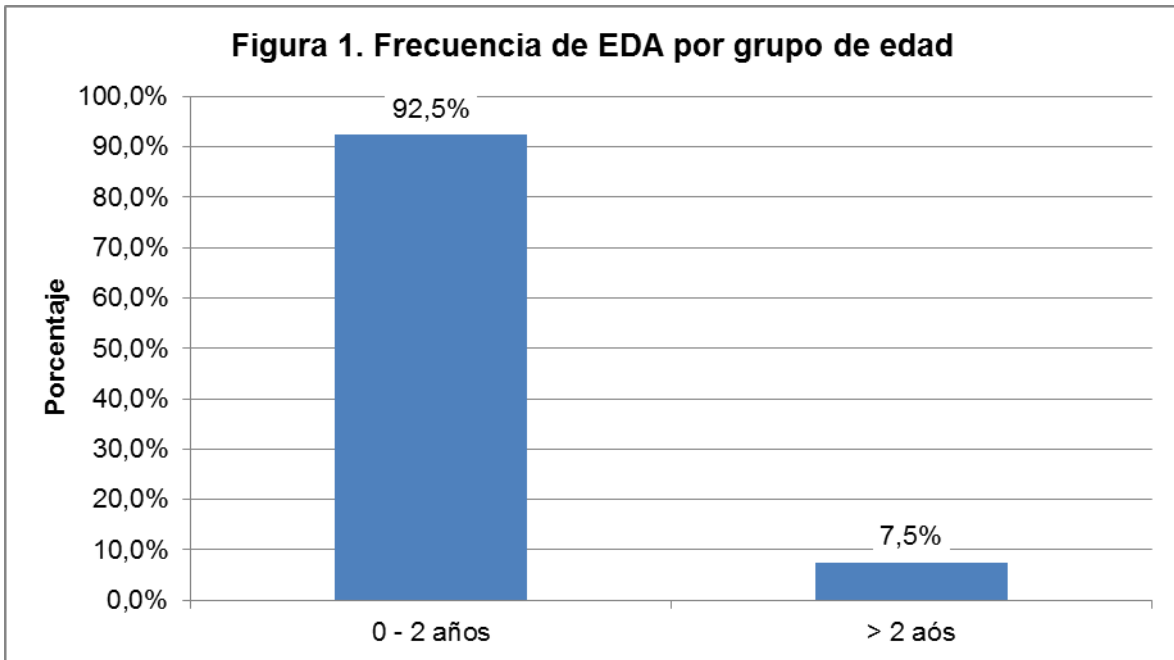
15. Urbina D, Rodríguez JG, Arzuza O, Parra E, Young G, et al. G and P genotypes of rotavirus circulating among children with diarrhea in the Colombian northern coast. *International Microbiol.* 2004;7:113–20.
16. Staat MA, Azimi PH, Berke T, et al. Clinical presentations of rotavirus infection among hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J.* 2002;21:221–227
17. Carlson JA, Middleton PJ, Szymanski MT, Huber J, Petric M. Fatal rotavirus gastroenteritis: an analysis of 21 cases. *Am J Dis Child.* 1978;132:477–479
18. Gurwith M, Wenman W, Hinde D, Feltham S, Greenberg H. A prospective study of rotavirus infection in infants and young children. *J Infect Dis.* 1981;144:218–224
19. Widdowson MA, Bresee JS, Gentsch JR, Glass RI. Rotavirus disease and its prevention. *Curr Opin Gastroenterol.* 2005;21:26–31
20. Chiappini E, Azzari C, Moriondo M, Galli L, de Martino M. Viraemia is a common finding in immunocompetent children with rotavirus infection. *J Med Virol.* 2005;76:265–267
21. OPS, Plan Nacional de Salud Pública, Ministerios de la protección Social; Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia. Julio de 2010; 339-346.

