



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. Ene.-feb, 2013; 17(1):49-62

ARTÍCULO ORIGINAL

Clínica y epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años

Clinics and Epidemiology of acute respiratory infections in patients from 0 to 14 years old

Yamilka Oliva González¹, Manuel Piloto Morejón², Paulina Iglesias Gómez³

¹Especialista de Primer Grado en Enfermería Comunitaria. Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río. Correo electrónico: ceeaa@princesa.pri.sld.cu

²Especialista Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: piloto@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río.

Recibido: 30 de octubre 2012.

Aprobado: 11 de enero 2013.

RESUMEN

Introducción: las infecciones respiratorias agudas altas o bajas constituyen un complejo sindrómico que agrupa entidades clínicas con gran diversidad epidemiológica y de agentes causales, lo cual hace difícil su prevención y control.

Objetivo: realizar un estudio clínico-epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años.

Material y método: se realizó una investigación observacional, analítica, de casos-controles en cuatro consultorios de tipo I pertenecientes al policlínico Raúl Sánchez del municipio Pinar del Río en el período febrero/2010-octubre/2011. El universo estuvo conformado por los pacientes que acudieron a los consultorios, asignándose al grupo estudio (casos) aquellos con infección respiratoria aguda de 0-14 años de edad (n=272) y por cada paciente del grupo estudio se seleccionó uno de la misma edad sin la enfermedad atendido posteriormente (controles).

Resultados: las infecciones respiratorias altas fueron las más frecuentes (88,2 %) y dentro de ellas el catarro común; la edad 5-14 años la más afectada (63,2 %),

los síntomas más frecuentes: secreción nasal (56,3%), fiebre (48,8%) y tos (40%); los factores de riesgo individuales más importantes: no lactancia materna exclusiva (OR=4,6) y peso <normal (OR=2,9); los factores de riesgo ambientales más importantes: humedad, contacto con pacientes con infección respiratoria aguda y polvo (OR=14,1 11,9 y 2,0 respectivamente) y los factores de riesgo sociales más importantes: vivienda con mala ventilación y hacinamiento (OR=4,3 y 3,8). **Conclusiones:** aún existen múltiples causas y factores de riesgo de las IRA en nuestro medio, muchos de ellos modificables si se aplican adecuadamente todas las orientaciones de la Medicina Preventiva.

DeCS: Enfermedades respiratorias/complicaciones; Asma bronquial/diagnóstico; Neumonía/diagnóstico; Faringitis.

ABSTRACT

Introduction: acute upper and low respiratory tract infections constitute a complex of various illnesses that group clinical entities having a great diversity of epidemiological and underlying agents, which difficult the processes of prevention and control.

Objective: to carry out a clinical-epidemiological study of acute respiratory infections in patients from 0 to 14 years old.

Material and Method: an observational, analytical of case-control research in four type-1 doctor's offices belonging to "Raul Sanchez" outpatient clinic in Pinar del Rio municipality during February 2010-October 2011. The target group involved the patients attending to the doctor's offices, assigning to the study-group (cases) those suffering from acute respiratory tract infections from 0-14 years old (n=272) and per each patient who comprised the study-group one of the same ages not including the disease was subsequently chosen (control group).

Results: upper respiratory infections were the most frequent (88,2%) and among them common flu; the most affected ages were from 5-14 (63,2%), and the most repeated symptoms: nasal secretions (56,3%), fever (48,8%) and cough (40%); the most important risk factors: not exclusive breast feeding (OR=4,6) and <normal weight (OR=2,9); the most significant environmental risk factors: humidity, contact of patients with other people suffering from acute respiratory infections and dust (OR=14,1 11,9 y 2,0 respectively) and the prevalent social factors were: poor breathing space conditions and overcrowding in houses (OR=4,3 and 3,8).

Conclusions: there are multiple causes and risk factors of Acute Respiratory Infections in our environment, most of them modifiable if Preventive Medicine Guidelines are effectively applied.

