

Conducta de Infecciones Respiratorias Agudas con/sin Neumonías en menores de 5 años del Centro de Salud “San Benito”, Abril-Junio del 2010

Conduct of acute respiratory infections with / without Pneumonia, 5 years in “San Benito” health center, april-june 2010

Alfredo Chuca Tumiri¹, Jimena Choque Verduguez¹, Maria Julia Perez Terceros¹, Edson Escobar Melendres¹

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

Correspondencia a:
Jimena Choque Verduguez
jime_w19@hotmail.com

RESUMEN

Se asume como Infección Respiratoria Aguda al conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos, con evolución menor a 15 días, donde la forma más común de presentación, es la Rinofaringitis Aguda Catarral; con la presencia de signos clínicos, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre y que en ocasiones se complican con neumonía.

El objetivo del presente trabajo es determinar cuál es la prevalencia y terapéutica de infecciones respiratorias agudas con o sin neumonías en niños menores de 5 años que acudieron por consulta externa en el Centro de Salud San Benito. Es un estudio descriptivo transversal, se incluyó a todos los niños (500 niños) con diagnóstico de infección respiratoria aguda, menores de 5 años, pesquisados en la gestión 2010 del 1 de abril al 30 de junio. Según los resultados, en la distribución por sexo se muestra una mayor población infantil masculina afectada, con 260 (58.8%) en relación a la femenina con 240 (41.2 %). Del total de los 500 niños con Infecciones respiratorias agudas, 450 (95.3 %) se diagnosticaron como IRA sin neumonía y solamente 25 casos (4.7 %) como IRA con neumonía.

En conclusión la prevalencia de las IRA fue de un 36,4 %; la mitad de los casos de IRA ocurrió en el grupo de los RN a 3 años, lo que nos indica la gran necesidad de realizar investigaciones futuras que hagan un seguimiento continuo de la morbilidad e intervenciones que se traduzcan por una disminución de la mortalidad infantil por estas causas.

ABSTRACT

Is assumed as Acute Respiratory Infection all respiratory tract infections caused by microorganisms, with less than 15 days evolution, where the most common presentation is the acute catarrhal Rhinopharyngitis with the presence of one or more symptoms or clinical signs, which may or may not be accompanied by fever and sometimes complicated with pneumonia.

This study aims to determine the prevalence and treatment of acute respiratory infections with or without pneumonia in children under 5 years who came for outpatient Health Center in San Benito. It is a transversal descriptive study, included all children (500 children) with a diagnosis of acute respiratory infection, researched children under 5 years, in the management 2010 from April 1 to June 30. According to the results, the distribution by sex shows a larger male child population affected, with 260 (58.8%) in relation to the female with 240 (41.2%). Of the total of 500 children with acute respiratory infections, 450 (95.3%) were diagnosed as IRA without pneumonia and only 25 cases (4.7%) such IRA with pneumonia. In conclusion the prevalence of IRA was 36.4%; half of IRA cases occurred in the group of the RN to 3 years, which indicates the great need for further research to make a continuous monitoring of morbidity and interventions that are translated by a decrease in child mortality due to these causes.

INTRODUCCIÓN

Se asume como Infección Respiratoria Aguda (IRA) al conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos, con evolu-

ción menor a 15 días, donde la forma más común de presentación es la Rinofaringitis Aguda Catarral, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia,

Palabras claves: Neumonía, IRAs, niños, conducta.

Keywords: Pneumonia, IRAs, younger patients.

Abreviaturas utilizadas en este artículo:

IRAs = Infecciones Respiratorias Agudas
RN = Recién Nacido
ENDESA = Encuesta Nacional de Demografía y Salud
VRS = Virus Sincitial Respiratorio
CS = Centro de Salud

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación:
29 de octubre de 2011
Aceptado para publicación:
9 de diciembre de 2011

Citar como:
Rev Cient Cienc Med
2011;14(2): 12-15

otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre y que en ocasiones se complican con neumonía.

Las IRAs constituyen la primera causa de consultas médicas y de morbilidad tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. La presencia de éstas en menores de cinco años es independiente de las condiciones de vida y grado de desarrollo. La diferencia no radica en el número de episodios sino en su gravedad¹.

En los países en vías de desarrollo las IRAs representan uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de 5 años y están fuertemente asociados a los factores de riesgo.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) de 1994, 12,7% de niños de 0 a 5 meses y 24,5% de 6 a 11 meses de edad presentaron tos y dificultad respiratoria las dos últimas semanas antes de la encuesta; de los cuales menos de la mitad fueron llevados a los servicios de salud en búsqueda de ayuda². El grado de acceso a los servicios de salud es un elemento clave que explica esta diferencia: las IRAs son una de las principales causas de consulta y hospitalización en los países en desarrollo.

