

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 1, No. 5, 1980

Infecciones respiratorias agudas en las Américas

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son, junto a las diarreas, las causas más frecuentes de enfermedad y muerte en los niños, siendo además motivo de pérdida de horas de trabajo en la edad adulta y de defunción en edades avanzadas. Por su localización, se pueden clasificar en infecciones altas y bajas del aparato respiratorio; las primeras son muy frecuentes y, por lo general, de origen vírico, y las segundas—con el nombre genérico de neumonías—son las principales causas de mortalidad. En la neumonía la etiología es casi siempre vírica (grave en los niños menores de un año o desnutridos), bacteriana o resultado de complicación bacteriana de un proceso inicial por virus.

Los limitados recursos de laboratorio y la dificultad de identificar el agente etiológico de la neumonía entre la flora normal de la expectoración, determinan que el diagnóstico sea generalmente clínico.

Definición del problema

Se estima que ocurren en el mundo más de dos millones de defunciones anuales por IRA, según información proveniente de 88 países con un tercio de la población mundial (Hitze, K. L. *Bull UICT* 53:314-317, 1978). Esto correspondió al doble de las defunciones por enfermedad respiratoria crónica y 5.5 veces más que las muertes por tuberculosis informadas por los mismos

países, aunque debido a que se obtuvo mayor información proveniente de países desarrollados es probable que las enfermedades crónicas estén sobrerrepresentadas.

La influenza—que es reconocida fundamentalmente durante las epidemias y se confunde a menudo con el resfrío común y la bronquiolitis (enfermedad característica de los niños pequeños)—ha sido incluida aquí junto con el grupo de neumonías como causa de defunción. Los cuadros 1-3 muestran la importancia relativa de la influenza y neumonías como causa de defunción, en 24 países de las Américas, por subregiones.

Se destacan las elevadas tasas de mortalidad en Me-soamérica continental y Sudamérica tropical, donde anualmente uno de cada 100 menores de un año muere por neumonía. En Sudamérica tropical los datos no comprenden Bolivia y Brasil; su inclusión aumentaría mucho el número absoluto de muertes.

En la mayoría de los países las tasas de mortalidad por influenza y neumonía en los menores de 5 años han disminuido significativamente en los últimos años (cuadro 4). Una mejoría en el sistema de notificación puede ser la causa del aumento observado en algunos países. Según lo expresado en diferentes reuniones de expertos, la mortalidad podría ser muy inferior a la registrada teniendo en cuenta los recursos terapéuticos disponibles.

La neumonía es también causa frecuente de defunción en las edades avanzadas, con tasas de mortalidad simi-

EN ESTE NUMERO ...

- Infecciones respiratorias agudas en las Américas
- Esquistosomiasis en Cuba
- Enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional
- Vacunación antivariólica accidental, Venezuela
- Fiebre hemorrágica argentina
- Botulismo en la Provincia de Mendoza, Argentina
- Brote de afecciones respiratorias en Córdoba, Argentina
- Meningitis meningocócica en Chile, 1979
- Se suspende la producción de vacuna antitífica en los Estados Unidos
- Informes de reuniones y seminarios
- Calendario de reuniones
- Cursos

Cuadro 1. Número, tasas por 100,000 habitantes y porcentaje de defunciones por influenza y neumonías, por edad, en subregiones de las Américas, alrededor de 1976.

Subregión	Edad en años					
	<1			<5		
	No.	Tasa	%	No.	Tasa	% ^a
América del Norte	1,848	50.1	3.6	2,258	13.2	3.7
Mesoamérica, Caribe	1,330	277.9	9.6	1,786	69.1	10.1
Mesoamérica continental	35,559	1052.4	22.3	45,547	320.1	20.3
América del Sur tropical	18,357	925.5	17.6	27,220	281.8	17.2
América del Sur templada	5,170	536.4	11.8	6,082	142.0	11.9

^aPorcentajes en relación al total de muertes por todas las causas.

Cuadro 2. Orden de importancia de la influenza y las neumonías entre las causas de defunción en menores de un año en 24 países de las Américas, por subregión, alrededor de 1976.

Subregión	No. de países	Orden				
		1°	2°	3°	4°	5°
América del Norte	2	—	—	2	—	—
Mesoamérica, Caribe	7	—	1	5	—	1
Mesoamérica continental	7	2	2	1	2	—
América del Sur tropical	5	1	—	3	1	—
América del Sur templada	3	—	1	1	—	1
Total	24	3	4	12	3	2

Cuadro 3. Orden de importancia de la influenza y las neumonías entre las causas de defunción en menores de cinco años en 24 países de las Américas, por subregión, alrededor de 1976.

Subregión	No. de países	Orden				
		1°	2°	3°	4°	5°
América del Norte	2	—	—	—	2	—
Mesoamérica, Caribe	7	—	2	4	1	—
Mesoamérica continental	7	—	5	—	2	—
América del Sur tropical	5	1	1	3	—	—
América del Sur templada	3	—	1	1	—	1
Total	24	1	9	8	5	1

lares. Dado que este grupo de edad es aún pequeño en la Región, el número absoluto de muertes representa una prioridad secundaria. En ese grupo se cuenta además para el control con la vacuna antineumocócica, un recurso de escaso valor en el niño pero de alta eficacia en los adultos.

