

ACTUALIZACIÓN DE TEMA

Catarro común y "violencia terapéutica" en la población infantil

Common cold and "therapeutic violence" in children population

MsC. Caridad María Tamayo Reus

Hospital Docente Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Con este artículo se pretende contribuir a la actualización de aspectos teóricos, así como términos relacionados con las características clínicas, patogénicas, y las dificultades en la atención a niños con catarro común. Existen concepciones erróneas acerca de esta entidad, sin pleno reconocimiento de su importancia como infección nasofaríngea primaria, relacionada con múltiples afecciones de las vías respiratorias y de otros sistemas o aparatos, que pueden o no ser complicadas, por lo cual se le ha denominado "infección portera." Teniendo en cuenta que también genera iatrogenia imperfecta o medidas terapéuticas locales o generales que socavan la integridad física y psicológica del niño, se ha definido como "violencia terapéutica". Ambos términos se derivan de la experiencia acumulada en el desempeño asistencial y del estudio sistemático de esta afección en la población infantil.

Palabras clave: niño, catarro común, infección portera, violencia terapéutica.

ABSTRACT

This work is aimed at contributing to the updating of theoretical aspects, as well as of terms related to the clinical and pathogenic characteristics, and the difficulties in the care to children with common cold. Erroneous conceptions exist about this entity, without full recognition of its importance as primary nasopharyngeal infection, related to multiple disorders of the airways and of other systems or apparatuses which may or not be complicated, reason why it has been called "door infection". Keeping in mind that it also generates imperfect iatrogenesis or local or general therapeutic measures which undermine the boy's physical and psychological integrity, it has been defined as "therapeutic violence". Both terms are derived from the experience accumulated in the assistance performance and from the systematic study of this disorder in the children population.

Key words: child, common cold, door infection, therapeutic violence.

INTRODUCCIÓN

A partir de 1980, se identifican los principales problemas relacionados con la atención integral a niños y niñas con infección respiratoria aguda (IRA), y se consideran como tal las elevadas tasas de mortalidad por neumonía (oscila entre 30-45 casos por cada

1000 niños al año y alcanza cifras de hasta 20 %, superior en menores de 5 años residentes de países en desarrollo) y de morbilidad predominantemente por infecciones de vías respiratorias altas, las cuales constituyen hasta 50 % de las consultas de pediatría.¹⁻⁴

En Cuba, se atienden por presentar IRA más de 4 millones de personas cada año, con predominio del catarro común en lactantes y preescolares. Esta afección puede condicionar hasta 8 episodios anuales en niños pequeños, siendo causa frecuente de complicaciones graves, tales como neumonías, uso excesivo de antimicrobianos, jarabes para la tos y exámenes complementarios (radiografías de tórax y hemogramas).^{5,6}

Al respecto, en una investigación realizada sobre morbilidad por IRA en niños menores de 5 años, egresados del Hospital Docente Infantil Sur de Santiago de Cuba, durante un periodo de 13 años, se encontró más de 40 % de los pacientes con diagnóstico de IRA alta, con franco predominio del catarro común.⁷

El catarro común forma parte de las llamadas IRA de vías aéreas superiores, como convencionalmente se acepta en la clasificación vigente en Cuba, según se afecten estructuras del tracto respiratorio situadas por encima del orificio glótico.^{2,3,5} Es una infección universal, altamente contagiosa, de causa viral, acerca de la cual existen infinidad de mitos basados en la experiencia personal que atesora la casi totalidad de la población, y las múltiples apreciaciones e interpretaciones de causalidad, manifestaciones clínicas, así como medidas paliativas o curativas de diversa índole, extendidas entre salubristas y legos en el tema.

Como es sabido, existe un creciente interés por brindar una atención integral a la salud en la infancia; por tanto, un mejor conocimiento de la problemática del catarro común permitirá consolidar acciones para reducir los riesgos que esta afección entraña como "infección portera", y los problemas que subyacen en la actuación de salubristas, padres, así como en toda la población, al tratar de contrarrestar las molestias desencadenadas por esta entidad de las vías respiratorias superiores.

Es precisamente dentro de una abigarrada interrelación de creencias populares y conocimientos científicos sobre el catarro común, que la actuación de pediatras, médicos generales básicos, conjuntamente con personal de enfermería, así como la participación activa de padres y familiares de niños; debe enfocarse desde vertientes preventiva, promocional y paliativa, mediante el esclarecimiento de sus particularidades en la infancia, la desmitificación o arraigo de dogmas populares, además de la actuación oportuna y responsable al imponer conductas y medidas libres de "violencia terapéutica", que de una manera u otra protejan la integridad física o psicológica del niño, la familia y la comunidad.