DeCS: Respiratory tract diseases/complications; Asthma/diagnosis; Pneumonia/diagnosis; Pharyngitis.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) altas o bajas constituyen un complejo síndrome que agrupa entidades clínicas con gran diversidad en sus características epidemiológicas y de agentes causales, lo cual hace difícil su prevención y control.¹

Las infecciones agudas de la vía aérea alta son un problema común de consulta médica, los microorganismos llegan al aparato respiratorio fundamentalmente por inhalación y su clínica inicial es inespecífica, dificultando la determinación de un agente etiológico. Estudios revelan predominio etiológico viral, sin embargo, bacterias atípicas principalmente *Mycoplasma pneumoniae*, tienen importante rol como causa de IRA.

La etiología de las IRA bajas en neonatos es principalmente viral, donde el virus respiratorio sincicial (VRS) es el agente causal más importante y cuya presentación clínica se puede manifestar con signología bronquial obstructiva similar a lo que ocurre en lactantes. La edad temprana de los niños, las estadías hospitalarias prolongadas y la gravedad del cuadro clínico hacen necesario implementar estrategias de control y prevención.²

Los ingresos por enfermedad infecciosa respiratoria, en particular bronquiolitis, predominan en pacientes del 1er. trimestre de vida y en el sexo masculino. Las sibilancias recurrentes en el niño después de un primer episodio de bronquiolitis por virus sincicial respiratorio están generalmente asociadas a factores de riesgo, en especial al antecedente atópico familiar y al hábito de fumar. Es muy importante reconocer tempranamente a los niños con riesgo de presentar asma persistente atópica e intervenir terapéuticamente con el fin de evitar el deterioro de la función pulmonar.¹

Estas infecciones constituyen un problema de salud, ya que es la primera causa de internación en los meses de invierno y diversos indicadores epidemiológicos nacionales indican su elevada morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años, aumentando la demanda asistencial en estos meses. El plan de invierno tiene por objetivo mejorar la atención de los niños que se hospitalizan por IRA y prevenir las infecciones intrahospitalarias.^{3, 4}

El desarrollo industrial a escala mundial ha incrementado notablemente la expulsión a la atmósfera de los desechos que se convierten en irritantes respiratorios y que son de hecho factores de riesgo en la aparición de enfermedades respiratorias. Esto, unido a los daños que durante siglos el hombre le ha ocasionado a la naturaleza, condiciona que cada vez el aire que se respire esté más contaminado, y que la carga de impurezas que se lleva a los pulmones sea mayor, además de la exposición al humo de tabaco y los antecedentes de padres fumadores.

Anualmente 1.9 millones de niños menores de 5 años mueren por una IRA y según la OMS el *Streptococcus pneumoniae* es responsable de más de 1 millón en países en desarrollo.⁵

A nivel mundial las neumonías en niños menores de cinco años causan morbilidad severa y mortalidad. Niños mayores de esas edades con neumonía también representan una carga importante para los servicios de salud y en ellos la neumonía bacteriana a neumococos tiene gran impacto. Por ello, la inmunización de estos niños con las vacunas resultaría de gran utilidad, ya que se destaca la necesidad de un método de diagnóstico rápido para optimizar el diagnóstico diferencial, manejo y control de infecciones en estos pacientes.^{6, 7}

En países en vías de desarrollo, grupos de investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han sugerido la existencia de factores de riesgo y destacan fundamentalmente las condiciones individuales y ambientales a las cuales se exponen los niños como: la contaminación atmosférica, el humo del cigarro, las deficiencias nutricionales, el bajo peso al nacer, la lactancia artificial, las deficiencias nutricionales y el hacinamiento.

Dentro de las IRA, la influenza desempeña un importante papel por la magnitud y trascendencia que tiene en la morbilidad y mortalidad. La influenza es una enfermedad febril aguda que ocurre en forma de brotes anuales de intensidad variable.⁸

La mortalidad por influenza y neumonía en Cuba permanece dentro de las primeras cinco causas de muerte en los niños menores de cinco años y ocupa la sexta causa en la población general. La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por IRA muestra un promedio anual de 400 000 de atenciones, que constituyen entre el 25 y el 30 % de las consultas externas y alrededor del 30 % de las hospitalizaciones. (Programa integral de atención y control de las IRA)

Por tanto, el objetivo de la investigación es realizar un estudio clínico-epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años en este medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, analítica, de casos-controles en cuatro consultorios de tipo I pertenecientes al policlínico Raúl Sánchez del municipio Pinar del Río en el período febrero/2010-octubre/2011.

