

ARTÍCULO ORIGINAL

Catarro común como "infección portera" en niños menores de 5 años

Common flu as "porter infection" in children under 5 years

Dra. Caridad María Tamayo Reus y Dra Thais Soria Ortiz

Hospital Docente Infantil Sur "Dr. Antonio María Béguéz César", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación aplicada, descriptiva, transversal y prospectiva de 1 718 niños menores de 5 años de edad egresados del Hospital Docente Infantil Sur "Dr. Antonio María Béguéz César" de Santiago de Cuba con diagnóstico de catarro común como "infección portera", desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014, a fin de caracterizarles según variables epidemiológicas de riesgo, clínicas y terapéuticas, basadas en las definiciones de "infección portera" y "violencia terapéutica". En la serie predominaron las altas cifras de morbilidad, los factores de riesgo reconocidos y modificables (anemia carencial, ambiente polvoriento y supresión precoz de lactancia materna), la rincorrea, la fiebre, la obstrucción nasal y la tos como manifestaciones clínicas más comunes, así como la otitis media como complicación más frecuente. Por otra parte, las tasas de morbilidad por catarro común durante el bienio constituyeron datos estadísticos inéditos en la institución.

Palabras clave: niño, catarro común, infección portera, violencia terapéutica, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

An applied, descriptive, cross-sectional and prospective investigation of 1 718 children under 5 years discharged from "Dr. Antonio María Béguéz César" Teaching Southern Children Hospital in Santiago de Cuba with diagnosis of common flu as "porter infection", was carried out from January, 2013 to December, 2014, in order to characterize them according to risk, clinical and therapeutic epidemiological variables, based on the definitions of "porter infection" and "therapeutic violence". In the series the high morbidity figures, the recognized and modifiable risk factors (deficiency anemia, powdery environment and early ablactation), rhinorrhea, fever, nasal obstruction and cough prevailed as the most common clinical manifestations, as well as the ear infection as the most frequent complication. On the other hand, the morbidity rates due to common flu during the biennium constituted unpublished statistical data in the institution.

Key words: child, common flu, porter infection, therapeutic violence, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El catarro o resfriado común constituye la causa más frecuente de consulta en la infancia, de ausentismo escolar, laboral y de hospitalización, con el consiguiente gravamen en los costos institucionales y en la economía familiar.^{1,2}

Representa alrededor de 50% de las infecciones en las vías respiratorias superiores y a pesar de encontrarse durante todo el año, tiende a ser estacional, pues ocurre principalmente durante el invierno, en forma de brotes epidémicos, de duración e intensidad variables o en época de lluvia en países como Cuba, donde se producen más de 6 millones de atenciones por infecciones respiratorias agudas (IRA) cada año, con predominio del catarro común en lactantes y preescolares, hasta con 8 episodios anuales.³⁻⁷

Por otra parte, es una infección frecuente en todo el mundo, altamente contagiosa, de causa viral, pero no existe pleno reconocimiento de su importancia como "infección portera";⁸ término elaborado por la autora de la investigación, ya que el catarro común constituye la infección primaria de variadas afecciones complicadas o no del tracto respiratorio y de otros aparatos o sistemas, pues la misma mucosa de las vías respiratorias altas sirve como puerta de entrada (el órgano diana de las infecciones), con propensión a una alta replicación viral por encontrarse abierta hacia el exterior, lo cual explica la elevada frecuencia, contagiosidad del catarro común y la posibilidad de diseminación de la infección primaria a otras estructuras aledañas.^{1,3}

Por otra parte, constituye el argumento que las personas esgrimen para justificar la administración de múltiples fármacos o medidas terapéuticas locales o generales, incluyendo la realización innecesaria de exámenes complementarios que socavan la integridad física y sicológica del niño y que se ha definido como "violencia terapéutica".⁸

La elevada morbilidad del catarro común en pacientes ingresados anualmente en el Hospital Docente Infantil Sur de Santiago de Cuba, que representa más de 40 % de los egresos por dicha causa y más de 70 % de las IRA altas,⁴ fundamentalmente en pacientes menores de 5 años de edad con complicaciones o factores de riesgo asociados, sirvió de motivación a las autoras para realizar la presente investigación para caracterizar a estos pacientes según variables epidemiológicas de riesgo, clínicas y terapéuticas basadas en las definiciones de "infección portera" y la violencia terapéutica". A lo anterior se une, además, la inexistencia de investigaciones en la literatura científica relacionadas con estos aspectos.

