

Reseñas

TRATAMIENTO CLINICO DE CASOS INFANTILES DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS¹

Las infecciones respiratorias agudas causan elevadas tasas de morbilidad y de mortalidad, particularmente en lactantes y niños. El objetivo de cualquier programa encaminado a combatirlas debe ser, por tanto, prevenir la defunción por esa causa mediante el tratamiento eficaz de los pacientes afectados. En ese sentido, el establecimiento de pautas para el tratamiento clínico de las infecciones agudas de las vías respiratorias como parte de la atención primaria de salud es una de las actividades prioritarias de la OMS. Antes de iniciar un extenso programa de investigaciones, la OMS estimó conveniente reunir algunos profesionales del sector de salud con amplia experiencia en el tratamiento de casos infantiles de infecciones respiratorias agudas para deliberar con varios grupos interesados de la secretaría sobre la clasificación de los síntomas y la terapéutica indicada en las condiciones de atención infantil predominantes en los países en desarrollo.

Importancia del problema

Consideradas en grupo, las enfermedades transmisibles de las vías respiratorias son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en muchos países.

De 1970 a 1973 el número de defunciones por infecciones respiratorias agudas notificadas por 88 países miembros para un período de 12 meses ascendió a 666 000. La suposición de que el resto de la población mundial está sujeta a una tasa similar de mortalidad significaría que anualmente hay unos 2 200 000 de defunciones por infecciones respiratorias agudas en todo el mundo.

El análisis de la distribución de las diferentes clasificaciones clínicas de las infecciones respiratorias agudas indica que la principal causa de mortalidad se atribuye a las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, en forma de bronquiolitis y neumonía. La neumonía *per se* causa el 75% de todas las defunciones notificadas por infecciones respiratorias agudas y el 46%, si se consideran todas las enfermedades respiratorias en general. Constituye, además, el 4,8% de todas las causas de mortalidad. La etiología de esta enfermedad, no obstante, se desconoce a menudo.

La proporción de "mortalidad por infecciones respiratorias agudas" en relación con la "mortalidad por *todas* las causas" presenta grandes diferencias entre las regiones al analizar la información obtenida de grupos de diferentes edades, que es útil para la planificación de actividades prioritarias en los programas de salud de la comunidad: la mortalidad por infecciones respiratorias agudas es más elevada en lactantes y niños menores de cinco años, entre los

¹ Versión condensada del Informe de una reunión consultiva de la Organización Mundial de la Salud sobre el tratamiento clínico de casos infantiles de infecciones respiratorias agudas, celebrado en Ginebra, Suiza, del 5 al 7 de junio de 1980. La versión completa se publica en inglés en *Bull WHO* 59 (5), 1981.

que puede representar hasta el 27% de todas las defunciones notificadas de personas de esa edad, en algunos países. El porcentaje para el continente americano es 3,7 para América del Norte, 17,2 para las zonas tropicales y 11,9 para las zonas templadas de América del Sur, y 20,3 para América Central. La tasa respectiva de mortalidad por neumonía (inclusive influenza) en el grupo de 0 a 5 años en América del Norte es del 13,2 por 100 000; si sólo se consideran los lactantes menores de un año, es del 50,1 por 100 000. En las zonas tropicales de América del Sur, las tasas para esos dos grupos son 281,8 y 925,5, respectivamente; en las zonas templadas, sólo 142,0 y 536,4 casos de neumonía por 100 000 habitantes por año. En las zonas continentales de América Central, las tasas ascienden a 320,1 para el grupo de 0 a 1 año, y a 1 052,4 para menores de un año. A este respecto es preciso recordar que en muchos países la información obtenida está sujeta a muchas limitaciones y variaciones cualitativas y que allí donde la población rural tiene servicios de salud poco satisfactorios, la notificación de defunciones de lactantes es muy insuficiente.

Varias encuestas de morbilidad realizadas en comunidades de diferentes partes del mundo demuestran que los niños sufren entre tres y cinco episodios de infecciones respiratorias agudas al año. Así, en la mayoría de las estadísticas de los países en desarrollo, las infecciones respiratorias agudas representan más de la tercera parte de las consultas en dispensarios de pediatría. No obstante, hay poca información disponible para determinar cuántos niños mueren de esas infecciones sin haber recibido atención en los servicios de salud.