El universo estuvo conformado por los pacientes que acudieron a los consultorios de ese período y de ese total se asignaron al grupo estudio (casos n=272) aquellos con IRA de 0-14 años de edad en el transcurso de la 1ra semana de cada mes en el periodo mencionado teniendo en cuenta el gran volumen de pacientes y por cada caso se seleccionó el paciente de 0-14 años de edad atendido posteriormente sin IRA (controles=272), independientes ambos del sexo y color de la piel y se excluyeron aquellos que no consintieron participar en el estudio, los no residentes en el contexto geográfico mencionado, los pacientes con IRA en reconsulta y los inmunodeprimidos por cualquier causa.

Los datos primarios fueron obtenidos mediante entrevista al niño (a) y/o a su familiar acompañante durante la consulta médica y la revisión documental de la historia clínica personal y familiar de los consultorios. Se respetaron los criterios de la ética médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía del paciente y justicia.

Se aplicó el porcentaje, la media, la desviación estándar, la razón, el test de independencia-homogeneidad ji cuadrado con un nivel de significación del 95 % ($\alpha=0,05$), el OR con su IC 95 %, el riesgo atribuible (RA) y el Riesgo Atribuible Porcentual (RAP) utilizando el software: Estadísticas Piloto. Paquete estadístico, digital y educativo para las investigaciones epidemiológicas (© Copyright Dr. Manuel Piloto Morejón 2009).⁹

RESULTADOS

En general, las IRA altas fueron más frecuentes que las bajas (7,5:1). En lo particular, las altas fueron más frecuentes en el grupo de 5-14 años, mientras que las bajas lo fueron en el grupo de 1-4 Años. La forma clínica más frecuente de IRA alta fue el catarro común y la de IRA baja fue la neumonía, (tabla 1).

Tabla 1. Infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años según formas clínicas y edad. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río. Febrero/2010-octubre/2011.

FORMAS CLÍNICAS DE IRA	EDAD							
	<1 año		1-4 años		5-14 años		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
IRA ALTAS	18	100,0	68	82,9	154	89,5	240	88,2
Faringoamigdalitis	1	5,6	14	20,6	32	20,8	47	19,6
Catarro común	12	66,7	45	66,2	87	56,5	144	60,0
Otitis media	5	27,7	9	13,2	32	20,8	46	19,2
Sinusitis					3	1,9	3	1,2
IRA BAJAS			14	17,1	18	10,5	32	11,8
Bronquitis			1	1,2	3	1,7	4	1,5
Neumonía			3	3,7	10	5,8	13	4,8
Bronconeumonía			1	1,2	2	1,2	3	1,1
Bronquiolitis			9	11,0	3	1,7	12	4,4
TOTAL (*)	18	100,0	82	100,0	172	100,0	272	100,0
TOTAL (**)	18	6,6	82	30,2	172	63,2	272	100,0

(*) Porcentaje obtenido del total de cada columna.

(**) Porcentaje obtenido de la totalidad de los pacientes (n=272).

Los motivos de consulta más frecuentes en los pacientes con IRA alta fueron: la secreción nasal y la fiebre y en la IRA baja la fiebre y la tos, (tabla 2).

Tabla 2. Infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años según motivo de consulta y clasificación de las enfermedades. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río. Febrero/2010-octubre/2011.

MOTIVO DE CONSULTA	CLASIFICACIÓN DE LAS IRA					
	IRA ALTA (n=240)		IRA BAJA (n=32)		TOTAL (n=272)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Secreción nasal	135	56,3	12	37,5	147	54,0
Fiebre	117	48,8	26	81,3	143	52,6
Tos	96	40,0	25	78,1	121	44,5
Dolor de oídos	31	12,9			31	11,4
Dolor de garganta	18	7,5			18	6,6
Estornudo	8	3,3			8	2,9
Pérdida del apetito	5	2,1			5	1,8
Obstrucción nasal	4	1,7	1	3,1	5	1,8
Falta de aire	1	0,4	4	12,5	5	1,8
Dolor al tragar	3	1,3	1	3,1	4	1,5

Observaciones:

- Porcentajes fueron calculados sobre el total de cada columna.
- Razón IRA baja / IRA alta = 1:7,5

Los factores de riesgo (FR) individuales con asociación estadística causa-efecto significativa en orden de importancia de mayor a menor fueron: la no lactancia materna exclusiva el estado nutricional < normal y los antecedentes de BPN (tabla 3). Se identificaron como FR de IRA: la no lactancia materna exclusiva, el estado nutricional <normal y la edad <1 año.

