



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFLUENZA Y COVID-19 EN EL CENTRO MEDICO DE CARACAS, 2024–2025

Samuel González¹, Daniel Naranjo¹ .

¹Internado Rotatorio 2025, Centro Médico de Caracas, Venezuela.

E-mail: samuelfran2072000@gmail.com / danielnaranjo24@gmail.com

RESUMEN: Introducción. La influenza y COVID-19 son causas frecuentes de hospitalización por infección viral respiratoria. Aunque comparten vías de transmisión y presentación clínica similar, difieren en su perfil epidemiológico, gravedad y consumo de recursos sanitarios. **Objetivo.** Comparar la frecuencia temporal, características clínicas, uso de recursos hospitalarios, tratamiento y estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados por influenza y SARS-CoV-2 en el Centro Médico de Caracas durante mayo–septiembre de 2024 y enero–septiembre de 2025. **Métodos.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se identificaron 137 egresos con diagnóstico de infección viral, influenza (n= 69) y COVID-19 (n= 28). Se analizaron variables clínicas, paraclínicas, y utilización de recursos mediante estadística descriptiva e inferencial (chi-cuadrado y U de Mann-Whitney). **Resultados.** Los pacientes con COVID-19 fueron mayores (78,5 vs 41 años; $p<0,001$) que los de influenza y presentaron mayor frecuencia de comorbilidades (78,6% vs. 42%; $p=0,016$), disnea (71,4% vs. 27,5%; $p<0,001$), uso de oxígeno (67,9% vs. 34,8%; $p=0,003$), telemetría (36% vs. 12%; $p=0,006$) y terapia respiratoria (71% vs. 38%; $p=0,003$). La fiebre y mialgias fueron más frecuentes en influenza. Los parámetros de laboratorio fueron similares entre ambos grupos. **Conclusiones.** La COVID-19 se asoció con mayor edad, comorbilidad, disnea y consumo de recursos respiratorio. El uso de antibióticos resultó elevado en ambos grupos, con escasa correspondencia con aislamiento bacteriano. Estos hallazgos tienen implicaciones directas para la planificación asistencial en temporadas de co-circulación viral. **RCM 2025. 65;161(1): 20-28.**

Palabras claves: COVID-19, influenza, infección respiratoria viral, hospitalización, recursos sanitarios, oxigenoterapia, telemetría.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH INFLUENZA AND COVID-19 AT THE CARACAS MEDICAL CENTER, 2024–2025

ABSTRACT: Introduction. Influenza and COVID-19 are the leading causes of hospitalization for respiratory viral infection. Although they share similar transmission routes and clinical presentations, they differ in their epidemiological profile, severity, and healthcare resource utilization. **Objective.** Compare temporal frequency, clinical characteristics, hospital resource utilization, treatment, and length of hospital stay of patients hospitalized for influenza and SARS-CoV-2 at the Centro Medico de Caracas during the periods of May–September 2024 and January–September 2025. **Methods.** Observational, descriptive, and retrospective study. 137 discharges with a diagnosis of viral infection were identified, influenza (n=69) or COVID-19 (n=28). Sociodemographic, clinical, treatment, and resource utilization variables were analyzed using descriptive and inferential statistics (chi-square and Mann-Whitney U tests). **Results.** Patients with COVID-19 were significantly older (78.5 vs. 41 years; $p<0.001$ years) than those with influenza, and had higher prevalence of comorbidities (78.6% vs. 42%; $p=0.016$) dyspnea (71.4% vs. 27.5%; $p<0.001$), use of oxygen (67.9% vs. 34.8%; $p=0.003$), telemetry (36% vs. 12%; $p=0.006$), and respiratory therapy (71% vs. 38%; $p=0.003$). Fever and myalgia were more frequent in influenza. Laboratory parameters were similar between the two groups. **Conclusions.** COVID-19 was associated with older age, greater burden of comorbidities, dyspnea, and consumption of hospital resources. Antibiotic use was high in both groups, with little correlation to bacterial isolation. These findings have direct implications for care planning during periods of viral co-circulation. **RCM 2025. 65;161(1): 20-28.**