Objetivos del programa

Para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en los niños es necesaria mayor información sobre la patogenia de esas enfermedades con respecto a agentes etiológicos y factores ambientales.

El conocimiento respecto del tipo de infecciones graves, especialmente de las infecciones de vías respiratorias inferiores que afectan a diferentes sectores de la población, permitirá identificar los grupos de alto riesgo. Además de información estadística sobre patogenia es preciso adquirir mayores conocimientos sobre la importancia relativa que pueden tener las complicaciones y otros factores como la falta de oxígeno, la deshidratación, la acidosis, la malnutrición y la falta de medicamentos antibacterianos. No obstante, casi todas las infecciones respiratorias agudas se curan espontáneamente. Esta es una consideración importante puesto que cuando se presentan esas infecciones muchas veces el paciente cuida de sí mismo y toma los medicamentos que estima conveniente. Los administradores de programas de salud deben encontrar la respuesta a la pregunta siguiente: ¿es posible mejorar la atención que el paciente se dispensa a sí mismo mediante educación en salud de la familia? y de ser así, ¿hasta qué punto?

Educación en salud de la familia y la comunidad

Se reconoce que cierta proporción de las defunciones causadas por infecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores puede atribuirse al hecho de que se lleve a los niños muy tarde a los servicios de salud, es decir cuando ya están demasiado enfermos para responder al tratamiento, aunque éste se administre en un hospital. Ello se debe muchas veces a que los padres ignoran la importancia de los principales síntomas de las enfermedades infecciosas más frecuentes que ocasionan elevadas tasas de mortalidad en lactantes y niños de corta edad. Por ende, urge establecer un programa educativo para los padres y otras personas que suministran cuidados a los niños con respecto a síntomas y signos de peligro tales como respiración rápida, retracción torácica y cianosis.

Al mismo tiempo, debe enseñarse a los padres el cuidado del niño enfermo. Tal vez los padres ignoren la importancia de proporcionar al niño suficientes líquidos (té, jugos de frutas, etc.) o una temperatura ambiente media. La atención dispensada al niño enfermo es importante tanto si éste tiene una infección respiratoria leve que se cura espontáneamente, como una grave. De hecho, cuando un niño que padece una infección respiratoria aguda recibe atención apropiada se evita que el caso leve se agrave.

La educación en salud de la familia debe recibir, por tanto, atención prioritaria pues, al parecer, es de un gran valor para reducir la elevada mortalidad causada por las infecciones respiratorias agudas. A este respecto es importante la cooperación de los maestros y otras personas conocidas en la comunidad, y que merezcan la confianza de los padres. La partera tradicional de la aldea es a menudo la persona indicada para encargarse de impartir la educación en salud: las familias la conocen bien y su función en la comunidad está bien definida. El auxiliar de la aldea (agente de atención primaria de salud) también sería una persona apropiada para desempeñar esa función.

Ahora bien, los servicios de salud deben estar en condiciones de atender las solicitudes de asistencia. Será preciso disponer de tratamiento apropiado en los niveles primario y secundario o intermedio de servicios de salud, en el momento de señalar a la atención de la comunidad el problema que constituyen esas infecciones. Desde el principio, la educación en salud de la comunidad y el establecimiento de instalaciones de atención de salud deben ser simultáneos.

Durante las visitas al puesto o centro de salud (por ejemplo, para administrar vacunas), el auxiliar de salud indica cuáles son los signos de peligro y enseña a las madres los principios de atención casera del niño enfermo. Los principales síntomas explicados en palabras sencillas deben ser los

mismos en que se basan los auxiliares (por ejemplo, en los diagramas de decisión) para identificar los problemas de salud. El adiestramiento uniforme de los auxiliares de salud garantiza su capacidad de dar a la comunidad la información necesaria sobre la clase de servicios ofrecidos, los síntomas principales de enfermedad que exigen la atención del auxiliar y, también, lo que los padres pueden y deben hacer en casa cuando un niño tiene una enfermedad infecciosa. Es posible usar (o adaptar) parte del material sencillo de adiestramiento de auxiliares y otro personal de salud para educar a los padres.