Al aplicar el riesgo atribuible, se puede afirmar que se reducirían: 150, 360, 254 y 130 pacientes por cada 1000 pacientes con IRA si se controlaran: el antecedente de BPN, la no lactancia materna exclusiva, el estado nutricional <normal y el antecedente de asma bronquial respectivamente, todos ellos modificables en mayor o menor grado. Al aplicar el riesgo atribuible porcentual según los resultados de esta investigación se pudiera disminuir un 24,4 %, un 57,1 %, un 36,6 % y un 22,2 % los casos con IRA si se pudieran erradicar: el antecedente de BPN, la no lactancia materna exclusiva, el estado nutricional <normal y el antecedente de asma bronquial respectivamente, todos ellos modificables en mayor o menor grado.

Tabla 3. Infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años según factores o condiciones individuales. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río. Febrero/2010-octubre/2011.

Factores o condiciones individuales		X ²	p	OR	IC95%	RA	RAP (%)
Edad (años)	< 1 (lactante)	3,2	0,07	2,1	[0,9; 4,7]		
	1-4 (preescolar)	3,0	0,08	1,4	[0,9; 2,0]		
	5-14 (escolar)	6,1	0,01	0,6			
Sexo femenino		0,07	0,79	1,0			
Sexo masculino		0,07	0,79	0,9			
Antecedentes de bajo peso al nacer		8,7	0,003	1,8	[1,2; 2,7]	0,150	24,4
No lactancia materna exclusiva		65,6	0,6 ⁻¹⁶	4,6	[3,1; 6,7]	0,360	57,1
Estado nutricional	Peso < normal (*)	24,9	0,7 ⁻⁷	2,9	[1,8; 4,4]	0,254	36,6
	Peso > normal (**)	1,3	0,24	0,6			
Esquema de vacunación incompleto		1,8	0,17	0,25			
Antecedentes de asma bronquial		8,1	0,004	1,7	[1,1; 2,4]	0,130	22,2

Leyenda:

BPN=bajo peso al nacer. OR=Odds Ratio. RA=Riesgo atribuible.

RAP=Riesgo atribuible porcentual. DE= desviación estándar.

(*) Desnutrido + delgado. (**) Sobrepeso + obeso.

GL=1.

$$\bar{X}_{\text{edad}} \pm DE (\text{casos}) = 5,5 \pm 0,7.$$

$$\bar{X}_{\text{edad}} \pm DS (\text{controles}) = 6,1 \pm 3,6.$$

Los FR ambientales (tabla 4) con asociación estadística causa-efecto significativa en orden de importancia de mayor a menor fueron: el contacto con pacientes con IRA (X²=118,4), la humedad (X²=63,6), el polvo (X²=11,9) y la polución de humo (X²=4,6). Se identificaron como FR de IRA: el contacto con pacientes con IRA (OR=11,9), la humedad en la que todos los pacientes pertenecían a los casos, el polvo (OR=2,0) y la polución de humo (OR=1,6) y los cambios bruscos de temperatura (OR=1,6).

Al observar el RA y el RAP, vemos cómo se puede disminuir la incidencia de las IRA x 1000 pacientes y el porcentaje de casos en la medida que pudiéramos erradicar

los FR detectados. Destaca el factor humedad, que de erradicarse, pudiera reducir las IRA en 558 de cada 1000 pacientes y en un 55,9%.

Tabla 4. Infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años según factores o condiciones ambientales. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río. Febrero/2010-octubre/2011.

Factores o condiciones ambientales	χ^2	p	OR	IC95%	RA	RAP (%)
Presencia de animales domésticos	2,2	0,13	0,7			
Polvo	11,9	0,5 ⁻³	2,0	[1,3;3,0]	0,175	27,7
Tabaquismo de los convivientes	0,5	0,46	1,1	[0,8;1,6]		
Humedad	63,6	0,2 ⁻¹¹			0,558	55,9
Polución de humo	4,6	0,03	1,6	[10,4;2,4]	0,115	22,1
Exposición a cambios bruscos de temperatura	1,2	0,26	1,6	[0,6;4,0]		
Contacto con pacientes con IRA	118,4	0,1 ⁻²⁶	11,9	[7,2;19,8]	0,514	59,4

Observaciones:

No hubo reporte de alcoholismo de la madre en los dos grupos estudiados.