Como las infecciones respiratorias agudas no son de notificación obligatoria, pocos países cuentan con información sobre incidencia.

En Venezuela las neumonías representan el 8.6% de todas las causas diagnosticadas de defunción y el 51.8%

de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (Salazar, E. T. Departamento de Tuberculosis, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1979). En los quinquenios 1968-1972 y 1973-1977 la notificación de neumonías aumentó en 28.7% y la mortalidad por la misma causa disminuyó en 4.2%, sugiriendo una menor letalidad. Cabe destacar que más del 90% de las notificaciones son por etiología no especificada, sin modificaciones importantes de 1968 a 1977. En las defunciones por neumonía la confirmación del agente etiológico aumentó de 1.7% en 1968 a 7.5% en 1977 y la etiología neumocócica de 0.1 a 4.6%. Más del 50% de las defunciones ocurren en menores de cinco años y dentro de este grupo más del 80%, en menores de un año.

La demanda de atención médica por enfermedades respiratorias agudas constituye una carga importante de trabajo para el sistema de salud. Por ejemplo, en Bolivia representa más del 10% de las consultas totales. En 1970 el 40.9% y en 1971 el 49.6% correspondieron a menores de cinco años de edad (cuadro 5).

Se estima que la situación en otros países de América Latina es semejante a la expresada por los datos de Bolivia y Venezuela.

Estrategias para el control

A partir de 1976 el problema de las infecciones respiratorias agudas ha recibido atención especial a nivel mundial. En mayo de 1979, la 32ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución (WHA32.33) reconociendo la prioridad de las enfermedades respiratorias como problema socioeconómico y de salud pública y la importancia de las infecciones como causa de muerte en la infancia y la niñez, y recomendó el fomento y estímulo de programas nacionales de control, dando una alta prioridad a la investigación de métodos simples y efectivos para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Varios países de las Américas están ya estudiando el problema, y en 1980 se realizaron en Río de Janeiro

Cuadro 4. Tasas de mortalidad por influenza y neumonías por 100,000 habitantes, en menores de 1 año y menores de 5 años, correspondientes a dos años diferentes, por países de las Américas.^a

País	Año	Tasas por 100,000	
		<1 año	<5 años
Argentina	1969	932.8	217.8
	1977	426.9	125.9
Barbados	1968	383.6	115.7
	1977	423.9	112.9
Canadá	1969	163.7	37.4
	1977	45.9	11.8
Colombia	1968	1,112.2	310.5
	1975	697.7	199.6
Costa Rica	1968	586.0	144.7
	1977	280.4	76.1
Cuba	1968	646.7	154.3
	1977	306.4	69.2
Chile	1968	2,897.2	669.8
	1977	917.0	191.7
Dominica	1969	1,002.2	381.0
	1975	280.4	63.0
Ecuador	1969	925.2	317.8
	1974	841.2	286.9
El Salvador	1969	522.8	187.1
	1974	370.3	108.9
Estados Unidos	1968	225.8	51.8
	1977	50.6	13.3
Guatemala	1969	2,079.9	877.0
	1976	1,419.9	616.2
Honduras	1969	382.3	156.7
	1976	226.7	79.4
México	1969	1,825.2	557.4
	1974	1,160.0	337.4
Nicaragua	1968	403.6	136.6
	1977	251.1	77.0
Panamá	1968	308.6	129.6
	1974	421.2	132.4
Paraguay ^b	1969	1,564.6	298.2
	1977	1,519.6	369.2
Perú	1968	2,044.3	604.8
	1973	1,718.9	521.4
República Dominicana	1968	218.4	67.4
	1976	258.4	82.1
Trinidad y Tabago	1970	493.0	123.0
	1976	316.8	78.5
Uruguay	1968	515.8	119.7
	1976	241.7	67.8
Venezuela	1968	554.2	162.7
	1977	426.1	128.9

^aNo se dispone de datos para Bolivia, Brasil, Guyana y Haití. Se excluyen Bahamas, Grenada, Jamaica y Suriname debido a que la información es incompleta.

^bArea de información.

tres reuniones consecutivas sobre el tema organizadas por la OPS: un curso preparatorio para virólogos sobre diagnóstico de virus respiratorios, un seminario regional sobre IRA, y una reunión de expertos de diferentes países para preparar un protocolo de investigación sobre etiología, tratamiento clínico, conducta y evolución de la neumonía en los niños en base a la demanda a servicios de salud. Ese proyecto de investigación se está desarrollando en Brasil, y el protocolo constituirá una base

estándar para los estudios en otros países, una vez adaptado a las condiciones locales.

El objetivo principal es obtener información para las necesidades de un programa de control de IRA tendiente a disminuir la mortalidad en el grupo de 0-5 años. Un factor importante es determinar la etiología de las neumonías. Si la causa de muerte es bacteriana primaria o complicación de patología vírica, la aplicación oportuna de una terapia antibiótica adecuada en programas con amplia cobertura, gratuitos, que se extiendan a todo el sistema de atención primaria de salud, y con normas y procedimientos simples y supervisión, pueden tener un efecto epidemiológico importante.