La eficacia de un programa educativo específico para la comunidad en el caso de infecciones respiratorias agudas, se puede evaluar en términos del "número de niños atendidos en los servicios por causa de las formas más graves de esas infecciones" antes y después de poner en marcha el programa educativo de la comunidad, en comparación con el "número de casos leves para los que el servicio no necesita dispensar tratamiento antibacteriano" pero que los padres pueden atender en casa. Otro criterio para evaluar el efecto de la educación específica de la comunidad sería el "lapso transcurrido entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que se procura la asistencia médica en el caso de las infecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores".

Diagramas de decisión para el diagnóstico y medidas apropiadas para el tratamiento

Por causa de la importancia cada vez mayor que la OMS ha dado a la atención primaria de salud, se hizo evidente que era necesario idear medios educativos para los auxiliares de salud que trabajan sin supervisión directa y constante. Esos medios permitirían a los auxiliares seleccionar los pacientes y atender cada caso en forma apropiada (tratamiento, envío, vigilancia ulterior, etc.)

para proteger al individuo y a la comunidad. Como medio educativo los diagramas han sido muy útiles en enseñanza y aprendizaje, puesto que suministran puntos claros de referencia tanto para los maestros como para los alumnos. En la práctica, son muy importantes para los auxiliares de salud que trabajan sobre el terreno y para los supervisores encargados de vigilar los resultados de los programas.

Los diagramas pueden iniciarse por los síntomas que incitan al paciente a buscar ayuda, o por los signos clínicos que observa el auxiliar de salud, lo que conduce al diagnóstico. El primer elemento, no obstante, puede ser también el diagnóstico propiamente dicho y, en ese caso, el diagrama sirve para determinar el tratamiento. Hasta ahora, los diagramas se han dirigido principalmente a los auxiliares de salud de nivel intermedio (con un grado de instrucción definido). La fase más difícil del programa es el establecimiento de sistemas de tratamiento que los auxiliares de aldea puedan usar para resolver problemas prioritarios de salud, como el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas y, en particular, de las vías respiratorias inferiores. Al nivel periférico, el diagnóstico en sí tiene poca importancia. Lo que importa es proporcionar al paciente el mejor tratamiento posible bajo las limitaciones existentes a nivel de la aldea.

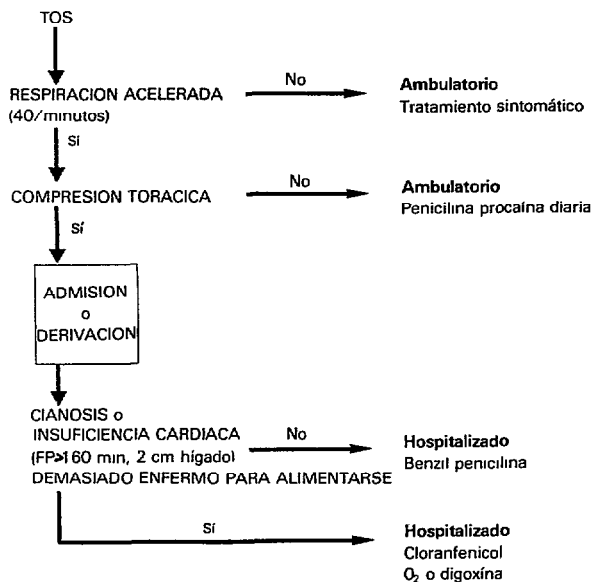
Según los síntomas y signos que se incluyan, el diagrama tendrá una cierta sensibilidad y especificidad para detectar el estado patológico que se investiga. Si el criterio se escoge de modo que haya una gran sensibilidad, la especificidad disminuirá, y viceversa. Ello significa que un plan demasiado sensible dará como resultado un diagnóstico que exija excesivos tratamientos; un plan demasiado específico resultará en insuficientes diagnósticos y tratamientos. Será preciso encontrar un equilibrio óptimo ajustado a los recursos disponibles. Cabe destacar que la sensibilidad de cualquier plan será mayor si la enfermedad se agrava. Así, un