Key words: COVID-19, influenza, viral respiratory infection, hospitalization, healthcare resources, oxygen therapy, telemetry.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias virales constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a escala global. Según los datos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el virus de la influenza genera aproximadamente 1.000 millones de casos anuales, de los cuales entre 3 y 5 millones son graves, y ocasiona entre 290.000 y 650.000 muertes por año.(1) La pandemia por SARS-CoV-2, declarada en marzo de 2020, representó un fenómeno disruptivo sin precedentes: según el estudio Global Burden of Disease (GBD), la COVID-19 ocupó el primer lugar entre las causas de muerte a nivel mundial en 2021, su posición relativa descendió al lugar 20 en el período pospandémico de 2023, una vez incorporados los efectos de la inmunidad natural, la vacunación y la atenuación fenotípica del virus.(2)

A pesar de que ambas infecciones comparten rutas de transmisión —gotas respiratorias, aerosoles y fómites— y se presentan inicialmente como síndromes de infección respiratoria aguda con fiebre, tos y síntomas generales, la evidencia comparativa acumulada pone de manifiesto diferencias sustanciales en su epidemiología, perfil clínico, características paraclínicas y desenlaces intrahospitalarios. El número reproductivo básico (R_0) del SARS-CoV-2 oscila entre 1,4 y 6,5, claramente superior al de la influenza estacional (1,3–1,7), y su mortalidad (1,4–3,7%) supera de manera consistente a la de la influenza (0,13–1,36%), particularmente en personas mayores y con comorbilidades cardiometabólicas.(3)

En el ámbito hospitalario, múltiples estudios de cohorte han documentado que los pacientes con COVID-19 grave presentan con mayor frecuencia insuficiencia respiratoria aguda, embolia pulmonar, lesión renal aguda y mayor mortalidad intrahospitalaria en comparación con los pacientes hospitalizados por influenza.(4,5,6) Estas diferencias se traducen en una demanda diferencial de recursos de soporte, que incluye oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica, monitoreo continuo por telemetría y terapia intensiva.

En Venezuela, la evidencia disponible sobre el comportamiento intrahospitalario de ambas

infecciones es limitada. Un estudio retrospectivo realizado en 145 pacientes con COVID-19 en el Centro Médico de Caracas reportó que el 54,5% recibió antibióticos, con escasa correlación con el aislamiento bacteriano documentado, y que los pacientes tratados con antibióticos presentaron peor estado clínico, mayores marcadores inflamatorios, más ingresos a UCI y estancias hospitalarias más prolongadas. (7) Sin embargo, ese trabajo no incluyó una cohorte comparativa de influenza ya que dicho estudio se realizó durante la pandemia del COVID-19.

El Centro Médico de Caracas (CMC) es una institución de alta complejidad que atiende de manera simultánea pacientes con influenza y COVID-19 durante los períodos de co-circulación viral, disponiendo de recursos finitos de camas monitorizadas, telemetría, personal de terapia respiratoria y dispositivos de oxigenoterapia. La limitación de datos que comparen estos grupos de pacientes durante 2024–2025 dificulta la planificación asistencial, la optimización de protocolos clínicos y la toma de decisiones ante escenarios de alta demanda.

El presente trabajo se propone mejorar la información, ofreciendo una caracterización comparativa de los pacientes hospitalizados por influenza y COVID-19 en el CMC durante los referidos períodos, con énfasis en la diferenciación clínica, paraclínica y en el consumo de recursos sanitarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características clínicas y paraclínicas, el tratamiento y la estancia hospitalaria de los pacientes con infección por influenza y COVID-19 hospitalizados en el Centro Médico de Caracas durante los períodos de mayo a septiembre de 2024 y enero a septiembre de 2025?

Objetivo general

Evaluar la frecuencia temporal, las características clínicas y paraclínicas, el uso de recursos sanitarios, el tratamiento y la estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados por influenza y COVID-19 en el CMC durante los períodos mayo–septiembre de 2024 y enero–septiembre de 2025.



Objetivos específicos

Determinar la frecuencia y distribución temporal de los casos hospitalizados por infecciones virales en el CMC durante los períodos de estudio.