**Tabla 1.** Comparación de las características de los pacientes de la EDA según escala Vesikary

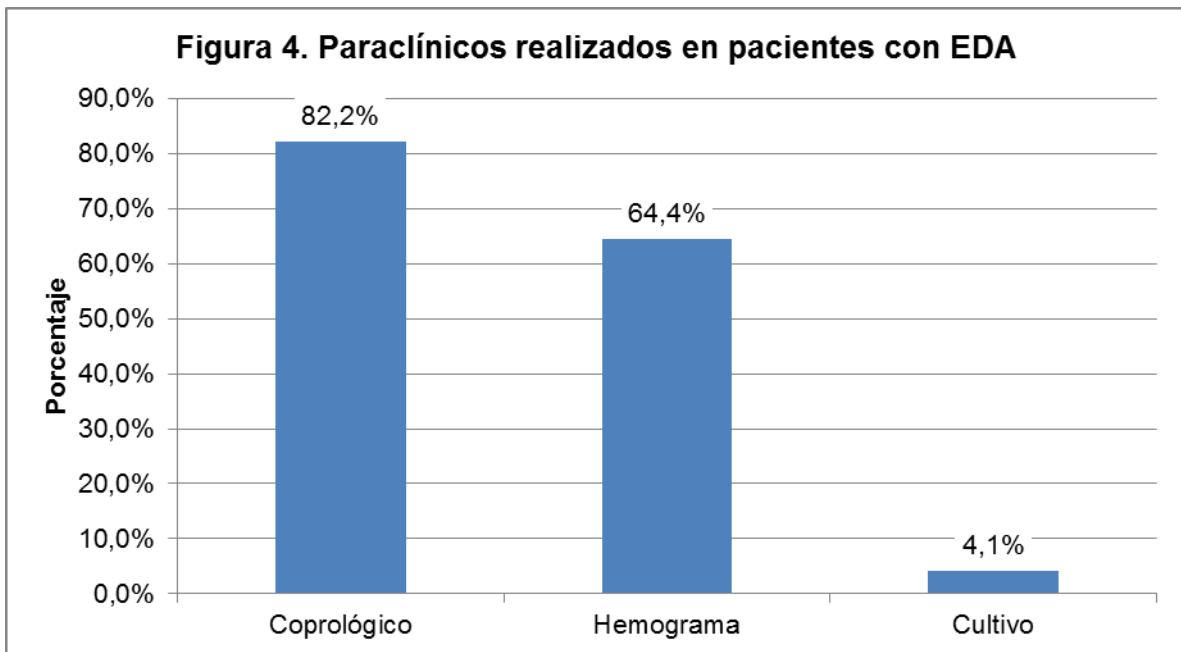
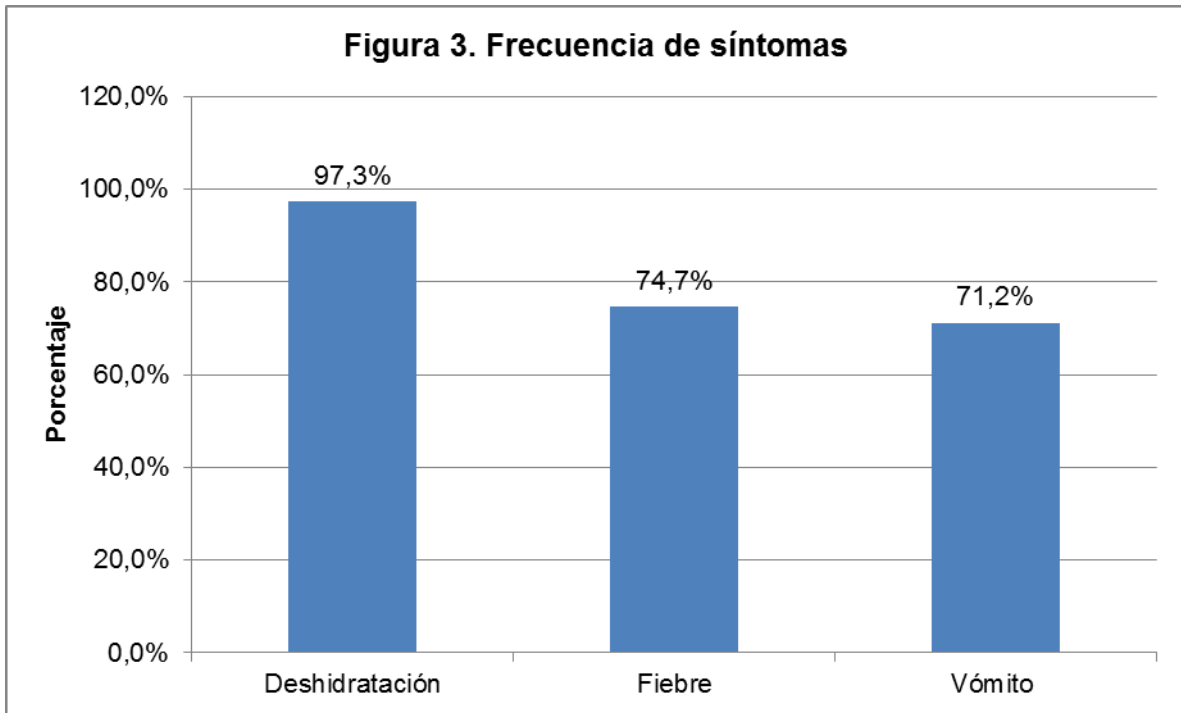
	Leve n=41 %	Moderada/Severa n=105 %	Valor de P
Edad Me (RI)	9 (13,6)	10 (15,6)	0,7437
0 – 2 años	34 (91,9)	101 (92,7)	0,8437
> 2 años	3 (8,1)	8 (7,3)	
Sexo masculino	19 (70,7)	65 (61,9)	0,4437
Procedencia urbana	26 (70,3)	86 (78,9)	0,3984
Antecedentes			
Prematuro	34 (91,9)	106 (97,2)	0,3572
Hospitalizaciones previas	11 (29,7)	23 (21,2)	0,4059
Deshidratación			
Sin deshidratación	4 (10,8)	0 (0,0)	0,0038
Grado I	17 (45,9)	40 (36,7)	0,4259
Grado II	14 (37,8)	55 (52,4)	0,1787
Grado III	2 (5,4)	15 (14,3)	0,2523
Fiebre	23 (62,2)	86 (78,9)	0,0720
No de deposiciones Me (RI)	4 (4-3)	6 (7-5)	< 0,0001
Vómito	12 (32,4)	92 (84,4)	< 0,0001
No de vómitos Me (RI)	0 (3-0)	4 (5-2)	< 0,0001
Hemograma	26 (63,4)	68 (64,8)	0,9732
Coprológico	31 (83,3)	89 (81,7)	0,9641
Cultivo	2 (4,9)	4 (3,8)	0,8503
Tratamiento antibiótico	19 (46,3)	39 (37,1)	0,4268
Estancia hospitalaria	2 (5-1)	3 (5-1)	0,6622
Complicaciones	0 (0,0)	6 (5,5)	0,3284
Remitido a UCI	0 (0,0)	3 (2,8)	0,7161