plan que parezca ser poco sensible en el momento de la primera consulta puede ser apropiado para el examen ulterior. El uso de un esquema apropiado y probado aplicable en la práctica puede dar como resultado una mejor atención de salud en la periferia y tal vez también en el hospital. La efectividad de los diagramas depende de la idoneidad del adiestramiento y de la supervisión que se proporcione al personal de salud. Los diagramas deben ir acompañados de instrucciones detalladas sobre la manera de usarlos, los criterios sobre dónde deben iniciarse y diferenciarse, y la forma de obtener las observaciones necesarias. Las instrucciones deben ser claras e inequívocas. Es importante aumentar la eficiencia de los auxiliares de salud a fin de que puedan determinar qué medidas se han de tomar, especialmente cuando no es posible enviar casos a los servicios de salud de nivel inmediatamente superior.

Diagramas de decisión para las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores

La primera decisión que debe tomar un auxiliar de salud consiste en determinar si la enfermedad del paciente es "leve" o "grave". El grupo científico de la OMS sobre virosis respiratorias, reunido en Ginebra en 1979, sugirió como criterio para tomar esa decisión "la respiración difícil o acelerada". Es preciso definir esos términos con mayor exactitud para que sean menos subjetivos. Con ello se evitarán discrepancias innecesarias que, a su vez, pueden resultar en conductas erróneas y resultados no repetibles. Al contemplar la posibilidad de establecer un prototipo de diagrama para el tratamiento de las infecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores (como neumonías) en niños menores de cinco años, es fundamental, antes de considerar ese prototipo para uso general en programas, comunidades o países determinados, observar el procedimiento siguiente:

FIGURA 1— Diagrama para el tratamiento clínico de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años en Papua Nueva Guinea.



1) Empezar a utilizar el diagrama en situaciones prácticas en un número selecto de centros o instituciones de salud en los diferentes niveles del programa y en varias partes del país, a fin de adaptar a las condiciones prevalentes el prototipo de diagrama. Con su ayuda el auxiliar de salud podrá determinar la estrategia apropiada e indicar qué clase de atención se necesita inmediatamente, en qué lugar, qué clase de tratamiento y qué examen ulterior es preciso hacer según el resultado del tratamiento (por ejemplo, “si se tiene éxito, ¿cuál es la medida siguiente?”, o “si no hay ningún cambio, ¿qué se ha de hacer?”, o “si se presenta un nuevo problema, ¿cómo se ha de abordar?”).

2) Vigilar sistemáticamente el efecto del uso de los diagramas en el programa.

3) Realizar estudios prospectivos a fin de correlacionar los signos clínicos con los resultados de la conducta adoptada en los diversos tipos de enfermedad. Cuando sea po-

sible, se debe investigar la etiología de las infecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores mediante exámenes bacteriológicos y virológicos, así como la posible resistencia a los medicamentos que se utilizan más a menudo.

4) La revisión de los diagramas para el tratamiento de las infecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores debe ser una actividad continua del programa. En el tratamiento de esas infecciones es preciso tener en cuenta la experiencia adquirida al poner en práctica el programa, así como los resultados de las investigaciones sistemáticas sobre los servicios de salud, los estudios epidemiológicos y operacionales y las investigaciones básicas, tales como ensayos clínicos controlados que comparan distintos regímenes medicamentosos (en lo que respecta a eficacia terapéutica, toxicidad, etc.). Las investigaciones básicas sólo se pueden realizar en ciertos países que cuentan con las instalaciones necesarias para ese fin.

Pautas de diagnóstico

Después de varios años de ensayo, en Papua Nueva Guinea se ha ideado un diagrama² sumamente sencillo (figura 1), para la conducta clínica en la neumonía en niños menores de cinco años. Después de varios análisis, se consideró que sólo cinco signos clínicos eran esenciales para determinar la terapéutica apropiada o tomar medidas para derivar el caso en niños con tos, a saber: respiración acelerada, retracción torácica, cianosis, insuficiencia cardíaca, y demasiado enfermo para alimentarse.