Comparar las características sociodemográficas, clínicas y paraclínicas entre los pacientes con influenza y COVID-19.

Analizar y comparar el patrón de utilización de recursos hospitalarios —oxigenoterapia, telemetría y terapia respiratoria— entre ambos grupos.

Describir el tratamiento farmacológico administrado y la estancia hospitalaria en cada grupo.

METODOLOGÍA

Diseño y ámbito del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de la vida real, basado en la revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes hospitalizados en el CMC. El período de observación comprendió dos fases: mayo–septiembre de 2024 y enero–septiembre de 2025.

Población y muestra

La población estuvo constituida por el total de los pacientes hospitalizados con diagnóstico clínico y/o paraclínico de infección viral ($n = 137$). Para el análisis comparativo principal se seleccionaron los 97 pacientes con diagnóstico de influenza (A o B) o COVID-19, que representaron el 70,8% de todos los ingresos por causa viral.

Criterios de selección

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de egreso de infección viral confirmada clínica y/o paraclínicamente, hospitalizados en los períodos definidos. Se excluyeron los pacientes que permanecieron únicamente en el área de emergencia sin ingreso a hospitalización y aquellos cuyas historias clínicas carecían de los datos mínimos requeridos.

Variables de estudio

Se recogieron variables sociodemográficas (edad categorizada por grupos de la OMS, sexo), antecedentes

personales (comorbilidades cardiovasculares, respiratorias, endocrinas y otras), síntomas al ingreso (cefalea, emesis, diarrea, tos, fiebre, disnea, mialgias y odinofagia), parámetros de laboratorio de ingreso (hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, linfocitos, proteína C reactiva y procalcitonina), tipo de prueba diagnóstica empleada, tratamiento recibido (corticosteroides, oxigenoterapia, antibióticos y antivirales), utilización de recursos hospitalarios (telemetría, terapia respiratoria y cultivos microbiológicos), especialidad de ingreso y días de hospitalización.

Recolección y procesamiento de datos

La identificación de casos se realizó mediante listas de egresos y bases de datos internas del CMC. Para cada paciente se completó un formulario de recolección de datos estandarizado. La información fue registrada en una hoja de cálculo y sometida a doble revisión aleatoria para garantizar la coherencia interna y minimizar errores de transcripción.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se describieron con mediana y rango intercuartílico (RIC) o media y desviación estándar, según su distribución. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas. La comparación entre los grupos de influenza y COVID-19 se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney para variables continuas y chi-cuadrado (o prueba exacta de Fisher cuando fue necesario) para variables categóricas. Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$ (bilateral).

RESULTADOS

Características demográficas de la muestra

Frecuencia y distribución temporal de infecciones virales

Del total de 1.401 hospitalizaciones registradas en los períodos de estudio, 137 pacientes (9,8%) presentaron algún diagnóstico de infección viral que motivó el ingreso. La influenza y el SARS-CoV-2 fueron conjuntamente responsables del 70,8% de todos los ingresos por causa viral ($n = 97$), consolidándose como las dos etiologías predominantes (Figura 1). El análisis de la distribución temporal evidenció picos