La revisión, por tanto, constituye una modesta contribución al conocimiento del catarro común, sus particularidades y las alternativas para su control, que debe resultar de utilidad en la atención que se le brinda a la infancia, como lo más preciado.

CATARRO COMÚN. DEFINICIÓN Y SINONIMIAS

- Definición del catarro común

La misma mucosa de las vías respiratorias altas que sirve como puerta de entrada, constituye además, el órgano diana de las infecciones, con propensión a una alta

replicación viral por encontrarse abierta hacia el exterior, lo que explica la elevada frecuencia y contagio del catarro común, así como la posibilidad de diseminación de la infección primaria a otras estructuras aledañas. Teniendo en cuenta estas consideraciones la autora definió esta afección como "infección portera", término que se empleará más adelante.

Conceptualmente, el catarro común se reconoce como una enfermedad infectocontagiosa aguda, viral, con inflamación secuencial o simultánea de nasofaringe, autolimitada, de carácter benigno, que cursa con predominio de síntomas nasales y ocasionalmente faríngeos, fiebre y malestar general, variable en intensidad según la edad, complicaciones asociadas, así como otras características específicas del individuo afectado.^{1-3,8-15}

- Sinonimias

Son disímiles los nombres con los cuales se designa al catarro común,^{1-3,9} algunos se consideran apropiados y otros son rechazados por la distorsión que generan al tratar de definirlo como entidad clínica, teniendo en cuenta los sitios anatómicos que daña, la diversidad de manifestaciones clínicas derivadas de la afectación simultánea o secuencial de las vías respiratorias superiores y las posibilidades potenciales de propagación rápida de la infección a otros sitios anatómicos pertenecientes o no a las vías respiratorias dada su condición de "infección portera".

Considerando la necesidad de establecer una denominación que se ajustara a las características clínicas, epidemiológicas y anatómicas de esta entidad, la autora realizará algunas reflexiones acerca de sus sinonimias:

- Gripe o gripa: son términos propios de la influenza, enfermedad respiratoria aguda febril, producida por influenza virus A y B, que puede afectar vías respiratorias superiores, inferiores o ambas y acompañarse de síntomas generales, tales como postración, dolor de cabeza, dolores musculares, vómitos y diarreas. Tiene manifestaciones epidémicas y mortalidad elevada. De acuerdo con estas características, no se considera adecuada la utilización de gripe como término similar al catarro común.^{1-3,9-12}
- Infección de las vías respiratorias superiores: se denomina así debido a que los síntomas aluden a la infección de las vías respiratorias superiores, término que resulta muy amplio, pues no todas las estructuras de esa porción de estas vías respiratorias son afectadas o incluidas en la definición de catarro común.^{1,12}
- Nasofaringitis aguda: es una de las denominaciones más utilizadas; sin embargo, se plantea que resulta impropia, puesto que no siempre un resfriado común afecta a la faringe.¹⁻³ Si bien en los lactantes suele denominarse el catarro común como "rinitis infecciosa aguda", debido a la limitación de la infección a las fosas nasales, en la mayoría de los casos existe un daño secuencial o simultáneo de nariz y faringe.
- Faringoamigdalitis aguda catarral: aspectos similares a los expresados anteriormente impugnan esta terminología, teniendo en cuenta que no siempre existe relación anatómica de faringe y amígdalas. Excluye además, la infección de las fosas nasales, que es el sitio primario donde asienta la invasión por los virus en el curso del catarro común.¹⁻³

- Coriza aguda: alude más a sintomatología propia de la rinitis o inflamación de la mucosa nasal, de causa variada, que a la denominación de una entidad, por lo cual no se recomienda su uso como sinonimia del catarro común.^{1-3,12}

Teniendo en cuenta estas argumentaciones se consideraron los términos “catarro o resfriado común” como los más adecuados para una entidad definida por sus características anatómicas, clínicas y epidemiológicas.

A partir de los aspectos anatomoclínicos reseñados en relación con las diferentes denominaciones aplicadas a esta afección, se consideró interesante resumir 2 de ellas en una clasificación que englobaría la dispersión de criterios existentes al respecto:

PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN ANATOMOCLÍNICA

- a) Rinitis infecciosa aguda catarral: se plantea cuando solo existen síntomas derivados de la afectación de la mucosa nasal, con evidente predominio de obstrucción nasal y rinorrea. Esta forma clínica es más frecuente en lactantes.
- b) Rinofaringitis aguda catarral: hay inflamación de nariz y faringe de forma simultánea o secuencial, con síntomas nasales, tos y molestias faríngeas.