Se encontró que ese diagrama es muy útil para distinguir entre infecciones agudas "leves" y "graves" de las vías respiratorias inferiores. Excluye, no obstante, otras enfermedades que pueden coexistir con las precitadas (como malaria). Ha de notarse que la fiebre no se incluye entre los cinco signos esenciales. Si bien, la fiebre es a menudo la razón por la que las madres lleven a sus hijos a los servicios de salud, el tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias, no se modifica cuando se utiliza el diagrama, haya fiebre o no. Los casos infantiles de neumonía mortal pueden ocurrir sin que se detecte fiebre en el momento del examen.

El hecho de que puedan existir algunas diferencias entre los países en lo que respecta a los signos básicos que se han de usar en los diagramas para el diagnóstico de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, se ilustra con otro ejemplo: un diagrama ideado en Brasil (São Paulo) para diagnosticar la neumonía en los servicios periféricos de salud (figura 2).

En dicho diagrama se incluyó la fiebre, junto con la tos y la disnea (o dificultad para respirar), como un síntoma esencial para el diagnóstico de la neumonía. Cuando el paciente tiene los síntomas indicados, se

administran antibióticos según el diagrama, siempre y cuando no haya erupción cutánea (que puede ser indicio de sarampión), pues en ese caso la administración de antibióticos se hará únicamente si la fiebre persiste más de cinco días.

La razón para incluir la fiebre, es que en São Paulo, el 95% de los niños con neumonía bacteriana habían tenido fiebre con anterioridad al examen o en el momento de éste. Se consideró que la ausencia de fiebre indicaba un estado no infeccioso, como asma o aspiración de algún cuerpo extraño, lo que es común entre la población infantil de São Paulo. En Brasil, el aleteo nasal y la respiración acelerada se excluyen de los signos clínicos esenciales para seleccionar las distintas medidas terapéuticas. Como ya se ha indicado, ciertos signos (como frecuencia respiratoria, frecuencia del pulso, etc.) deben fijarse a un nivel más elevado en lactantes menores de 12 meses. La diferente clasificación de los síntomas en los dos ejemplos precedentes indica la necesidad de idear y evaluar cualquier diagrama en relación con las condiciones de la comunidad o del país donde se vaya a usar.