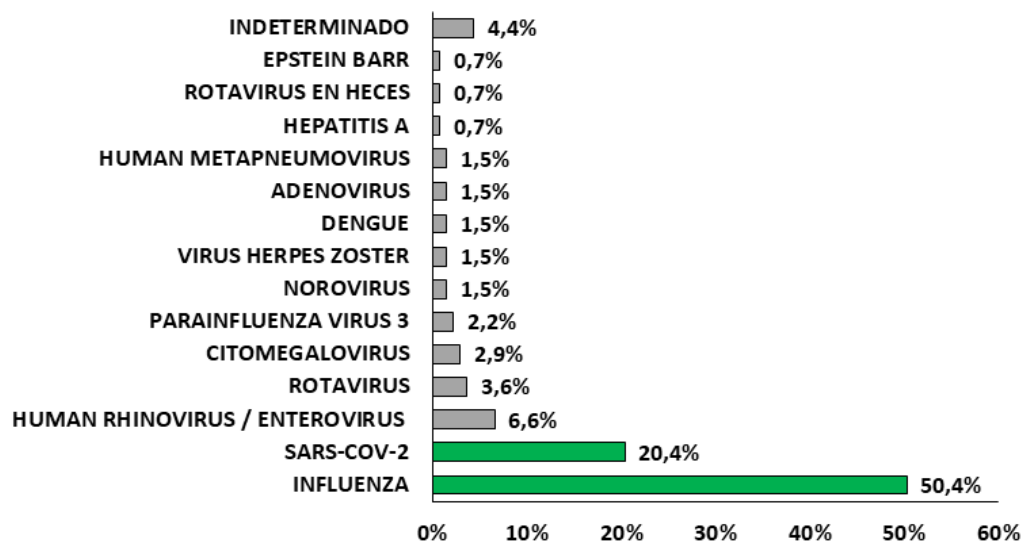


Figura 1. Infecciones virales en pacientes hospitalizados en CMC 2024-2025

de hospitalización por influenza durante los meses de junio y julio de 2024, mientras que en 2025 se observó un incremento concurrente de casos por ambos virus en el período mayo–julio, lo que sugiere un patrón de estacionalidad compatible con el inicio de la temporada de lluvias en Venezuela (Figura 2).

Cabe destacar que la curva epidémica de la influenza en Caracas es concordante con la estacionalidad del

hemisferio sur, lo que tiene implicaciones relevantes para la selección del tipo de vacuna empleada en el ámbito local.

Del total de 97 pacientes con influenza o COVID-19, 69 (71,1%) correspondieron a influenza y 28 (28,9%) a SARS-CoV-2. La relación entre los dos grupos de diagnóstico sirvió de base para todos los análisis comparativos.

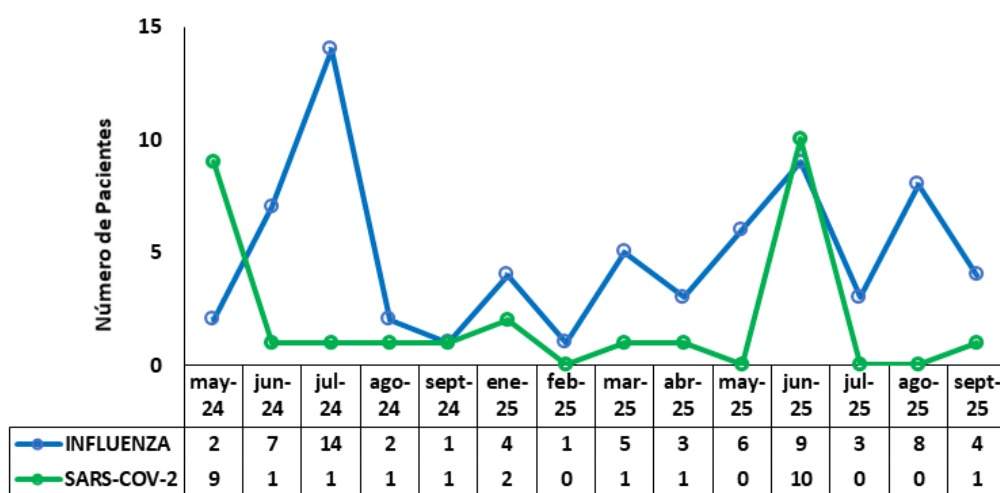


Figura 2. Distribución temporal de infecciones de influenza y COVID-19 en pacientes hospitalizados en CMC 2024-2025



Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de pacientes hospitalizados con influenza y COVID-19 se muestran en la Tabla 1. Los pacientes con Influenza comparados con los COVID-19 tenían menor edad, menor frecuencia de comorbilidades, uso de oxigenoterapia y estancia hospitalaria. CMC, 2024–2025. Respecto a la distribución por grupos etarios:

el 71,4% de los pacientes con COVID-19 correspondió a adultos mayores de 60 años, mientras que en el grupo de influenza predominaron los adultos mayores (42%), seguidos por el grupo de primera infancia de 6 a 11 años (20,2%), lo que pone de manifiesto el mayor impacto de la influenza en la población pediátrica. No se observaron diferencia entre los grupos en la distribución por sexo, y farmacoterapia.