MÉTODOS

Se realizó una investigación aplicada, descriptiva, transversal y prospectiva de los 1 718 niños menores de 5 años de edad egresados del Hospital Docente Infantil Sur "Dr. Antonio María Béquez César" de Santiago de Cuba, con diagnóstico de catarro común como "infección portera".

Para caracterizar a los pacientes se analizaron variables epidemiológicas de riesgo, reconocidas, clínicas y terapéuticas basadas en el uso de medicamentos e indicación de exámenes paraclínicos.

Se tuvieron en cuenta algunos de los componentes que se utilizan para el análisis de la morbilidad según la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-10)⁹ vigente en Cuba con fines estadísticos, para determinar las diferentes tasas en los pacientes menores de 5 años con catarro común (CC) cuyos cálculos se realizaron según indicadores estadísticos de morbilidad en su relación con el número total de casos anuales o bianuales por cada 100 egresos.

Tasa de prevalencia (TP) = $\frac{\text{Total de pacientes con CC x cada año}}{\text{Total de egresados por años}} \times 100$

Tasa bruta de morbilidad (TBM) = $\frac{\text{Número de pacientes con CC en 2 años}}{\text{Total de egresos en 2 años}} \times 100$

Tasa de morbilidad específica relativa a grupos de edad (TMEE):

TMEE = $\frac{\text{Número de pacientes con CC según grupo de edad}}{\text{Total de egresos por catarro común}} \times 100$

Los datos se obtuvieron de la información mensual emitida por la codificadora del Departamento de Estadística del mencionado centro hospitalario y de las historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de catarro común durante el período señalado. Fueron excluidos los considerados como reingresos (ingresados durante los primeros 15 días transcurridos después de haber egresado de la institución).

RESULTADOS

Durante el bienio 2013-2014 egresaron de la institución 1718 pacientes menores de 5 años de edad con diagnóstico de catarro común, de los cuales 739 correspondieron al 2013 y 979 al 2014, con evidente predominio de los niños entre 6 meses y 2 años de edad (54,3 %), seguidos en menor proporción por los menores de 6 meses (33,9 %) y por el grupo de 3- 4 años (11,8 %).

En el análisis de la distribución anual se destacan resultados porcentuales similares a los descritos durante el bienio en relación con los grupos de edades, de manera que se mantiene la prevalencia de los pacientes entre 6 meses y 2 años egresados con diagnóstico de catarro común (54,4 y 54,2 % en 2013 y 2014, respectivamente).

Entre los factores de riesgo reconocidos (tabla 1), predominaron la anemia carencial (82,4 %), el ambiente polvoriento (74,3 %) y la supresión precoz de la lactancia materna (41,5 %). Menos frecuentes resultaron el tabaquismo en convivientes (32,0 %), los ingresos (30,0 %) y el uso previo de antibióticos (25,4%), entre otros.

Tabla 1. Pacientes según factores de riesgo

Factores de riesgo (No. 1718)	No.	%
Anemia carencial	1416	82,4
Ambiente polvoriento	1276	74,3
Supresión precoz de lactancia materna	712	41,5
Tabaquismo en convivientes	550	32,0
Ingresos previos	515	30,0
Uso previo de antibióticos	436	25,4
Asistencia a Circulo infantil o guardería	402	23,3
Desnutrición energética nutrimental	329	19,2
Madre adolescente	263	15,3
Bajo peso al nacer	198	11,5
Enfermedades crónicas*	179	10,4

*Se exceptuó la anemia carencial

Como principales síntomas y signos (tabla 2), figuraron la rinorrea (96,4 %), la fiebre (88,2 %), la obstrucción nasal (86,6 %), la tos (80,3 %) y la anorexia o disminución del apetito (73,3 %).