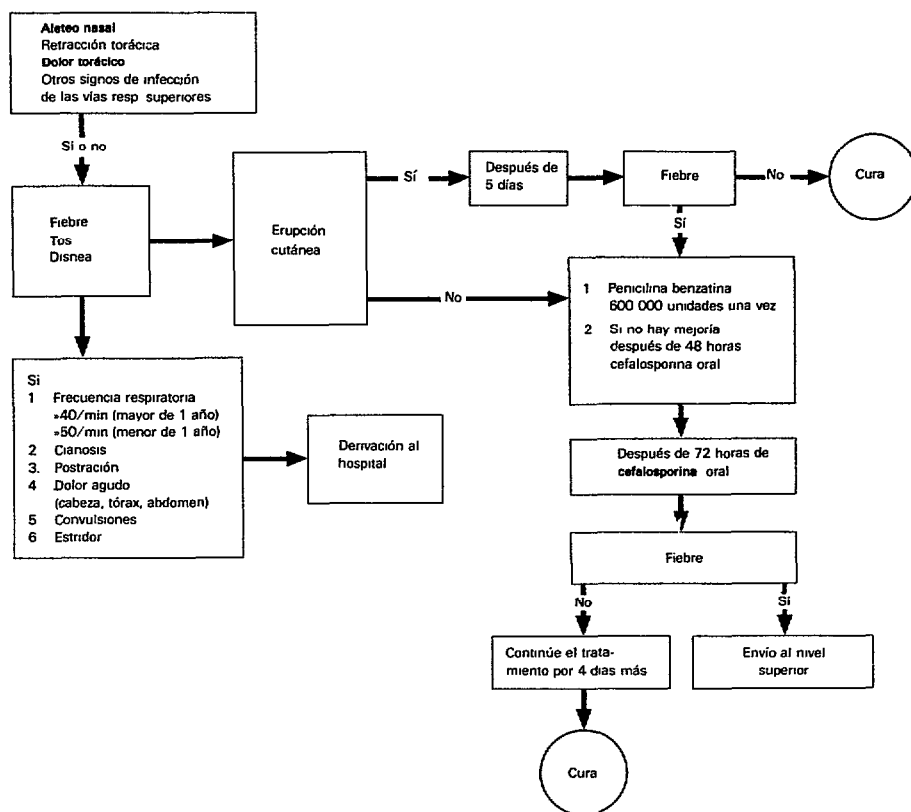
Tratamiento de la neumonía

Tratamiento antibacteriano

Como se ha señalado, es de suma importancia que antes de implantar cualquier esquema para el tratamiento de la neumonía, se obtenga información sobre los puntos siguientes: cuáles son los agentes patógenos que causan neumonía más a menudo entre la población (por edades) para la que se ha preparado el esquema (la información sobre la frecuencia de cepas resistentes a los medicamentos sería de gran valor, pero en muchos casos es imposible obtenerlas); cuál es la frecuencia de otras enfermedades transmisibles febriles que dificultan el diagnóstico de la neumonía o coexisten con ésta (como malaria). Otra información necesaria es de índole operativa: qué posi-

² Como parte de un manual para enfermeras, agentes de extensión sanitaria y médicos, titulado *Standard Treatment for Common Illnesses of Children in Papua New Guinea*, preparado por la Sociedad Pediátrica de Papua Nueva Guinea.

FIGURA 2— Diagrama para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía en los servicios periféricos de la salud (Nivel C)^a, São Paulo; Brasil.



^a El nivel C consiste en unidades de salud con personal auxiliar de poca experiencia, y dificultades para el transporte y la comunicación con el nivel superior.

bilidades hay para el envío de casos de los puestos de salud periféricos, si se dispone de los medicamentos antibacterianos necesarios en todos los niveles de los servicios de salud (por ejemplo, si puede dispensarlos el auxiliar de salud a nivel de aldea), si está autorizado (y adiestrado) para aplicar inyecciones intramusculares, qué formas de tratamiento son aceptables para el público (por ejemplo, inyecciones o medicamentos por vía oral). A partir de este análisis de la situación debería ser posible, en la mayoría de los casos, formular un plan para el tratamiento básico de las infeccio-

nes respiratorias agudas y especialmente de las agudas graves de las vías respiratorias inferiores, para que lo administren los agentes de salud en los diferentes niveles del programa. Lamentablemente existe muy poca información sobre la eficacia de los medicamentos antibacterianos en niños malnutridos. Son necesarios más estudios sobre la farmacodinámica de los medicamentos en esa clase de pacientes.

Los agentes patógenos que causan neumonía bacteriana más a menudo en los niños son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*,

y la penicilina administrada por vía parenteral es el medicamento preferido para el tratamiento inicial, en particular en los países en desarrollo, por su bajo costo y su eficacia en una gran proporción de casos. En ciertos casos basta una sola dosis intramuscular de penicilina benzatina. No obstante, donde son comunes *Haemophilus influenzae* y los neumococos con poca sensibilidad a la penicilina, puede ser preciso administrar diariamente penicilina procaína, aunque ello represente un problema más para los servicios de salud, ya que hay evidencias de que la administración diaria de penicilina procaína es eficaz en la mayoría de los casos.

No obstante, el uso de medicamentos antibacterianos diferentes de la penicilina se puede considerar para el tratamiento inicial según las características locales de los agentes bacterianos de infecciones respiratorias agudas y, en particular, las agudas graves de las vías respiratorias inferiores, siempre y cuando se disponga de esa información y el presupuesto permita la administración ordinaria de esos medicamentos que, en general, son más caros. Por eso, la ampicilina suele ser el medicamento utilizado; sin embargo, su uso habitual tiene un riesgo elevado de desarrollo de cepas de *H. influenzae* resistentes a la ampicilina.

Considerando que en muchos casos los auxiliares de salud no pueden administrar inyecciones o no están autorizados para ello, urge realizar investigaciones sobre el medicamento más conveniente para el tratamiento inicial de la neumonía. Es muy difícil seleccionar un esquema determinado cuando se desconoce el tipo de bacterias más corrientes y su sensibilidad a los medicamentos. Además de la ampicilina, se pueden considerar los siguientes medicamentos para administración por vía oral en el tratamiento inicial de esa enfermedad:

- Una sola dosis de sulfamida de efecto prolongado, como sulfametoxipiridazina, es de bajo costo y fácil de administrar. Su

eficacia, no obstante, está limitada por la gran incidencia de cepas resistentes de *Haemophilus influenzae* en muchas zonas.