**Tabla 2.** Comparación de las enfermedades concomitantes y antibióticos utilizados por severidad de la EDA

	Leve n=37 %	Moderada/Severa n=109 %	Valor de P
Gastroenteritis infecciosa	6 (16,2)	24 (22,0)	0,6036
Desnutrición	4 (10,8)	17 (15,6)	0,6543
NAC-Bronconeumonía	1 (2,7)	6 (5,5)	0,8075
Anemia	0 (0,0)	6 (5,5)	0,3284
Sepsis	2 (5,4)	2 (1,8)	0,5625
Parasitosis	0 (0,0)	1 (0,9)	0,5582
Ampicilina	13 (35,1)	17 (15,6)	0,0214
Ampicilina-Sulbactam	3 (8,1)	7 (6,4)	0,9817
Amikacina	2 (5,4)	3 (2,8)	0,8203
Cefotaxime	2 (5,4)	3 (2,8)	0,8203
Gentamicina	0 (0,0)	3 (2,8)	0,7161
Metronidazol	3 (8,1)	2 (1,8)	0,3574
Clindamicina	2 (5,4)	3 (2,8)	0,8203
Oxacilina	0 (0,0)	2 (1,8)	0,9963
Eritromicina	0 (0,0)	1 (0,9)	0,5582







**Figura 5. Frecuencia de enfermedades concomitantes a EDA**