CAUSAS

El origen del catarro o resfriado común es viral; se encuentran, ocasionalmente, agentes bacterianos en infecciones secundarias o casos complicados. Entre los grupos más importantes figuran: rinovirus, coronavirus y virus sincitial respiratorio (VSR). Otros agentes virales son los adenovirus, virus de la influenza tipo C y parainfluenza, metapneumovirus y bocavirus, que suelen condicionar otros síndromes característicos, con mayor frecuencia que el resfriado común.^{1-3,9-12,16}

Son numerosos los serotipos que integran los virus causantes del catarro común, (ascienden a más de 200) y pueden incluso, producir reinfección por reexposición a la mayoría de ellos.^{1-3,10,11} Este aspecto explica, en parte, la elevada frecuencia de esta afección en niños pequeños con escaso desarrollo de su respuesta inmunitaria, debido a la edad y otros factores asociados.

EPIDEMIOLOGÍA

El resfriado común constituye la causa más frecuente de consulta en la población infantil, de ausentismo escolar, laboral y de hospitalización, con el consiguiente gravamen en los costos institucionales y economía familiar. Representa 50 % de las infecciones de las vías respiratorias superiores, y a pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, tiende a estacionarse. Se presenta principalmente durante el invierno en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable, y en época de lluvia en países como Cuba.^{1-3,5,6}

Ahora bien, en la epidemiología del resfriado común sobresalen los siguientes aspectos:

- Es una enfermedad universal, más frecuente en los preescolares varones y en los trópicos, en épocas lluviosas.

- Los niños menores de 5 años presentan como promedio 5-8 infecciones anuales, con una incidencia máxima en los menores de 2 años; se incrementa a 12 episodios por año en los pequeños que asisten a guarderías (círculos infantiles) y programas de educación preescolar.¹⁻³
- La población infantil constituye el principal reservorio para los rinovirus, por medio de las infecciones adquiridas en las escuelas y que llevan a sus hogares, donde las madres, con mayor frecuencia, forman parte de los casos secundarios.
- El periodo de incubación habitual del catarro común es corto, y puede durar incluso, desde pocas horas hasta 2-5 días, siendo más contagioso entre el tercer y quinto días, cuando existe mayor excreción del virus y es más sintomático.^{1-3,9}
- Hay factores coadyuvantes al contagio, tales como hacinamiento, aglomeración en sitios cerrados, contaminación ambiental y humo del cigarrillo.¹⁻³
- La mayor parte de los virus (en especial los rinovirus) se expulsan al ambiente a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación de las manos o superficies, por secreciones nasales.^{1-3,9-13}
- No existe evidencia del estado de portador crónico asintomático, pues los virus no forman parte de la flora normal de la boca y la garganta en seres humanos, a excepción de los adenovirus localizados en el tejido linfoide adenoideo y los herpes virus tipo 6, que pueden encontrarse en la saliva.^{1,9,10,16}

Por otra parte, como los agentes causales más importantes del catarro común son 2 grupos principales de virus: rinovirus y coronavirus, a continuación se describirán algunas de sus características microbiológicas para la mejor comprensión de las alteraciones que provocan a nivel de la nasofaringe.^{1,9,10,13,16}

Los rinovirus son llamados ARN por su composición bioquímica, y existen 102 serotipos reconocidos; tienen un claro tropismo hacia el epitelio respiratorio, en particular, el nasal, probablemente relacionado con su temperatura óptima de crecimiento de 33 a 34°C, que es la correspondiente a los conductos nasales en el hombre y no a la más alta (37°C) de la porción inferior del aparato respiratorio. Este hecho posiblemente limite la capacidad invasiva del virus y la extensión de la infección a las vías respiratorias bajas.^{1,10,13,16}

En tal sentido, los rinovirus tienen la capacidad de fijarse a las células del epitelio nasal mediante receptores celulares específicos llamados moléculas de adhesión intercelular-1, (ICAM-1) y otros receptores, en menor cuantía.¹³

Los coronavirus, aunque pertenecen a un grupo diferente, también son virus ARN, pero de un mayor tamaño, y en condiciones naturales infectan las mismas células que los rinovirus; hasta el presente han sido reconocidos solo 3 serotipos.^{1,13}

¿Cómo se produce la infección viral?