- El cotrimoxazol, administrado dos veces al día, puede ser eficaz en la mayoría de los casos. Raras veces, puede causar aplasia de la médula espinal. El trimetoprim puede ser igualmente eficaz. Hay poca experiencia con estos dos medicamentos en lactantes y niños pequeños y son necesarios estudios al respecto.

- La eritromicina actúa contra los neumococos y la mayoría de los estafilococos. Su eficacia es moderada contra *Haemophilus influenzae*. Se absorbe bien y tiene pocos efectos secundarios pero es preciso administrarla cuatro veces al día. Es de temer que en los países en desarrollo no se cumpla con este requisito.

Se ha tratado de reducir el uso de cloranfenicol para la quimioterapia inicial. Conviene reservar este medicamento para los casos que no respondan al tratamiento inicial con otros medicamentos. El uso indiscriminado de las tetraciclinas ha causado una gran incidencia de microorganismos resistentes en muchos países. Además causan manchas en los dientes y quizá hipoplasia en el esmalte dental cuando se administran a niños menores de siete años.

Fracaso de la quimioterapia inicial

Si después de 48 horas de haber comenzado el tratamiento con penicilina no se observa ninguna mejoría (o si el niño está muy enfermo en el momento del examen), se deben administrar medicamentos antibacterianos distintos de la penicilina. En algunos países se usa cloranfenicol para casos de esa índole. Este es un medicamento de bajo costo, que penetra bien en casi todos los tejidos y tiene un amplio espectro antibacteriano. Según ciertos informes, puede ocurrir aplasia de la médula espinal más o menos en uno de cada 40 000 casos, sin em-

bargo, cabe subrayar que, en algunos países en desarrollo, la tasa de mortalidad por infecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores asciende al 20-25%. Los experimentos realizados indican que la administración de penicilina además de cloranfenicol no reporta ventajas y que, de hecho, puede haber un antagonismo entre esos dos medicamentos. Cuando la neumonía por *Staphylococcus aureus* es frecuente, como en Brasil, se puede administrar oxacilina, o un medicamento similar, si el tratamiento inicial es ineficaz, y especialmente si las radiografías indican que hay supuración pulmonar.

Tratamiento de apoyo

El tratamiento de apoyo es importante en todos los casos de infecciones respiratorias y puede determinar el desenlace de la enfermedad. De hecho, se supone que la reducción en la tasa de mortalidad infantil en los países que emplean técnicas avanzadas es en parte resultado de la mejor atención general que los padres y el personal de salud dispensan al niño enfermo.

Los virus causan muchas de las infecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores, para las que no hay ninguna quimioterapia eficaz. En esos casos, el tratamiento de apoyo consiste en mantener al paciente a una temperatura ambiente normal y proporcionarle líquidos y aire húmedo; la administración de oxígeno y adigoxina en caso de fallo cardíaco puede salvarle la vida. Es de suma importancia, por ende, que en todos los niveles del sistema de atención de salud se adquieran mayores conocimientos sobre el tratamiento de apoyo. Al preparar y poner en marcha los planes para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas y de las agudas graves de las vías respiratorias inferiores se debe asegurar la disponibilidad de soluciones de rehidratación oral, de tubos para alimentación gástrica e hidratación, de ampollas para administración intravenosa de sueros, etc. Los

auxiliares de salud han de recibir el adiestramiento adecuado para su utilización.

Tratamiento preventivo

La práctica de administrar antibióticos a los niños con infecciones respiratorias agudas está muy difundida. Sin embargo, la administración indiscriminada de medicamentos antibacterianos no es conveniente puesto que muchas de las infecciones respiratorias agudas son de origen vírico, desaparecen espontáneamente y tienen un curso benigno sin complicaciones de sobreinfección bacteriana. Además una erupción cutánea de origen vírico puede considerarse equívocamente como una alergia causada por antibióticos, lo que puede privar al niño de un tratamiento antibacteriano adecuado en otra oportunidad cuando verdaderamente lo necesite. Uno de los objetivos de los esquemas para tratamiento clínico de las infecciones respiratorias mencionadas, es especificar cuándo se debe administrar el tratamiento y cuándo se debe evitar, teniendo en cuenta las condiciones locales. El uso de diagramas adecuados ayudará mucho a limitar el empleo indiscriminado de antibióticos.