GL=1

Se identificó asociación causa-efecto estadísticamente significativa entre las IRA y la mala ventilación de la vivienda, el hacinamiento de la misma, la estructura regular a mala y la escolaridad del padre <9no grado (tabla 5). Los FR sociales de IRA fueron: la mala ventilación de la vivienda, el hacinamiento, la estructura regular a mala y la escolaridad del padre <9no grado.

Tabla 5. Infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años según factores o condiciones sociales. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río. Febrero/2010-octubre/2011.

Factores o condiciones Sociales	χ^2	p	OR	IC95%	RA	RAP (%)
Escolaridad del padre <9no grado	11,3	0,7 ⁻³	1,9	[1,3;2,8]	0,161	26,2
Escolaridad de la madre <9no grado	0,08	0,7	1,05	[0,73;1,52]		
Mala ventilación de la vivienda	66,3	0,3 ⁻¹⁵	4,3	[3,0;6,1]	0,349	51,8
Hacinamiento de la vivienda	57,3	0,3 ⁻¹³	3,8	[2,7;5,5]	0,326	50,3
Estructura de la vivienda regular a mala	28,2	0,1 ⁻⁶	2,6	[1,8;3,7]	0,235	49,0
Piso de tierra	0,3	0,5	0,5			

GL = 1

Al aplicar el RA y el RAP puede observarse en qué cantidad x 1000 pacientes y en qué porcentaje pudiera disminuirse las IRA si pudiéramos erradicar los FR correspondientes, todo ellos modificables. Destaca mala ventilación de la vivienda, que de erradicarse, pudiera reducir las IRA en 349 de cada 1000 pacientes y en un 51,8 %.

DISCUSIÓN

Las IRA altas, y dentro de ellas, el catarro común fueron las más frecuentes correspondiendo con la literatura revisada, la mayoría de ellas se debe a infecciones menos graves de origen viral, por lo que no es necesario el uso de antimicrobianos, y para las que hoy en día no se dispone de una tecnología preventiva, aunque en la actualidad la OMS recomienda el uso de una vacuna que no protege totalmente contra la influenza, pero si reduce su severidad y la frecuencias de complicaciones, en correspondencia con las cepas circulantes.^{1, 2, 10,11}

Las IRA altas son un problema común de consulta médica y su clínica inicial es inespecífica, dificultando la determinación de un agente etiológico. Estudios revelan predominio etiológico viral, sin embargo, investigaciones recientes demuestran que bacterias atípicas, principalmente *Mycoplasma pneumoniae*, tienen importante rol como causa de IRA.²

La infección viral aguda febril recurrente en vías aéreas superiores tiene mayor incidencia en los menores de tres años; a mayor edad la incidencia disminuye y ésta no ocurre por déficit inmune, sino por ausencia previa de estímulos antigénicos específicos por virus y las complicaciones disminuyen al disminuir la incidencia.¹²⁻¹³

En Cuba, se brinda una asistencia integral a toda la población, en especial a los grupos de riesgo como son los niños menores de 5 años.¹⁴

Por otro lado, el síndrome bronquial obstructivo (SBO) y las neumonías son afecciones frecuentes en los niños y motivan mayor cantidad de consultas en atención primaria y pueden originar hospitalizaciones, predisponer a enfermedades crónicas e incluso producir la muerte del menor.^{15, 16}

La faringoamigdalitis cuya etiología es viral en un 80% de los casos, se presenta predominantemente en niños de 5 a 15 años y muy raramente aparece en menores de 2 años, sobre todo al final del invierno y comienzo de primavera. La enfermedad es autolimitada y los pacientes suelen resolver al 3er. día en un 40 % de los casos y a la semana en el 85 %, sea o no de etiología estreptocócica.¹⁶

Otros autores concluyeron que los lactantes con leche materna exclusiva hasta los seis meses son significativamente protegidos contra infecciones por pneumococos, independientemente de la vacunación pneumocócica.¹⁷

La lactancia materna exclusiva asegura el crecimiento normal del niño pequeño y lo protege de infecciones respiratorias. El abandono de esa práctica saludable, unido a la presencia de desnutrición, incrementa el riesgo de adquirir infecciones respiratorias, lo que se evidenció en los niños de ese estudio. Se conoce que la no administración de leche materna impide que anticuerpos contra gérmenes como el virus sincitial respiratorio, la influenza y el rinovirus, se transmitan al niño.