El presente estudio fue diseñado con el fin de determinar cuál es la prevalencia y terapéutica de Infecciones Respiratorias Agudas con o sin Neumonías en niños menores de 5 años que acudieron por consulta externa en el Centro de salud San Benito en el periodo del 1 de Abril al 30 de Junio del 2010.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo, retro-prospectivo y transversal.

El universo fueron todos los niños/as que habitan en la Localidad de San Benito, haciendo un total de 3.986, de los cuales 2.213 son menores de 5 años² y 500 fueron los que acudieron a consulta.

Se utilizó como criterios de inclusión: todos los niños y niñas menores de 5 años que acudieron a consulta externa en el CS de San Benito con patología respiratoria en el periodo del 1 de Abril al 30 de Junio del 2010.

Criterios de exclusión: todo paciente mayor de 5 años que acudió a consulta externa en el CS de San Benito con patología respiratoria en el periodo del 1 de Abril al 30 de Junio del 2010 y todo paciente menor de 5 años referido que acudió al CS de San Benito con otra patología en el mismo periodo.

La fuente de origen de la información, fueron las historias clínicas de los pacientes, seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.

RESULTADOS

Los 500 niños incluidos en el estudio corresponden al 36.4 % del total de las consultas pediátricas (500 pacientes que acudieron a la consulta externa) del CS "San Benito" en el periodo estudiado.

En cuanto a la distribución por sexo, se muestra una mayor población infantil masculina 260 (58.8%), con relación a la femenina con 240 (41.2 %). Referente al grupo de edad, el grupo que representó mayor frecuencia es de 1 a 3 años con 40.3% y menores de 1 año con 37.6% (Gráfico 1).

En relación a la frecuencia mensual de aparición de IRAs se observó que no hubo ninguna tendencia mensual observándose una mayor presentación de casos en el mes de mayo con 79 (12.9 %) en relación al mes de menor presentación, noviembre con 38 (6.2%) (Gráfico 2).

Del total de los 500 niños con IRAs, 475 (95.3 %) se diagnosticaron como IRA sin neumonía y 25 casos (4.7 %) como IRA con neumonía (Gráfico 3). La distribución por sexo de los casos con diagnóstico de IRA sin neumonía e IRA con neumonía podemos observar que el sexo con mayor prevalencia es el masculino (Gráfico 4).

El grupo de edad de mayor prevalencia en los casos de IRAs con y sin neumonía es: 1 a 3 años (Gráfico 5). Esto nos indica que el riesgo de contraer una IRA es inversamente proporcional a la edad de los niños (Gráfico 6).

En relación a la presentación mensual no se ha observado ninguna tendencia, sin embargo existe un contraste resaltado en relación a los meses del año ya que las IRAs con neumonía presentan su valor máximo en enero (24,1%) y el mínimo en Julio, Agosto Septiembre, Noviembre, Diciembre (3,4 %) (Gráfico 7). Las IRAs sin neumonía presentan una frecuencia más homogénea (Gráfico 8).

El medicamento que más se emplea en el tratamiento de las IRAs es el Paracetamol (32%), después la Eritromicina y el de menor uso es el Cloranfenicol (Gráfico 9).

Referente a la relación medioambiental y sociocultural, se observó un incremento de las IRAs con neumonías en niños con padres de bajos recursos económicos y nivel de educación en relación con los padres con un nivel económico y de educación estándar; así también el acudir a consulta es mayor en padres con nivel socioeconómico estándar previniendo las neumonías.

DISCUSIÓN

Las IRAs constituyen una prioridad mundial formando parte de las cinco acciones básicas de Salud preconizadas por la OMS, siendo considerada por

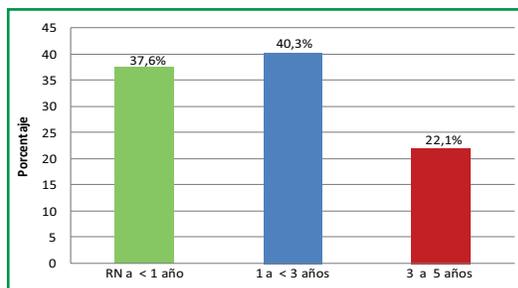


Gráfico 1: Distribución de las IRAs según grupo de edad.