Para que haya infección y aparición del catarro común son importantes el medio de transmisión (manos contaminadas y seguramente aerosoles de secreciones respiratorias por tos, estornudos o al hablar), el tamaño del inóculo (alto contenido de virus en las secreciones) y el tiempo de exposición (más contagio cuanto más prolongado).^{1,2}

Los rinovirus infectan a las células de la mucosa nasal tras su fijación a los receptores celulares específicos ya descritos, y el periodo de incubación de la enfermedad es corto, generalmente de uno o 2 días.¹³ Esto se debe, principalmente, a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria, que sirvió como puerta de entrada, y se propagó por vecindad hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre; por tanto, la replicación viral en una puerta de entrada abierta hacia el exterior explicaría su alta contagiosidad. Este hecho es considerado fundamental en la denominación del catarro común como "infección portera", dada la capacidad potencial de extenderse desde sus inicios a otras estructuras anatómicas aledañas y constituir la nasofaringe la zona diana expuesta a la invasión por virus procedentes del exterior, que pueden condicionar sintomatología similar al resfriado común y; sin embargo, corresponderse con otras entidades de mayor gravedad o a complicaciones sobreañadidas. Estas características condujeron a elaborar la siguiente definición:

"Se denomina infección portera debido a su elevada morbilidad, al constituir la puerta de entrada de la infección el sitio anatómico donde esta asienta y propiciar múltiples afecciones complicadas o no del tracto respiratorio u otros sistemas o aparatos del paciente afectado".

La infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y nasofaríngea, donde se produce un fenómeno de inflamación local, con edema y vasodilatación en la submucosa, seguido de una infiltración de células defensivas o glóbulos blancos (mononucleares y posteriormente, polimorfonucleares). Hay una leve infiltración por otras células inflamatorias, entre las cuales se encuentran: linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos. Las glándulas secretoras de moco de la submucosa están hiperactivas y los cornetes nasales, ingurgitados, pueden provocar obstrucción y secreción nasal, así como obstrucción de los orificios de los senos paranasales situados en su proximidad durante la fase aguda de la afección.^{1,13}

Se plantea que los síntomas observados en el catarro común son consecuencia de 2 factores, a saber:^{1,13}

a) Presencia de mediadores químicos de la inflamación, tales como bradicinina, lisilbradicina, prostaglandinas, histamina e interleucinas 1, 6 y 8, quienes producen un aumento en la permeabilidad capilar, determinante del edema de la mucosa nasal que explica la obstrucción de esta zona. Asimismo, provoca un incremento de suero en el moco, causante de la rinorrea o secreción nasal, inicialmente clara, la cual se torna purulenta con el decursar de los días, como resultado de la presencia del epitelio nasal descamado y de leucocitos polimorfonucleares, que se presentan en respuesta a la infección.

b) Los virus producen estimulación o irritación en determinados receptores de la mucosa, lo cual conduce a un estímulo colinérgico, y se incrementa la producción de moco; esto contribuye a la rinorrea, y por otro lado, lleva a broncoconstricción, lo que explica la tos y los cambios en la función pulmonar observados en algunos pacientes (muy infrecuente y por lo general con asma bronquial de base u otra condición predisponente).

Finalmente, se produce descamación del epitelio afectado, y coincide la eliminación del virus con el comienzo de la enfermedad o poco antes de iniciarse los síntomas.^{1,13}

No se han aclarado los mecanismos inmunitarios o defensivos contra los rinovirus; sin embargo, se reconoce la importancia de la IgA nasal específica (IgA n.e) en el carácter autolimitado del catarro común, al bloquear la infectividad por virus y activar mecanismos relacionados con la inmunidad humoral, lo cual modifica la enfermedad, limita la emisión de virus y aumenta la resistencia o respuesta defensiva del paciente.¹

CUADRO CLÍNICO

Después de un periodo de incubación que varía de uno a 2 días, se inician los síntomas que, para su mejor comprensión, se dividirán de la manera que sigue:^{1,10,11}

- Síntomas predominantes: rinorrea o secreción nasal, obstrucción nasal y estornudos
- Síntomas frecuentes: tos, dolor o molestias de garganta, cefalea, fiebre, con frecuencia e intensidad dependiente de la edad del niño, otalgia transitoria y malestar general
- Síntomas en otros sistemas o generales: dolor torácico, irritación ocular, vómitos, diarreas, dolor abdominal, mialgias, irritabilidad e inapetencia o rechazo a la ingestión de alimentos

La variabilidad del cuadro clínico del catarro común en los diferentes grupos etarios durante la infancia, ha propiciado que se divida en 3 grupos:^{2,3}