Prevención

En una situación ideal, la prevención primaria debería actuar sobre los factores del medio ambiente y del individuo que contribuyen a la fuerte incidencia y al curso clínico adverso de las infecciones de las vías respiratorias inferiores. La malnutrición, las condiciones precarias de vivienda y el hacinamiento podrían considerarse entre esos factores. Sin embargo, su importancia relativa no se conoce. Es preciso tener en mente los beneficios a largo plazo de la prevención primaria al tomar medidas inmediatas sobre prevención secundaria y terciaria.

En la actualidad, las medidas preventivas específicas son bastante limitadas. Entre las vacunas víricas, la antisarampion-

sa es muy eficaz para prevenir la enfermedad y sus complicaciones pulmonares y, por lo tanto, constituye un elemento del programa ampliado de inmunización. Todavía no se utilizan otras vacunas víricas para la inmunización sistemática de los niños, ya sea porque aún están en fase de experimentación o porque la enfermedad es de incidencia demasiado baja o demasiado benigna para justificar la inmunización en masa.

En lo que respecta a las vacunas antibacterianas, la antioqueluchosa es la única que se emplea extensamente en el programa ampliado de inmunización. En la actualidad, se dispone de una vacuna neumocócica polivalente eficaz contra 14 tipos polisacáridos de *Streptococcus pneumoniae*; es preciso, sin embargo, hacer más ensayos sobre su eficacia en los niños en los países en desarrollo. Se están estudiando vacunas contra *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* y otras bacterias.

Conclusiones y recomendaciones

Dado el alto número de casos infantiles de infecciones agudas y agudas graves, la atención de la familia y de la salud debe ser parte decisiva de cualquier estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Sin embargo, para el cuidado

del niño en la familia se debe contar con el apoyo del primer nivel del sistema de atención de salud, mediante un tratamiento eficaz y uniforme de los casos de infecciones respiratorias agudas.

A ese respecto, se recomienda:

1) Que la OMS siga fomentando el desarrollo de técnicas y criterios que faciliten la adopción de las decisiones apropiadas por los servicios de atención primaria de salud, en especial con respecto a las infecciones respiratorias agudas y su tratamiento, por ejemplo, valiéndose de diagramas apropiados y de registros de actividades que se ajusten a la situación local en lo relativo a epidemiología, personal de salud y otros recursos.

2) Preparar modelos de materiales didácticos en el campo de las infecciones respiratorias agudas y de su tratamiento, para adaptarlos a las condiciones locales.

3) Identificar en las comunidades y los individuos los factores de riesgo que influyen en la frecuencia y en el curso clínico de las infecciones respiratorias agudas.

4) Establecer planes uniformes de tratamiento quimioterápico de las infecciones respiratorias agudas y, especialmente, las de las vías respiratorias inferiores, en diversas condiciones epidemiológicas y operativas.

LA POBREZA EN LA POBLACION INFANTIL DE AMERICA DEL SUR¹

En 1979, Año Internacional del Niño, la mayoría de los países latinoamericanos presenciaron actividades centradas en diversos aspectos de la vida de los niños y adolescen-

tes del continente. Algunas actividades se ocuparon de la creatividad, la productividad artística y las aptitudes intrínsecas de los niños pequeños y fueron causa de satisfacción y optimismo. Otras se centraron en el sumo empobrecimiento económico que pesa sobre la mayoría de los niños latinoamericanos. Aunque los datos eran limitados, no impedían análisis críticos y objetivos

¹ Por Ernesto Pollitt. Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas, Escuela de Salud Pública, Post Office Box 20186, Houston, Texas 77025, EUA. Trabajo presentado en la reunión de la Asociación Americana para el Progreso de la Ciencia, San Francisco, California, EUA, enero de 1980.