El peso al nacer con cifras inferiores a 2500 g es una de las causas más importantes de mortalidad infantil y perinatal; estos niños tienen múltiples problemas posteriores tanto en el periodo perinatal como en la niñez, y dentro de éstas, se encuentran: la deficiente adaptación al medio y las infecciones respiratorias.

En Cuba, el Programa Nacional de Atención y Control de las IRA plantea la ausencia de lactancia materna y desnutrición proteica como los principales factores de riesgo en la aparición de las IRA. Todos los niños son susceptibles de desarrollar la infección, por lo que la mejor estrategia de prevención podría ser la vacunación universal pediátrica y la lactancia materna se le considera como la primera vacuna que recibe el niño.¹⁸

La lactancia materna tiene propiedades antiinfecciosas que protegen al niño de infecciones por virus, bacterias y parásitos en los primeros meses de vida. El papel preventivo del calostro contra las infecciones se completa con su riqueza en células vivas, los macrófagos son abundantes, secretan lisozimas y lactoferrinas y los linfocitos producen IGA e interferón que posee actividad antiviral.

El asma bronquial aparece a cualquier edad pero más frecuente en niños. En nuestro país existen factores determinantes del asma como son las IRA, sobre todo las víricas de las vías respiratorias superiores, los contaminantes ambientales fundamentalmente en el hogar como es el hábito de fumar, considerados éstos junto a la no lactancia materna factores contribuyentes al asma bronquial.¹⁰

Se demuestra en este trabajo que las afecciones a la salud humana causadas por IRA tienen mucha relación con FR ambientales como la contaminación atmosférica, los cambios bruscos de temperatura y el contacto con pacientes con IRA.

Las afecciones a la salud humana causadas por las IRA tienen mucha relación con FR ambientales como la contaminación atmosférica. Estudios que se den en cooperación entre las áreas de la salud y del medio ambiente, son indispensables para identificar el estado del aire que se respira en relación con las IRA y como factor necesario para atacar el problema y brindar alternativas y soluciones, es vital la integración de estos campos en pro de mejorar con apoyo administrativo y desde la academia, las necesidades básicas ambientales, apoyados en campañas y proyectos educativos en salud y medio ambiente.¹⁰

La prevalencia del hábito de fumar en algún miembro del hogar tal como nuestro hallazgo ha sido considerada un importante FR de las IRA en niños de diferentes edades. La inhalación pasiva de humo en los niños de familias fumadoras es una causa importante de infecciones respiratorias, debido a las alteraciones que se producen en la superficie de la mucosa pulmonar. Estos resultados están mostrando la necesidad de hacer comprender a la madre, quien se supone está más horas dentro del hogar al lado de niño, el daño que hace a su hijo el hábito tabaquista. Es imposible vivir sin respirar y la calidad del aire dentro y fuera de la vivienda es fundamental. De ella dependen muchas enfermedades alérgicas y respiratorias. En muchos hogares de estos niños se fuma dentro de la vivienda y estos pacientes son especialmente vulnerables a los efectos nocivos del humo del tabaco.

En la actualidad, no existe una vacuna registrada para prevenir la infección por virus respiratorio sincitial (VSR) y la lactancia materna ofrecería cierta protección, evitando gravedad de la infección por VSR. Para prevenir la infección en el hogar se debe lavar las manos antes de atender a los lactantes y evitar la exposición de éstos a personas con infecciones respiratorias agudas. Los niños que requieren

hospitalización deben mantenerse idealmente en aislamiento respiratorio, sin embargo, esta medida muchas veces no resulta práctica, por lo que generalmente se recomienda aislamiento de contacto.