- Menores de 6 meses: las manifestaciones clínicas son más ostensibles, con predominio del estornudo, obstrucción y secreción nasal que puede dificultar el sueño y la alimentación, pues mientras más pequeño es el niño, más depende de su respiración nasal. Esta característica condiciona que la obstrucción nasal pueda, producir síntomas de dificultad respiratoria, expresada por tiraje bajo ligero. Generalmente no hay fiebre, pero cuando se asocia, suele presentarse al inicio del cuadro, y se extiende hasta 72 horas. También, puede ocurrir aumento transitorio de las evacuaciones intestinales, de curso autolimitado.
- Entre 6 meses y 3 años: habitualmente presentan menos fiebre, aunque esta puede llegar a ser intensa (hasta 40 °C), y menor compromiso del estado general, irritabilidad expresada por llanto intenso, secreción nasal acuosa, mucosa o mucopurulenta debido a la presencia de epitelio descamado y de leucocitos polimorfonucleares sin que indique sobreinfección bacteriana, anorexia y la orofaringe enrojecida, con los folículos linfoides aumentados en su pared posterior. En la primeras 24 a 48 horas los tímpanos pueden estar ligeramente congestivos al visualizarlos mediante otoscopia, sin existir otitis media. Pueden presentar vómitos y diarreas.
- Niños de 4 años o más: por lo general, no hay fiebre o es muy ligera y se inicia con sequedad o irritación de las fosas nasales y/o ardor de garganta, escalofríos, cefalea, anorexia, malestar general, orofaringe enrojecida y goteo nasal posterior, pueden existir adenopatías cervicales, pequeñas o medianas, mialgias o dolores musculares y tos. Esta fase aguda, dura de 2 a 4 días.

La mayoría de los niños con resfriado común padecen de tos debido a la existencia de receptores de este reflejo a nivel de fosas nasales y otras estructuras de las vías respiratorias; también se ha explicado como un reflejo debido al goteo posnasal, o un factor desencadenante del fenómeno de hiperreactividad o hipersensibilidad bronquial y sibilancia precoz en lactantes, provocadas por la infección viral.^{1,2}

DIAGNÓSTICOS POSITIVO Y DIFERENCIAL

El diagnóstico del catarro común se basa en aspectos clinicoepidemiológicos, pues la sintomatología descrita es característica y de curso autolimitado.

De hecho, el examen físico de la orofaringe y la ausencia de polipnea (respiración acelerada para la edad) o tiraje definen el diagnóstico clínico de catarro común.^{1-3,10-12}

Un aspecto importante es la búsqueda del antecedente epidemiológico actual, consistente en un cuadro clínico similar en otro miembro de la familia; en alguien con quien el niño ha estado en contacto o la aparición de un familiar con síntomas similares durante el transcurso de los 2-4 días siguientes de iniciada la enfermedad, con lo cual se confirma el diagnóstico de resfrío común y la patogenia viral.¹

Los exámenes auxiliares son innecesarios, aunque la radiografía de tórax constituye uno de los más erróneamente usados para corroborar el diagnóstico de catarro común. Si se tiene en cuenta la gran incidencia de esta afección en niños en cuanto a número de episodios que produce durante los primeros años de vida, resulta elevado el riesgo potencial de exposición indiscriminada a radiaciones. Constituye esta una de las conductas considerada por la autora como parte de la "violencia terapéutica", las cuales generan evaluaciones inadecuadas de pacientes con catarro común. Los estudios microbiológicos para la confirmación causal no se justifican, teniendo en cuenta las dificultades técnicas existentes así como el carácter benigno y autolimitado de esta afección.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del catarro común constituye uno de los aspectos más relacionados con la definición de este como "infección portera", pues suele presentarse como infección primaria de otras afecciones respiratorias o de otros aparatos o sistemas. En la práctica médica son considerados orientadores los siguientes datos epidemiológicos:

- Edad
- Desarrollo sicomotor
- Existencia de niños menores de 3 años conviviendo con lactantes
- Antecedente de haber padecido enfermedades infectocontagiosas que confieren inmunidad activa natural
- Estado de inmunización activa artificial mediante vacunas contra enfermedades infecciosas prevalentes en la infancia
- Historia de rinitis, asma, eczema o alergia personal o familia, entre otros.