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de pacientes hospitalizados con influenza y COVID-19. CMC, 2024–2025.

Variable	Influenza (n= 69)	SARS-CoV-2 (n= 28)	Valor- <i>p</i>
DATOS DEMOGRÁFICOS			
Edad (años)	41,0 (68)	78,5 (30,8)	< 0,001
Grupo etario			
0–5 años	11 (16,0%)	2 (7,1%)	0,021
6–11 años	14 (20,2%)	1 (3,6%)	
12–18 años	7 (10,1%)	0 (0%)	
19–59 años	8 (11,6%)	5 (17,9%)	
> 60 años	29 (42,0%)	20 (71,4%)	
Sexo			
Femenino	35 (50,7%)	17 (60,7%)	0,371
Masculino	34 (49,2%)	11 (39,2%)	
SÍNTOMAS AL INGRESO			
Tos	62 (89,9%)	27 (96,4%)	0,286
Fiebre	63 (91,3%)	19 (67,9%)	0,004
Disnea	19 (27,5%)	20 (71,4%)	< 0,001
Mialgias	25 (36,2%)	2 (7,1%)	0,004
Cefalea	15 (21,7%)	4 (14,3%)	0,402
Emesis	13 (18,8%)	2 (7,1%)	0,149
Diarrea	14 (20,2%)	2 (7,1%)	0,114
Odinofagia	12 (17,4%)	5 (17,9%)	0,956
COMORBILIDADES			
Ninguna	40 (58,0%)	6 (21,4%)	0,016
1 o más comorbilidades	29 (42,0%)	22 (78,6%)	
TRATAMIENTO			
Antivirales	56 (81,1%)	19 (67,9%)	0,156
Antibióticos	33 (47,8%)	17 (60,7%)	0,336
Oxígeno	24 (34,8%)	19 (67,9%)	0,003
Corticosteroides	27 (39,1%)	15 (53,6%)	0,193
Días de hospitalización	3 (2)	4 (3)	0,016

RIC: rango intercuartílico. Los valores de las variables cuantitativas se expresan como mediana (RIC) y las variables categóricas como n (%). *p*: valor de significación estadística (chi-cuadrado o U de Mann-Whitney).

* Porcentajes calculados sobre el subgrupo con comorbilidades: Influenza n= 29; SARS-CoV-2 n = 22.

En cuanto a las comorbilidades en ambos grupos, las comorbilidades cardiovasculares fueron las más prevalentes (69% en influenza vs. 68,2% en COVID-19), seguidas por las endocrinas (27,6% vs. 22,7%). Las enfermedades respiratorias crónicas representaron una minoría en ambos grupos (10,3% en influenza y 4,5% en COVID-19). La especialidad de ingreso también fue significativamente diferente: la mayoría de los pacientes con COVID-19 ingresó por especialidades médicas de adultos (85,7%), mientras que en el grupo de influenza el 34% requirió atención pediátrica ($p=0,008$).

Perfil sintomático

El análisis del cuadro clínico al ingreso reveló diferencias estadísticamente significativas en tres síntomas cardinales (Tabla 1). La fiebre fue más frecuente en el grupo de influenza que en el de COVID-19, al igual que las mialgias. Por el contrario, la disnea fue notoriamente más prevalente en los pacientes con SARS-CoV-2, lo que refleja el mayor compromiso respiratorio intrínseco de esta infección en la población hospitalizada. El resto de los síntomas explorados —tos, cefalea, emesis, diarrea y odinofagia— no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

Utilización de recursos hospitalarios

Las diferencias en el consumo de recursos hospitalarios entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas para los indicadores analizados (Tabla 2).

Tabla 2. Utilización de recursos hospitalarios y diagnóstico microbiológico en pacientes con influenza y COVID-19. CMC, 2024–2025.

Recurso / Indicador	Influenza (n= 69)	SARS-CoV-2 (n= 28)	Valor- <i>p</i>
Telemetría	12%	36%	0,006
Terapia respiratoria	38%	71%	0,003
Cultivos microbiológicos positivos	25%	32%	0,406

Valores expresados como porcentaje (%).
p: prueba de chi-cuadrado.