Estos autores refieren el hábito de fumar como factor importante en la aparición de las IRA. La presencia de FR modificables asociados, hace posible considerarlos para concentrar esfuerzos en su modificación, y con ello, reducir la incidencia de este todavía importante problema sanitario.¹

Las IRA tienen una alta frecuencia, su control resulta difícil y en su aparición juegan un papel importante los factores socioeconómicos y ambientales, FR como el hábito de fumar y la polución que favorecen su aparición.

Se debe tratar de disminuir los factores coadyuvantes que en un momento dado aumentan la incidencia de las IRA como son: el hacinamiento, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo.

Es importante recordar que el resfriado común es una enfermedad autolimitada, de pronóstico bueno, por lo cual más que recetar cualquier medicamento, debe explicársele adecuadamente a la familia el curso usual de la enfermedad y que cualquier alteración en la secuencia habitual tanto en la duración como en la intensidad de los síntomas, sirva para detectar posibles complicaciones

Estos FR pueden ser modificados y ayudarían a disminuir la presencia de las IRA en niños de 0 a 14 años, si se tiene en cuenta una percepción futura de riesgo en nuestro país, en el que existen todas las condiciones necesarias para aumentar el grado de escolaridad a todo el que desee.

Se debe identificar la presencia de FR y educar a la madre sobre la evolución natural de la enfermedad: sobre la tos como un mecanismo de defensa que se debe facilitar fluidificando las secreciones con agua, sobre la inutilidad y toxicidad de los antibióticos, antitusígenos y antihistamínicos y sobre la identificación de los signos de alarma, para traer lo más pronto posible al niño a consulta. Así, ante tanto que hacer, la consulta médica de un niño con catarro común no debe ser más corta que la de una neumonía. Ésta debe ser una oportunidad bien aprovechada para educar a la madre sobre todos esos aspectos y para realizar las acciones correspondientes a una atención integral como hemos visto antes.

Se diría que: en vez de recetar mucho, se debe educar mucho.

Se concluye que aún existen múltiples causas y factores de riesgo de las IRA en nuestro medio, muchos de ellos modificables si se aplican adecuadamente todas las orientaciones de la medicina preventiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valcárcel VI, Razón BR, Ramos CT, Cantillo GH, Reyes LM, De Armas Morales I, et al. Sibilancias recurrentes en el niño. Rev Cubana Pediatr.[Internet]. 2008 [Citado en nov de 2010]; 80(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol80_4_08/ped01408.htm

2. Ruznierz G, Cociglio R, Pierini J, Malatini M, Walker A, Millán A. Infección respiratoria aguda por adenovirus en niños hospitalizados de Santa Fe. Arch.

argent. pediater. [Internet]. jun.2007 [Citado en nov de 2010]; 105(3): [Aprox. 4p.]. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000300007&lng=es

3. Pinchak MC, Hackembruch C, Algorta G, Rubio I, Montano A, Pérez MC, et al. Estrategia de atención hospitalaria de niños con infección respiratoria aguda baja. Arch. pediater. Urug. [Internet]. mar.2007 [Citado en nov de 2010]; 78(1): [Aprox. 7p.]. Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp78-1/pdf/adp78-1_4.pdf

4. Barrios P, Le Pera V, Icardi A, Chiparelli H, Algorta G, Stoll M, et al. Infecciones intrahospitalarias por adenovirus en niños asistidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2001-2006. Rev. méd. Urug. [Internet]. jun.2009 [Citado en nov de 2010]; 25(2): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v2/art5.pdf>

5. Del Nogal B, Vigilancia P, Rivera Olivero I, Bello T, De Waard JH. Estado de portador de Streptococcus pneumoniae y morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en la población infantil Warao. Arch. venez. pueric. pediater. [Internet]. ene.-mar. 2006 [Citado en nov de 2010]; 69(1): [Aprox. 5p.]. Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=39158&id_seccion=1755&id_ejemplar=4032&id_revista=113

6. Prado SA, Perret PC, Montecinos PL, Veloz BA, Le Corre PN, Habash AL, et al. Metapneumovirus humano como causa de hospitalización en niños bajo 3 años de edad, con infección respiratoria aguda, durante el año 2004. Rev. chil. infectol. [Internet]. feb. 2007 [Citado en nov de 2010]; 24(1): [Aprox. 7p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182007000100003&script=sci_arttext