Sobre la base de estos parámetros epidemiológicos y los aspectos clínicos, se podría establecer el diagnóstico diferencial con una mayor certeza, y descartar las siguientes enfermedades:^{1-3,9-13,16,17}

- No infecciosas: rinitis alérgica o vasomotora, hiperreactividad bronquial, cuerpo extraño en fosa nasal, atresia de coanas, drogas inhaladas (por adolescentes, fundamentalmente), pólipos nasales o desviación del tabique nasal.
- Infecciosas (en sus inicios): sarampión, rubeola, exantema súbito, fiebre faringoconjuntival, poliomielitis, parotiditis, hepatitis aguda infecciosa, fiebre tifoidea, sífilis congénita, difteria nasal, enfermedad meningocócica, meningoencefalitis viral,

bronquiolitis aguda ligera en lactantes pequeños, laringitis en lactantes, faringoamigdalitis aguda con exudados no estreptocócica, faringoamigdalitis aguda estreptocócica en lactantes, influenza o gripe y síndrome respiratorio agudo grave (SARS).

EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

El resfriado común en niños tiene buen pronóstico y habitualmente evoluciona sin complicaciones. La enfermedad dura de 7 días a 2 semanas, y puede persistir tos decreciente, así como secreción nasal.^{1-3,10-12}

Considerando esta evolución normal se debe atender a los siguientes hechos predictivos de complicación generalmente relacionada con el uso inadecuado de los antibióticos ("violencia terapéutica"), los cuales suprimen la flora bacteriana normal y favorecen la sobreinfección por agentes patógenos:^{1-3,9-11,17-20}

- Aparición, reaparición o persistencia e intensificación de fiebre más allá del cuarto día
- Prolongación de la etapa purulenta de la rinorrea o secreción nasal después de 7 días y falta de tendencia a la mejoría a partir del quinto día de evolución
- Presencia de dolor de oído intenso o permanente
- Prolongación o intensificación de los síntomas generales acompañados o no de dificultad respiratoria después del tercer o cuarto día de evolución

Se plantea que las complicaciones son producidas por sobreinfección bacteriana, desencadenamiento de fenómenos alérgicos o extensión de la infección viral a vías respiratorias inferiores u otros sistemas. Constituyen ejemplos, la adenoiditis, favorecida por un anillo de Waldeyer aumentado de tamaño, la rinitis purulenta, síndrome sibilante y neumonías.^{1,2}

Las complicaciones más frecuentes son la otitis media aguda en lactantes y la sinusitis en el escolar.

Deben considerarse como parámetros importantes en el diagnóstico de las complicaciones, la alta prevalencia de factores de riesgo, tales como bajo peso al nacer, prácticas inapropiadas de lactancia materna, exposición al humo de cigarro, asistencia a guarderías o círculos infantiles, desnutrición y otras enfermedades crónicas (cardiopatías, asma o anemia), entre otras múltiples condiciones predisponentes que interfieren en la adecuada respuesta a las infecciones, aún cuando estas sean banales o autolimitadas.^{1-3,20}

CONDUCTA A SEGUIR Y VIOLENCIA TERAPÉUTICA

La educación sanitaria basada en la prevención mediante el control de factores de riesgo y adecuado nivel de inmunización contra enfermedades que predisponen a complicaciones, constituyen, conjuntamente con las medidas de control de la transmisión viral, los pilares que sustentan el control integral del catarro común.

Pese a los avances tecnológicos aún no existe un medicamento específico eficaz para eliminar los virus productores del catarro común; es por ello que solo se emplean medidas para aliviar los síntomas, prevenir y vigilar la aparición de complicaciones así como educar a la población respecto a la enfermedad, debido a su universalidad y elevada frecuencia, especialmente en niños pequeños.

De acuerdo con esta dificultad, cabría preguntarse:
¿Cuál es el tratamiento más eficaz del catarro común?

Indudablemente, la prevención es la medida más importante en la disminución de la frecuencia de esta afección en niños, puesto que equivale secundariamente a la drástica reducción de un gran número de enfermedades de mayor gravedad como la neumonía, por la condición de "infección portera" del catarro común.

El tratamiento preventivo consiste en medidas sencillas resumidas en 2 aspectos fundamentales:^{1-3,5}

- Prevención primaria o específica: aunque no ha sido posible la formulación de vacunas para rinovirus, actualmente se experimenta con varias drogas contra este germen; no obstante, algunos de esos medicamentos ocasionan molestias de tipo local y requieren una administración frecuente para ser efectivos. El interferón alfa-2, por ejemplo,¹⁵ se ha empleado en forma de aerosol por vía intranasal, pero solo se ha logrado su efectividad al usarse de manera profiláctica.
- Prevención secundaria o no específica: se puede evitar este tipo de contagio mediante el simple lavado de las manos, y la utilización de sustancias virucidas durante este proceder. Igualmente, se debe evitar el contacto entre manos y ojos o manos y nariz, después de la exposición a pacientes infectados, así como la eliminación adecuada de las secreciones nasales. Algunas de estas medidas no son aplicables a los niños más pequeños, de manera que debe considerarse importante este modo de contagio, con el fin de evitarlo, sobre todo en guarderías o círculos infantiles.