El monitoreo por telemetría y la terapia respiratoria fueron empleados con más frecuencia en los pacientes con COVID-19, frente al grupo de influenza. Los cultivos microbiológicos positivos (esputo o hemocultivo) fue similar entre los grupos y contrasta con la elevada utilización de antibióticos en ambos grupos (60,7% en COVID-19 y 47,8% en influenza).

Pruebas diagnósticas

La prueba antigénica fue el método más utilizado en ambos grupos (69,6% en influenza vs. 57,1% en COVID-19), seguida por el panel de neumonía mediante PCR en esputo (21,7% vs. 32,1%) y la PCR estándar por hisopado nasofaríngeo (8,7% vs. 10,7%). Este patrón refleja la accesibilidad y disponibilidad de las pruebas rápidas en el contexto de la institución, así como la utilización de paneles multiplex ante sospecha de neumonía de origen viral.

Parámetros de laboratorio al ingreso

El análisis de los parámetros hematológicos e inflamatorios al ingreso de los pacientes hospitalizados con influenza y COVID-19 se muestran en la Tabla 3. No se observaron diferencias significativas en los valores de hemoglobina, recuento leucocitario, porcentaje de neutrófilos, recuento y linfocitos, proteína C reactiva y procalcitonina entre los grupos.

Tabla 3. Parámetros de laboratorio al ingreso en pacientes hospitalizados con influenza y COVID-19. CMC, 2024–2025.

Parámetro	Influenza (n= 69)	SARS-CoV-2 (n= 28)	Valor- <i>p</i>
Hemoglobina, (g/dL)	12,7 (1,60)	12,3 (2,13)	0,060
Leucocitos, ($\times 10^9/L$)	7.000 (3.800)	8.600 (3.750)	0,073
Neutrófilos, ($\times 10^9/L$)	4.192 (3.305)	5.684 (3.145)	0,200
Neutrófilos, (%)	68 (23)	72 (18)	0,154
Linfocitos ($\times 10^9/L$)	1.363 (1.499)	1.187 (1.380)	0,097
Linfocitos, (%)	21 (20)	18 (17)	0,065
PCR, (mg/dL)	1,46 (4,38)	2,99 (5,66)	0,158
Procalcitonina, (ng/mL)	0,13 (0,61)	0,09 (0,12)	0,353

Valores expresados como mediana (RIC). Hb: hemoglobina; PCR: proteína C reactiva; PCT: procalcitonina. *p*: prueba U de Mann-Whitney.



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio respecto a las características clínicas y en el consumo de recursos hospitalarios concuerdan con lo descrito en la literatura internacional en los pacientes hospitalizados por influenza y COVID-19.(4,5)

Perfil demográfico y comorbilidades

La diferencia de edad entre ambos grupos es el hallazgo más robusto y estadísticamente significativo de esta serie e ilustra el predominio en adultos mayores de las hospitalizaciones actuales por SARS-CoV-2, en contraste con el espectro etario más amplio de la influenza, que incluye un componente pediátrico relevante. Este patrón es coherente con los hallazgos de la cohorte francesa de Piroth y colaboradores, que comparó más de 89.000 hospitalizaciones por COVID-19 con 45.000 por influenza y evidenció una mediana de edad de 68 y 71 años respectivamente, con diferencias en el perfil de comorbilidades que favorecían las cardiometabólicas en COVID-19.(5)

La mayor prevalencia de comorbilidades en el grupo de SARS-CoV-2 puede ser atribuible, al menos en parte, a la edad más avanzada de estos pacientes. La predominancia de comorbilidades cardiovasculares en ambos grupos —aproximadamente el 68–69%— es consistente con la alta carga de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica crónica en la población venezolana adulta mayor que acude a centros privados de salud.

Diferenciación clínica

La presencia de fiebre elevada y mialgias predominante en influenza, contrastada con el predominio de la disnea en COVID-19, lo que representa uno de los patrones diferenciadores más relevantes desde el punto de vista del diagnóstico clínico. La disnea, presente en más del 71% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 refleja la propensión del SARS-CoV-2 a generar neumonitis viral difusa y compromiso del intercambio gaseoso, incluso en ausencia de infiltrados radiológicos inicialmente evidentes.(3,5) Este hallazgo tiene implicaciones diagnósticas directas: en períodos de co-circulación viral, la disnea como síntoma predominante al ingreso debe orientar la sospecha hacia COVID-19,

especialmente en pacientes de edad avanzada.