Si la causa fundamental es vírica, como sucede en los Estados Unidos de América, la aplicación de medidas de apoyo respiratorio (incluyendo el suministro de oxígeno) y el desarrollo de vacunas surtirán un efecto significativo.

Es probable que ambas etiologías tengan importancia en Centro y Sudamérica. Los estudios permitirán estimar el posible efecto de cada recurso técnico y decidir los componentes del programa.

A priori, y en base a la información proveniente de estudios clínicos efectuados en diferentes países, una gran proporción de las neumonías en los niños parece estar causada por neumococos. Dada su sensibilidad a drogas de bajo costo, los problemas principales serían la organización del suministro oportuno en el nivel de atención primaria, en forma ambulatoria controlada, y el método de evaluación operativa y epidemiológica del efecto del programa.

El diagnóstico implica la preparación de normas muy simples de selección de casos a tratar. El tratamiento debe incluir técnicas de apoyo (desobstrucción de fosas nasales, rehidratación oral, etc.), y métodos de control de la evaluación y de derivación cuando sea necesario.

Varios países de América Latina, comprendiendo tres cuartas partes de la población, están desarrollando proyectos de investigación como los mencionados, preparando las bases de un programa de control, u obteniendo la información epidemiológica y operativa necesaria. Algunos cuentan ya con normas para el diagnóstico y tratamiento, aunque aún no se ha establecido el programa con metas cuantificadas.

Los progresos científicos esperados en el próximo decenio en el campo de las vacunas antibacterianas y antivíricas, así como el interés existente en desarrollar tecnologías apropiadas para llevar los recursos terapéuticos a los servicios de atención médica primaria, auguran un rápido aumento tecnológico en este campo. Estos recursos, sin embargo, solo podrán ser aprovechados por programas ya organizados, lo que hace urgente la atención del equipo de salud al problema de las infecciones respiratorias agudas.

Cuadro 5. Resumen anual de consultas por infecciones respiratorias agudas, Bolivia, 1970-1977.

Año	Total de consultas	Causas			Total	Porcentaje
		Infecciones respiratorias agudas altas	Influenza	Neumonía vírica, bacteriana y no especificada		
1970	400,523	22,592	21,474	6,600	50,726	12.7
1971	461,300	23,191	20,938	4,848	48,977	10.6
1972	554,508	24,248	24,809	6,949	56,006	10.1
1973	598,067	32,837	22,340	7,911	63,088	10.5
1974	626,790	36,055	29,877	8,441	74,373	11.9
1975	638,927	39,588	30,972	9,007	79,567	12.4
1976	699,620	43,468	60,515	9,610	113,593	16.2
1977	732,750	47,766	38,911	10,263	96,940	13.2

Fuente: *Boletín Epidemiológico*, No. 53, noviembre de 1979, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

La meta inmediata para los próximos años es establecer programas nacionales de control, integrados en la atención primaria de salud. La OPS participará activamente en la coordinación de los esfuerzos de los países y en la difusión de los avances realizados, a fin de lograr un programa de alcance regional con un impacto

epidemiológico importante sobre la mortalidad en los niños.

(Fuente: Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas, Unidad de Enfermedades Transmisibles, OPS.)

Esquistosomiasis en Cuba

La transmisión de la esquistosomiasis nunca ha sido observada en Cuba; tampoco han sido diagnosticados casos autóctonos. Por lo tanto, todos los casos notificados han sido importados.

Durante 1976-1979 se investigaron a través de los mecanismos de control sanitario internacional 40,604 viajeros procedentes del exterior (24,935 cubanos y 15,669 extranjeros). Se diagnosticó un total de 1,886 casos de esquistosomiasis importados de Africa y el Oriente Medio. De ellos 1,243 (65.9%) se debían a *Schistosoma haematobium* y 643 (el 43.1%) correspondieron a *S. mansoni*. No se han notificado casos de la enfermedad debida a las otras dos especies patógenas para el hombre (*S. japonicum* y *S. intercalatum*).

En el país no parece haber posibilidades de transmisión local para la esquistosomiasis, exceptuando el *S. mansoni*, que representa un peligro potencial. De los moluscos fluviátiles implicados en la transmisión de la

enfermedad, solo se ha notificado la presencia en Cuba de los del género *Biomphalaria*, que son los que actúan como huéspedes intermediarios del *S. mansoni*. De ellos, las especies *Biomphalaria havanensis* y *B. helofila* pudieran ser huéspedes intermediarios potenciales, pero los estudios realizados para la comprobación de este hecho han sido insuficientes o los resultados controversiales.

La pesquisa de viajeros que proceden de países endémicos ha constituido una medida importante, ya que se le ha impuesto tratamiento a varios cientos de enfermos que se han mantenido bajo control. Al disminuir notablemente el reservorio, se limitan las posibilidades de que la enfermedad se introduzca en el país.

(Fuente: *Boletín Epidemiológico*, Vol. 2, No. 5, mayo de 1980. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cuba.)