Tabla 2. Pacientes según síntomas y signos

Síntomas y signos (No. 1718)	No.	%
Rinorrea	1656	96,4
Fiebre	1516	88,2
Obstrucción nasal	1488	86,6
Tos	1380	80,3
Anorexia o disminución del apetito	1267	73,7
Vómitos (espontáneos y/o por tos)	647	37,6
Otalgia o irritabilidad	377	21,9
Diarrea	330	19,2
Otros	122	7,1

Del total de pacientes, 332 presentaron otitis media (19,3 %) como la complicación más frecuente, en tanto las IRA bajas como bronquiolitis y neumonías estuvieron presentes en 10,4 y 9,0 %, respectivamente (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes según complicaciones y comorbilidad

Complicaciones y comorbilidad (No. 1718)	No.	%
Otitis media aguda	332	19,3
Bronquiolitis aguda	179	10,4
Neumonía adquirida en la comunidad	156	9,0
Possible rinitis bacteriana	34	1,9
Meningoencefalitis viral	21	1,2
Infección del tracto urinario	15	0,9

En la tabla 4 se observa que la prevalencia resultó más alta en el 2014 (8,8 x cada 100 egresos), lo que puede estar relacionado con la epidemia de catarro común y bronquiolitis ocurrida en ese año. La tasa de morbilidad bruta en el bienio fue de

7,9 % y la de morbilidad específica por edad revela cifras más bajas en preescolares de 3 a 4 años (11,7 x cada 100 egresos), en concordancia con el menor número de egresados por catarro común durante los 2 años estudiados.

Tabla 4. Tasas de morbilidad por catarro común

Tipos de tasas	Tasas (casos x cada 100 egresos)		
	2013	2014	2013-2014
Tasa de prevalencia	6,9	8,8	7,9
Tasa bruta de morbilidad			
Tasa de morbilidad específica por edad			
Menores de 6 meses	33,8	34,0	
6 meses – 2 años	54,3	54,2	
3 – 4 años	11,7	11,7	

Las tasas de morbilidad reflejaron que a todos los pacientes se les realizó hemograma completo, al margen de la existencia o no de complicaciones asociadas; asimismo, las radiografías de tórax y los reactantes de fase aguda de infección presumiblemente bacteriana fueron efectuados a casi la mitad de los afectados, lo cual representa mayor número de casos que los diagnosticados con neumonía, como mayor complicación clínica.

Los citoquímicos del líquido cefalorraquídeo, porcentualmente exiguos (5,8), se obtuvieron mediante la realización de la punción lumbar, método invasivo y en discordancia con solo 1,2 % de los pacientes con diagnóstico de meningoencefalitis viral.

Asimismo, en 87,8 % de los afectados se usó medicina natural y tradicional (remedios homeopáticos y terapia floral); en 82,4 % antianémicos, dado el elevado número de pacientes con anemia crónica y en 43,0 % antibióticos (tabla 5).

Tabla 5. Pacientes según prescripción de medicamentos

Medicamentos prescriptos antes y durante la hospitalización (No. 1718)	No.	%
Medicina tradicional y natural*	1508	87,8
Antianémicos (ácido fólico y vitamina C)	1416	82,4
Antibióticos	739	43,0
Antihistamínicos	339	19,7
Sulfato de zinc	330	18,2
Vitamina C**	118	6,9
Broncodilatadores	110	6,4
Jarabes expectorantes	106	6,1
Otros medicamentos	98	5,8