La ausencia de diferencias significativas en los síntomas gastrointestinales —emesis y diarrea— sugiere que, en la población adulta, estos síntomas no discriminan adecuadamente entre ambas etiologías. Por el contrario, en población pediátrica, el estudio de Song y colaboradores en hospitales de Washington D.C. demostró una mayor prevalencia de diarrea o vómito (26% vs. 12%) en niños hospitalizados con COVID-19 respecto a los de influenza.(4)

Utilización de recursos hospitalarios

La diferencia en el uso de telemetría, terapia respiratoria y oxigenoterapia entre los grupos refleja el mayor compromiso respiratorio y la necesidad de monitoreo más estrecho en los pacientes con SARS-CoV-2. Estas diferencias, son probablemente multifactoriales (mayor edad, y mayor carga de comorbilidades cardiovasculares).

Desde una perspectiva de gestión hospitalaria, estos datos tienen un impacto directo en la planificación de recursos durante los períodos de co-circulación viral: los pacientes con COVID-19 demandan aproximadamente el doble de soporte respiratorio y telemetría en comparación con los pacientes de influenza, probablemente relacionado a su mayor edad y la presencia de comorbilidades, lo que debe ser considerado en la asignación de camas monitorizadas y en la dotación de equipos y personal de terapia respiratoria.

Uso de antibióticos y sobreinfección bacteriana

Uno de los hallazgos más llamativos —y clínicamente relevante— es la elevada tasa de uso de antibióticos en ambos grupos (47,8% en influenza y 60,7% en COVID-19) en comparación con la documentación de sobreinfección bacteriana por cultivos positivos (25% y 32%, respectivamente). Esta discrepancia, es consistente con el estudio de Silva y colaboradores realizado en la misma institución durante la pandemia de COVID-19, donde el 54,5% de los pacientes con COVID-19 recibió antibióticos con escasa correlación con el aislamiento microbiológico.(7)

Este patrón de prescripción antibiótica empírica, en ausencia de una identificación bacteriana confirmada,



plantea interrogantes importantes sobre la adherencia a las normativas sobre el uso de antimicrobiano en el contexto de infecciones respiratorias virales y amerita estrategias institucionales de mejora de la prescripción en futuras temporadas de alta circulación viral.

Hallazgos paraclínicos

La ausencia de diferencias en los parámetros de laboratorio entre ambos grupos limita la utilidad de estos marcadores aislados para el diagnóstico diferencial entre influenza y COVID-19 en el contexto de hospitalización. Aunque se observó una tendencia hacia valores más elevados de leucocitos y PCR en el grupo de SARS-CoV-2, el tamaño muestral redujo el poder estadístico para detectar estas diferencias. Estudios previos en cohortes más amplias han documentado linfopenia y elevación de marcadores inflamatorios en COVID-19 grave, hallazgos que probablemente requieren una muestra mayor para evidenciarse con significación estadística en nuestra serie.(3,8,9)

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta las limitaciones inherentes al diseño retrospectivo y al tamaño muestral moderado, particularmente en el subgrupo de COVID-19 (n= 28). Asimismo, la caracterización de la gravedad al ingreso mediante escalas validadas (CURB-65, PSI) no fue parte de este análisis. Futuras investigaciones prospectivas con series más amplias, que incluyan variables de desenlace y mayores detalles clínicos, permitirán consolidar estos hallazgos en el contexto de la población venezolana atendida en instituciones privadas de alta complejidad.

CONCLUSIONES

La influenza y la COVID-19 representan conjuntamente el 70,8% de todas las hospitalizaciones por infección viral en el CMC durante 2024–2025, con un patrón de estacionalidad que muestra picos en los meses de junio–julio, coincidentes con la temporada de lluvias y la circulación viral del hemisferio sur.