Otras medidas son las de aislamiento relativo durante el periodo de mayor contagio, fundamentalmente para prevenir la enfermedad en niños con riesgo de complicación por otras afecciones asociadas, tales como asma bronquial, cardiopatías, desnutrición o por la edad (recién nacidos y lactantes pequeños), así como mantener un adecuado nivel inmunitario en niños y adolescentes según el esquema de vacunación vigente en el país y la erradicación o disminución de factores de riesgo asociados.^{1,2,5}

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

Actualmente, para contrarrestar los síntomas del catarro común se recomienda:

- La aplicación de medidas sencillas para aliviar la obstrucción nasal y controlar la fiebre
- Una alimentación normal con énfasis en la lactancia materna exclusiva
- El ofrecimiento de líquidos con cierta frecuencia
- La detección y control de factores de riesgo
- La vigilancia de complicaciones^{1-3,5,18-24}

De estas medidas se deduce que uno de los aspectos indispensables en la evaluación del niño con catarro común, más que recetar un determinado medicamento, es la educación sanitaria a la familia, basada en medidas promocionales que permitan prevenir el ejercicio de "violencia terapéutica", definida más adelante.

La llamada iatrogenia imperfecta, se refiere al empleo incorrecto de los medios diagnósticos,²¹ en especial las radiografías, que si bien son necesarias en el diagnóstico de complicaciones como la neumonía, se utilizan excesiva e irracionalmente en la evaluación de pacientes con resfriado común,¹⁻³ lo cual constituye una justificación

frecuente para el uso inapropiado de antibióticos y otros medicamentos nocivos en niños pequeños, cuando se interpretan erróneamente las imágenes radiográficas sin correlación con los aspectos clínicos del paciente. El uso de antibióticos en el catarro común no acorta su duración ni previene las complicaciones, sino que puede generar resistencia bacteriana e infecciones muy graves o sobreagudas, y es una de las advertencias más importantes dirigidas tanto a salubristas como a toda la población. De igual manera, medicamentos tales como antihistamínicos, broncodilatadores, esteroides, mentol, inmunomoduladores, vitaminas A y C, entre otros, constituyen formas involuntarias de agresión biológica a niños con catarro común.^{1-3,5,19-21}

Estos aspectos son considerados dentro de la enfermedad iatrogénica o trastorno independiente de la afección principal, y definen lo que se ha denominado por la autora "violencia terapéutica", debido a su carácter invasivo y lesivo para la población infantil, pues sus efectos secundarios pueden ser más perjudiciales que el alivio o beneficio brindado.

De acuerdo con lo anterior se define la "violencia terapéutica" como la acción que genera iatrogenia por administración de múltiples fármacos o medidas terapéuticas innecesarias, incluyendo la indicación excesiva de exámenes paraclínicos (iatrogenia imperfecta), que socavan la integridad física y psicológica del niño".

Las prácticas relacionadas con la medicina tradicional y natural²⁵ (MTN) en niños, han resultado beneficiosas por su inocuidad y reconocimiento popular, a pesar de las reticencias que aún prevalecen para su aplicación.

El catarro común es una de las afecciones contempladas en el Programa Nacional de MTN, que puede tratarse con procedimientos, entre los cuales figuran: acupuntura, auriculoterapia, homeopatía, terapia floral, productos naturales (miel de abeja, jalea real, propóleo) y plantas medicinales (orégano y manzanilla), los cuales pueden ser usados por escolares, adolescentes y adultos. En niños pequeños, medidas inocuas como el masaje facial, la dietoterapia, hidroterapia, homeopatía y terapia floral han resultado beneficiosas para aliviar los síntomas de esta afección.^{24,25}

CONCLUSIONES

El catarro común es una enfermedad infecciosa muy contagiosa, más frecuente en niños que en adultos. Los aspectos reseñados de mayor relevancia son su patogenia viral y universalidad, con elevada frecuencia en los primeros años de la vida. También resulta importante su carácter autolimitado, aunque con potenciales riesgos de complicación por coinfección bacteriana, o extensión de la infección viral a otros sitios de las vías respiratorias u otros aparato o sistemas lo que indujo a denominarla "infección portera" desde el punto de vista epidemiológico. Además, al analizar las medidas terapéuticas recomendadas en pacientes con catarro común, es indudable que aún no se cuenta con medicamentos eficaces contra los virus que lo provocan, por lo cual, básicamente, se trata de aliviar los síntomas con tratamiento no farmacológico sustentado en la aplicación de medidas sencillas, libres de "violencia terapéutica".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Díaz HR. Resfrío común. En: Benguigui Y, Lopes Antuñano FG, Schmunis G, Yunes J. Infecciones respiratorias en niños. Washington, DC: OPS. Serie HTCI AIEPI-1; 1997.