* Gotas homeopáticas y terapia floral

**Uso ambulatorio previo al ingreso

DISCUSIÓN

Localmente, los datos estadísticos anuales refrendan la morbilidad por catarro común, dado por los múltiples virus que la condicionan, los cuales alcanzan hasta 200 con sus tipos y serotipos, además de las respuestas inmunes locales y sistémicas deficientes en niños pequeños.⁴⁻⁸

Los resultados de este estudio coinciden con los de César¹⁰ y Robaina *et al.*¹¹ en cuanto al predominio en menores de un año; sin embargo, en una investigación realizada en Venezuela se describe mayor frecuencia en niños de 1-2 años.¹²

Aunque la desnutrición solo se registró en 19,2 % de los pacientes, Vázquez *et al.*¹³ y Najada, *et al.*¹⁴ encontraron elevada prevalencia de desnutrición aguda y crónica relacionada con la alta morbilidad de infección en el tracto respiratorio.

En investigaciones sobre morbilidad por IRA realizadas en Santiago de Cuba, Tamayo *et al.*⁴ y Juy *et al.*¹⁵ encontraron como factores de riesgo preponderantes la anemia, el ambiente polvoriento, la convivencia con fumadores, la supresión precoz de lactancia materna y el hacinamiento.

En el área norte de Santiago de Chile se obtuvo que en más de la mitad de los hogares de los niños se fumaba dentro de la casa, unido a la contaminación intradomiciliaria por calefacción.¹⁶

En un estudio similar se señala que los motivos de consulta más frecuentes en los pacientes con IRA alta eran la secreción nasal y la fiebre.¹⁷

Se plantea que la otitis media aguda es la complicación más frecuente en niños menores de 2 años de edad y aunque la rinitis bacteriana y meningoencefalitis viral (como complicación o comorbilidad) tuvieron frecuencias muy bajas, evidencian la definición del catarro común como "Infección portera".^{4,8,7}

En el Anuario Estadístico de Salud de Cuba del 2014 y a nivel provincial, no se encontraron datos que relacionen el catarro común como entidad clínica susceptible de evaluarse según las tasas calculadas en esta investigación; no obstante, se registran las tasas más altas de morbilidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años,⁶ en relación con todos los grupos de edades.⁶

Los problemas relacionados con la calidad de la atención de niños con IRA identificados por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud, corroborados también por el Programa Integral de Atención y Control de las IRA en Cuba,^{1,3} no solo están relacionados con la morbilidad, con la mortalidad y con la identificación de factores de riesgo, sino también con el uso excesivo e irracional de exámenes paraclínicos (especialmente las radiografías) y medicamentos, sobre todo en pacientes menores de 5 años con catarro común, debido a la elevada frecuencia de esta enfermedad en esas edades, definido por esta autora como "violencia terapéutica".⁸ Esto se evidencia, sobre todo, si se tiene en cuenta el bajo porcentaje de complicaciones descritas, así como el uso de antibióticos y de jarabes expectorantes indicados de forma ambulatoria antes de la hospitalización.

Estudios realizados en el país muestran que en 20 % de los episodios leves de IRA se utilizaron antibióticos y otros medicamentos innecesarios. Por otra parte, se estima

que entre 80- 90 % de las infecciones respiratorias agudas son de causa viral y se ha demostrado que el tratamiento precoz con antibióticos, además de ser ineficaz, no previene las complicaciones, sino más bien encarece el tratamiento, muchas veces resulta perjudicial y favorece la aparición del fenómeno denominado resistencia bacteriana.^{1-5,18}

El Ministerio de Salud Pública recomienda el uso de medicina tradicional y natural (MTN) en los pacientes ingresados por catarro común,¹⁹ lo cual ha sido de mucha utilidad en los servicios de respiratorio del Hospital Infantil Sur, dada su inocuidad y aceptación por la población en general, en especial de las gotas homeopáticas y de las combinaciones de la terapia floral de Bach.