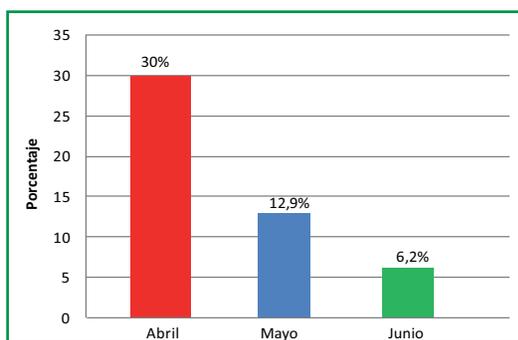


Gráfico 2: Frecuencia mensual de aparición de IRAs.

algunos autores como aquella de más difícil intervención debido a las dificultades inherentes a su prevención y a su estandarización diagnóstica que toma particular importancia en nuestro país.

Ampliamente discutidos han sido los irritantes respiratorios como factores de riesgo en las IRAs, recibiendo un énfasis especial la exposición al humo del tabaco, donde se plantea que el riesgo de padecerlas se incrementa sustancialmente cuando los niños se exponen al mismo. Algunos autores plantean que el riesgo es mayor cuando ambos padres son fumadores⁸, incluso se reporta que el hábito de fumar durante el embarazo predispone al bebé a padecer de IRAs⁹.

En la literatura se ha descrito que los virus respiratorios son los agentes causales más frecuentes de la neumonía durante los primeros años de vida; en esta investigación se confirma lo mencionado ya en el CS “San Benito” de la ciudad de Cochabamba, la mayoría de las neumonías tienen origen vírico, re-

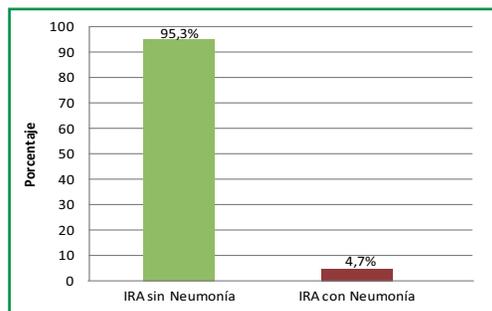


Gráfico 3: Frecuencia de IRAs con/sin neumonía.

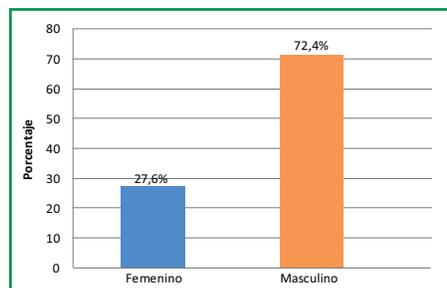


Gráfico 4: Distribución por sexo de IRAs con/sin neumonía.

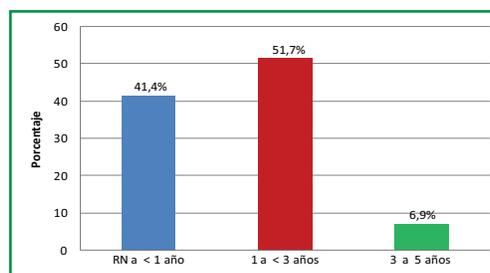


Gráfico 5: Distribución de IRAs con/sin neumonía según grupo étnico.

gistrando como principal agente causal al VRS^{5,4}. La mortalidad infantil se distribuye en casi partes iguales entre mortalidad neonatal (37 por mil) y posneonatal (39 por mil). De manera similar, el país tiene una tasa de mortalidad alta en niños menores de cinco años, llegando a 116 por mil nacidos vivo. Nuestro estudio revela y comprueba esta afirmación.

La prevalencia de IRAs observada fue de 36,4 %, lo que concuerda con la literatura; se observó una prevalencia estadísticamente mayor entre los lactantes, como se propone habitualmente en la literatura.

Investigaciones anteriores demuestran que los menores de 5 años, de manera especial los menores de 1 año, son los más propensos a adquirir neumonía⁶. Los niños con IRA se ha encontrado predominio por el sexo masculino, cosa que es habitual en estudios similares al nuestro⁷.

La prevalencia observada de diagnósticos de neumonía concuerda con la referida en la literatura. La prevalencia de las IRAs fue de un 36,4 %, lo que nos indica la gran necesidad de realizar investigaciones futuras que hagan un seguimiento continuo de la morbilidad e intervenciones que se traduzcan una disminución de la mortalidad infantil por estas causas.

La mitad de los casos de IRA ocurrió en el grupo de los RN a 3 años, lo cual demuestra la necesidad de vigilancia continua a estos grupos de edad por medio de consultas concertadas y sistematizadas, además de una posible intervención en los factores de riesgo asociados a las enfermedades respiratorias.