2. De la Torre Montejo E, Pelayo González-Posada EJ. *Pediatría*. t 3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
3. Valdés Martín M, Gómez Vasallo A, Pérez Martínez JM. *Temas de Pediatría*. 2 ed. La Habana, Editorial Ciencias Médicas; 2011.
4. Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *Neumonía adquirida en la comunidad. Protocolos del GVR publicación P-GVR-8*. [citado 10 Feb 2013].
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Programa Integral de Atención y Control de las IRA*. La Habana: MINSAP; 2011.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Anuario estadístico de salud*. La Habana: MINSAP; 2012.
7. Tamayo Reus CM, Bastart Ortiz EA. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de 5 años. *MEDISAN*. 2013 [citado 10 Feb 2013]; 17(12).
8. Kirkpatrick GL. The common cold. *Prim care*. 1996; 23(4): 657-75.
9. Avendaño LF. Resfrío común, influenza y otras infecciones respiratorias virales. En: Meneghello J. *Pediatría*. 5 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997. p. 1264-8.
10. Berhamn RE, Kliegman RM, Harbin AM. *Nelson. Tratado de Pediatría*. 16 ed. México DF: McGraw Hill Interamericana; 2000.
11. Cruz M. *Tratado de pediatría*. T 2. 7 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
12. Beers MH, Porter R, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M. *El manual Merck de diagnóstico y tratamiento*. 11 ed. Madrid: Elsevier; 2007.
13. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 17 ed. México, DF: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2008.
14. Rozman C. *Compendio de Medicina Interna*. 4 ed. Madrid: Elsevier; 2009.
15. Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. *Temas de Medicina Interna*. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
16. Weissenbacher M, Ávila MM. Los virus como causa de ira alta y baja en niños: características generales y diagnóstico. En: Benguigui Y, Lopes Antuñano FG, Schmunis G, Yunes J. *Infecciones Respiratorias en niños*. Washington, DC: OPS. Serie HTCI AIEPI-1; 1997.
17. Cobos Barroso N, González Pérez-Yarsa E. *Tratado de Neumología Infantil*. 2 ed. Madrid: Ergon; 2009.

18. Morales de León J, Acosta D, Anaya Lorduy F, De la Cruz Pinzón C, Escamilla Arrieta JM, Jaramillo C, et al. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Infección respiratoria aguda. Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME; 2010.
19. García Sánchez JL, Varona Rodríguez F, Iglesias Salas J. Antimicrobianos en las infecciones respiratorias agudas. En: Antimicrobianos: consideraciones para su uso en pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
20. Victora CG. Factores de riesgo en las IRA bajas. En: Benguigui Y, Lopes Antuñano FG, Schmunis G, Yunes J. Infecciones Respiratorias en niños. Washington, DC: OPS. Serie HTCI AIEPI-1; 1997.
21. Morón Rodríguez FJ. Farmacología clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
22. Asociación Panamericana de Infectología (API). Curso a distancia para médicos clínicos, generalistas, pediatras e infectólogos. Bases para el manejo racional de las Infecciones Respiratorias Agudas. Módulos 6 y 7; 2009.
23. Benguigui Y. Bases técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las IRAS en el primer nivel de atención. En: Benguigui Y, Lopes Antuñano FG, Schmunis G, Yunes J. Infecciones Respiratorias en niños. Washington, DC: OPS. Serie HTCI AIEPI-1; 1997.
24. Díaz Novás J, Gallego Machado BR. La sabiduría popular y la ciencia médica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 [citado 10 Feb 2013]; 19(2).
25. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural. La Habana: MINSAP [citado 10 Feb 2013]; 1999.

Recibido: 11 de abril del 2014.

Aprobado: 9 de mayo del 2014.

Caridad María Tamayo Reus. Hospital Docente Infantil Sur, avenida 24 de Febrero, nr 402, Santiago de Cuba, Cuba. Correo Electrónico: caridad.tamayo@medired.scu.sld.cu