Los aspectos epidemiológicos y clínicos del catarro común como "infección portera" se destacan en la presente investigación, teniendo en cuenta la alta cifra de morbilidad, la existencia de factores de riesgo reconocidos y modificables, así como el predominio de síntomas y signos derivados de la infección nasal primaria y de las complicaciones que condiciona.

Cabe señalar que las tasas de morbilidad por catarro común durante el bienio constituyen datos estadísticos inéditos en la institución; hecho que resulta importante para la elaboración de estrategias y el control ulterior de pacientes ingresados por dicha causa.

El uso de exámenes paraclínicos y medicamentos en los pacientes objetos de estudio, respaldan la definición de violencia terapéutica aplicada en algunos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Díaz HR. Resfrío común. En: Benguigui Y, López Antuñano FG, Schmunis G, Yunes JY. Infecciones respiratorias en niños. OPS: Washington, DC; 1997.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para el control de infección para procedimientos específicos en establecimientos de salud. Enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica. Guía de referencia rápida; 2008 [citado 25 Feb 2009]. Disponible en:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guia_Rapida_Control_Infeccion_IRAG_ES.pdf
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa integral de atención y control de las IRA. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
4. Tamayo Reus CM, Bastart EA. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad. MEDISAN. 2013 [citado 22 Mar 2014]; 17(12). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_12_13/san071712.htm
5. Berhamn RE, Kliegman RM, Harbin AM. Nelson. Tratado de Pediatría. 16 ed. México DF: McGraw Hill Interamericana; 2000.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: MINSAP; 2014.

7. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A, Báez Martínez JM, Abreu Suárez G, Alpízar Caballero L, Álvarez Aria CZ. Temas de Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
8. Tamayo Reus CM. Catarro común y “violencia terapéutica” en la población infantil. MEDISAN. 2015 [citado 26 Abr 2015]; 19(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200012&lng=es&nrm=iso&tlang=es
9. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10. Washington, DC: OPS/OMS; 1995.
10. César GV. Factores de riesgo en las IRA bajas [citado 27 Jun 2013]. Disponible en:
<http://pmi.salta.gov.ar/Campanal2013/contenidos/aiepi1-1-3.pdf>
11. Robaina Suárez G, Campillo Molieva R. Morbilidad y manejo de IRA en menores de 5 años. Rev Cubana Pediatr. 2003 [citado 13 nov 2013]; 75(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000300007&lng=%20es&nrm=iso
12. Bravo Hernández JL. Análisis de los factores de riesgo para las infecciones respiratorias agudas en niños [citado 27 Jun 2013]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos49/mision-medica/mision-medica.shtml>
13. Vásquez Garibay EM, Sandoval Galindo DM, Kumazawa Ichikawa MR, Romero Velarde E, Nápoles Rodríguez F. The nutritional status of the child entering the Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Bol Med Hosp Infant Mex. 1993;50(6):383-93.
14. Najada AS, Habashneh MS, Khader The frequency of nutritional rickets among hospitalized infants and its relation to respiratory diseases. J Trop Pediatr. 2004; 50(6): 364-8.
15. Juy Aguirre E, Céspedes Floirian E, Rubal Wong AC, Maza González AM, Terán Guardia CA. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. MEDISAN. 2014 [citado 26 Abr 2015]; 18(11). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100002
16. Rivas R Luis, Bustos M. Condiciones sociales, factores biológicos y conducta de cuidado materno en prevención de enfermedades respiratorias en lactantes. Cienc Enferm. 2011 [citado];17(1). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100011
17. Oliva González Y, Piloto Morejón M, Iglesias Gómez R. Clínica y epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2013 [citado 26 Abr 2015]; 17(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100006

18. Morón Rodríguez FJ. Farmacología clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural. La Habana: MINSAP; 1999.

Recibido: 11 de noviembre de 2015.

Aprobado: 11 de noviembre de 2015.

Caridad María Tamayo Reus. Hospital Docente Infantil Sur "Dr. Antonio María Béguéz César", avenida 24 de Febrero, nr 402, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: caridad.tamayo@medired.scu.sld.cu