7. Agudelo CI, Moreno J, Sanabria OM, Ovalle MV, Di Fabio JL, Castañeda E. Streptococcus pneumoniae: evolución de los serotipos y los patrones de susceptibilidad antimicrobiana en aislamientos invasores en 11 años de vigilancia en Colombia (1994-2004). Biomédica (Bogotá). [Internet]. jun.2006 [Citado en nov de 2010]; 26(2): [Aprox. 15p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84326207>

8. Díaz Castrillo AO, Alvarez Toste I, Tamargo Rodríguez N, Garbayo del Pino L, Formental Hidalgo B, Trespacios Brey L. Brote de infección respiratoria aguda en una escuela primaria de Ciudad de La Habana. Rev. habanera Cienc. Méd. [Internet]. 2008 [Citado en nov de 2010]; 7(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/rhcm_vol_7num_3/rhcm15308.htm

9. Piloto MM. Estadística Piloto: paquete estadístico digital educacional para las investigaciones epidemiológicas. Rev. de Ciencias Médicas. [Internet]. octubre 2010 [Citado en nov de 2010]; 14(4). Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/709>

10. Álvarez Síntes R. Infecciones respiratorias agudas. En: Temas de Medicina General Integral. t-2. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 56-58.

11. Morales de León J, de la Cruz Pinzón C, Escamilla Arrieta JM, Jaramillo C, Lequerica Segrera PL, Parra Chacón E, et al. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Proyecto ISS-ASCOFAME infección respiratoria aguda. Asociación

colombiana de FACULTADES DE MEDICINA-ASCOFAME; 2010. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/infeccion%20respiratoria.pdf>

12. Pigeon-Oliveros H. Incidencia y complicaciones de las infecciones respiratorias agudas en niños que asisten a estancias infantiles. Act Med Gpo Ang. [Internet]. 2008 [Citado en nov de 2010]; 6 (1): [Aprox. 8p.]. Disponible en:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=32&IDARTICULO=15345&IDPUBLICACION=1571>

13. Moreno L. Infecciones respiratorias y sibilancias en pediatría. ¿Qué lugar ocupa el rinovirus?. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2009 Oct [citado 2010 Nov 12]; 107(5): [Aprox. 2p.]. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500003&lng=es

14. Álvarez Castelló M, Castro Almarales R, Abdo Rodríguez A, Orta Hernández SD, Gómez Martínez M, Álvarez Castelló MP. Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2008 Mar [citado 2010 Sep 03]; 24(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100011&lng=es

15. Rubio Batista J. Diagnóstico precoz de la neumonía en niños. Rev Electron. [Internet]. jul.-sep. 2008 [citado 2010 Sep 03]; 33(3). Disponible en:

http://www.ltu.sld.cu/revista/index_files/articles/2008/julio-sept2008/julio-sept08_3.html

16. Salazar LE, Alonso Carbonel L, García Milián AJ, Torrientes BN, Delgado Martínez I, Calvo Barbado D. Guía de práctica clínica para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas: faringoamigdalitis y sinusitis aguda. Centro para el desarrollo de la Farmacoepidemiología. Boletín de información terapéutica para la APS. [Internet]. septiembre 2008 [citado 2010 Sep 03]; 23: [Aprox. 8p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/cdfc/files/2010/01/boletin-fa-y-sinusitis.pdf>

17. Lopes Claudia RC, Berezin Eitan N. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes / Factores de riesgo y protección de la infección respiratoria aguda en lactantes / Risk and protective factors of acute respiratory infections in infants. Rev. saúde pública. [Internet]. 2009 [citado 2010 Sep 03]; 43(6): [Aprox. 4p.]. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/15.pdf>

18. Vega-Briceño L, Figueroa MJ, Jofré L. Eficacia y seguridad de la vacuna influenza en niños: detrás de la evidencia. Neumol. pediátr. [Internet]. 2009 [citado 2010 Sep 03]; 4(1): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.neumologia-pediatria.cl/pdf/200941/EficaciaSeguridad.pdf>

Para correspondencia:

Lic. Yamilka Oliva González. Especialista de Primer Grado en Enfermería Comunitaria. Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Pinar del Río. Correo electrónico: ceea@princesa.pri.sld.cu