Los pacientes con COVID-19 presentaron un perfil diferente al de los pacientes con influenza: mayor edad, mayor prevalencia de comorbilidades y mayor proporción de adultos mayores, con una distribución etaria de la influenza que incluye un componente pediátrico relevante.

La disnea fue el síntoma cardinal diferenciador en COVID-19, mientras que la fiebre y las mialgias caracterizaron predominantemente al cuadro de influenza. Estos hallazgos tienen valor orientador para el diagnóstico diferencial clínico en contextos de co-circulación viral.

Los pacientes con COVID-19 presentaron un consumo mayor de recursos hospitalarios de soporte como oxigenoterapia, terapia respiratoria y telemetría, probablemente relacionado a su mayor edad y la presencia de comorbilidades, lo que pudiera tener implicaciones en la planificación asistencial durante períodos de alta demanda.

El uso elevado de antibióticos en ambos grupos, sin correspondencia proporcional con el aislamiento microbiológico documentado, constituye un indicador de oportunidad para fortalecer las estrategias institucionales de uso racional de antimicrobianos en el contexto de infecciones respiratorias virales.

Los parámetros de laboratorio al ingreso no ayudaron a discriminar ambos grupos, lo que refuerza la necesidad de disponer de pruebas de confirmación etiológica rápidas y accesibles en la práctica hospitalaria cotidiana.

DECLARACIÓN DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo no recibió financiamiento externo.

PRESENTADO EN:

Jornadas de Investigación Clínica, Centro Médico de Caracas. Caracas, 11 de diciembre de 2025.



REFERENCIAS

1. WHO Collaborators. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update No. 551 (Week 2025-43). Geneva: World Health Organization; 2025.
2. GBD 2023 Causes of Death Collaborators. Global burden and strength of evidence for 371 causes of death from 1990 to 2023: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet*. 2025;406:1811-1872. doi:10.1016/S0140-6736(25)00397-5.
3. Bai Y, Tao X. Comparison of COVID-19 and influenza characteristics. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2021;22(2):87-98. doi:10.1631/jzus.B2000479.
4. Song X, Delaney M, Shah RK, Campos JM, Wessel DL, DeBiasi RL. Comparison of clinical features of COVID-19 vs seasonal influenza A and B in US children. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2020495. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.20495.
5. Piroth L, Cottenet J, Mariet AS, Bonniaud P, Blot M, Tubert-Bitter P, et al. Comparison of the characteristics, morbidity, and mortality of COVID-19 and seasonal influenza: a nationwide, population-based retrospective cohort study. *Lancet Respir Med*. 2021;9(3):251-259. doi:10.1016/S2213-2600(20)30527-0.
6. Qu J, Chang LK, Tang X, Du Y, Yang X, Liu X, et al. Clinical characteristics of COVID-19 and its comparison with influenza pneumonia. *Acta Clin Belg*. 2020;75(5):348-356. doi:10.1080/17843286.2020.1798668.
7. Silva IC, Guzmán M, Montes de Oca M, Bacci S, de Abreu F, Villarroel H, et al. Prescripción de antibióticos en pacientes hospitalizados con COVID-19 en un hospital privado de Caracas: estudio retrospectivo. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40(4):424-431. doi:10.5281/zenodo.5227632.
8. Takahashi T, Ellingson MK, Wong P, Israelow B, Lucas C, Klein J, et al. Sex differences in immune responses that underlie COVID-19 disease outcomes. *Nature*. 2020;588(7837):315-320. doi:10.1038/s41586-020-2700-3.
9. Arvelo MC, Montes de Oca M, Sánchez-Traslaviña L, Pujol FH, Jaspe RC, Silva IC, Stulin I, Blanco G, Quevedo J, Valera N, Papa I, Bacci S, de Abreu F, Villarroel H, Catari JC, Lopez JL, Moran B, Cárdenas C, Santucci S, Vilorio JL, García E, Gómez J, Martinelli A, Guzmán M. Changes in clinical characteristics and outcomes of patients hospitalized with COVID-19 during two years of the pandemic: experience in a venezuelan hospital. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2022 Jul-Sep;39(3):292-301. doi: 10.17843/rpmesp.2022.393.11195.