En relación a las IRAs con neumonía, son las mayores responsables de las hospitalizaciones y muertes

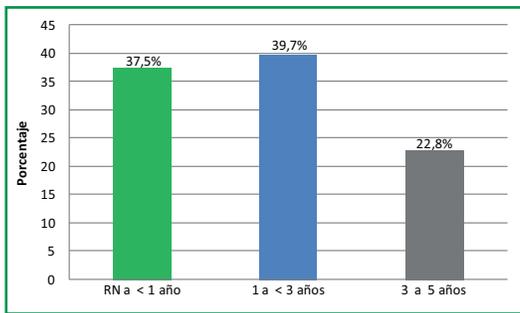


Gráfico 6: Distribución de IRAs sin neumonía según grupo etéreo.

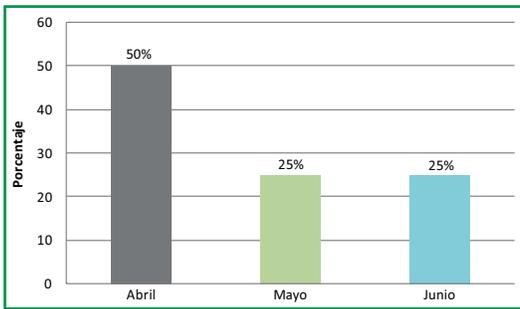


Gráfico 7: Distribución de IRAs con neumonía según mes.

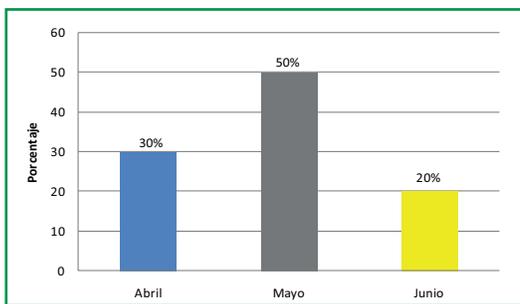


Gráfico 8: Distribución de IRAs sin neumonía según mes.

de los niños; en nuestro estudio se encontró un número de relativamente bajo, lo que de ninguna manera deberá mitigar el reforzamiento de la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoces, así como de un seguimiento adecuado en el sentido de evaluar

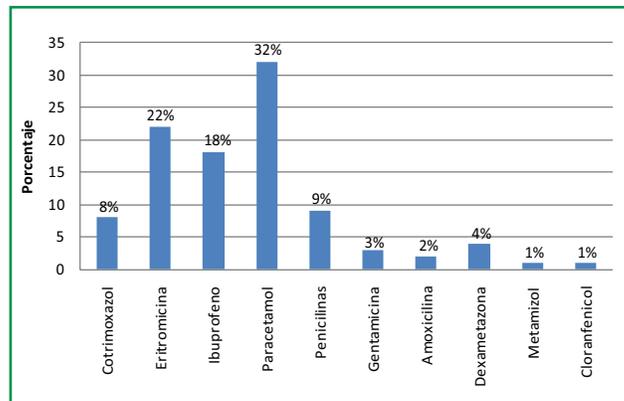


Gráfico 9: Terapéutica de IRAs en el CS San Benito.

e interferir sobre los factores de riesgo que pueden contribuir a una mayor mortalidad.

REFERENCIAS

1. Correa AG, Starke JR. **Bacterial pneumonias.** In *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. 6th edition, Saunders Company, 2002; págs 485-503.
2. Instituto Nacional de Estadística. **Bolivia: niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad infantil.** Disponible en URL: <http://www.ine.gov.bo/PDF/MortalidadInfantil/Infantil0.pdf>.
3. **Estudio Etnográfico Focalizado de las Infecciones Respiratorias Agudas.** HMP/ARI 1393 OPS/OMS.
4. Behrman R, Robert M Kliegman, Jenson H; **Tratado de Pediatría de Nelson;** Volumen II; 16ª Ed, México DF; McGraw-Hill Interamericana; 2000: 1409 – 12.
5. McIntosh K., **Neumonía Adquirida de la Comunidad en Niños,** *The New England Journal of Medicine* v.50, 2003: 70-83.
6. Farreras P Valentí, Rozman C. **Medicina Interna,** 15ª ed. Editorial Elsevier España S.A., Madrid-España 2002, vol. II; 253: 2368-2369, 794, 799-801.
7. Razón, Tamargo, Morales A., Cantillo. **Brote epidémico de neumonías por Legionella pneumophila en niños cubanos,** *Revista Cubana de Pediatría* v.74 n.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2002.
8. Newton DA. **Sinusitis.** *Prim care* 2000; 23(4): 701-17.
9. **Prevalencia de infecciones respiratorias en la población de San Marcos de Guatemala;** Dra. Elisa Barrios; 2003.