

¹⁰⁹⁶

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 16, No. 4

INDEXED

Diciembre 1995

Infecciones respiratorias agudas en las Américas

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) (CIE-9, 460-466, 480-487) fueron reconocidas desde mediados de la década de 1960 como uno de los tres problemas más importantes que afectaban la salud de la infancia, junto con las enfermedades diarreicas y la desnutrición. Tanto desde el punto de vista de la mortalidad como de la morbilidad, las IRA se encontraban entre las primeras cinco causas de muerte, consulta y hospitalización de niños menores de 5 años en todos los países en desarrollo.

Con los avances registrados en la mayoría de estos países en relación al control de las enfermedades diarreicas, desde mediados de la década de 1980, las IRA se ubicaron como primera causa de muerte en menores de 1 año y en niños de 1 a 4 años. Aún en los países en desarrollo que registraban las menores tasas de mortalidad total en estos grupos de edad, las IRA se ubicaban como tercera causa de muerte de menores de 1 año, luego de las afecciones originadas en el período perinatal y las anomalías congénitas; y segunda causa de muerte de niños de 1 a 4 años, luego de los accidentes.

A partir de esta época, se presentó el problema del control de las IRA como un verdadero desafío para la mayoría de los países en desarrollo, toda vez que se focalizaba la atención de las acciones de salud en la reducción de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los niños menores de 5 años.

Situación actual

Existen cuatro aspectos importantes en el análisis del problema de las IRA y, por lo tanto, en el diseño de acciones de control: la mortalidad, la morbilidad, la calidad de atención de los casos, y la prevalencia de factores de riesgo.

Mortalidad

Dentro del conjunto de enfermedades que se agrupan bajo la denominación de IRA, la neumonía representa la principal causa de mortalidad, siendo responsable del 85% del total de defunciones por estas causas. Por esta razón, la mayor parte de la información disponible para el análisis de las IRA como causa de mortalidad se refiere a neumonía. No obstante, en ocasiones se incluye en el análisis otros diagnósticos de IRA (influenza, bronquitis, bronquiolitis), debido a los defectos que, en general, tiene la información de mortalidad por causas específicas, sobre todo cuando se trata de niños pequeños de países en desarrollo.

Estos problemas en la certificación de la causa de muerte, deben agregarse a los problemas ya existentes en la calidad de las cifras de mortalidad general de los países en desarrollo de América, los que se acentúan en el caso del registro de defunciones de niños menores de 5 años.

Las estimaciones disponibles de OPS indican que la mortalidad por IRA en los niños menores de 5 años (incluyendo neumonía, influenza, bronquitis y bronquiolitis) va de 16 muertes por 100.000 en Canadá a 3.072 en Haití; país en el que las IRA representan entre 20% a 25% del total de defunciones en niños menores de 5 años: esto es, 1 de cada 4 muertes de niños menores de 5 años, se debe a una IRA.

La mayoría de los países en América Latina, reportan bajas tasas de mortalidad por IRA. No obstante, existe una marcada brecha entre la situación de los países desarrollados de la Región (Canadá, Estados Unidos) y el resto de países en desarrollo. Aún Costa Rica o Cuba, que tienen las menores tasas de mortalidad entre los países en desarrollo de la Región, registran tasas siete veces más altas que los de Canadá.

EN ESTE NUMERO . . .

- Infecciones respiratorias agudas en las Américas
- Nuevo Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS
- Brote de encefalitis equina venezolana, 1995
- Cursos de verano sobre epidemiología en 1996
- Publicación: Estadísticas de salud en las Américas, Edición de 1995

La mayor proporción de estas muertes por IRA ocurren en los niños menores de 1 año y son debidas a neumonía e influenza. Las estimaciones disponibles de OPS muestran para esta causa una marcada diferencia en la mortalidad de los menores de 1 año que van desde

8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en Canadá, a 2.352 en Haití (Cuadro 1). Entre los países en desarrollo de la Región, a su vez, las diferencias en la mortalidad por neumonía e influenza en los niños menores de 1 año son muy marcadas.

Cuadro 1
Tasa estimada de mortalidad en niños menores de 5 años
Total de muertes por neumonía e influenza
(cerca de 1994)

País	Defunciones en < de 5 años		Defunciones en < de 1 año	
	Todas las causas	IRA	Todas las causas	Neumonía e influenza
Argentina	30	150	26	117
Bahamas	21	168	19	154
Barbados	19	114	16	85
Belice	46	368	36	688
Bolivia	100	1.500	74	1.480
Brasil	67	804	57	467
Canadá	8	16	7	8
Chile	17	238	14	227
Colombia	42	546	32	358
Costa Rica	14	112	12	119
Cuba	12	108	10	82
Ecuador	62	1.054	44	392
El Salvador	56	392	43	176
Estados Unidos	10	30	8	14
Guatemala	81	1.215	51	903
Guyana	62	620	46	345
Haití	128	3.072	98	2.352
Honduras	73	657	44	264
Jamaica	23	253	17	139
México	37	555	30	450
Nicaragua	64	960	53	504
Panamá	27	162	21	116
Paraguay	56	1.288	42	563
Perú	83	2.573	59	1.251
Puerto Rico	14	42	12	79
República Dominicana	62	558	48	245
Saint Kitts y Nevis	32	256	27	95
San Vicente y las Granadinas	23	138	18	61
Santa Lucía	23	161	19	72
Suriname	40	320	31	171
Trinidad y Tabago	22	264	17	143
Uruguay	22	176	19	80
Venezuela	31	248	26	161

Nota: IRA (códigos CIE 9a 480-486 y 480-487); neumonía e influenza (códigos CIE 9a 480-487).

Aclaraciones

- Las estimaciones de la tasa de mortalidad infantil y en menores de 5 años fueron hechas por OPS. Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano.

- Las tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años fueron calculadas a partir de las estimaciones de mortalidad en menores de 5 años y del porcentaje de defunciones registradas por IRA en el mismo grupo para el último año disponible entre 1988-1993.

- Las tasas de mortalidad por neumonía e influenza en menores de 1 año fueron calculadas a partir de las estimaciones de mortalidad infantil de OPS y del porcentaje de defunciones registradas por neumonía e influenza en el mismo grupo para el último año disponible.

Las estimaciones realizadas tienen grandes diferencias con las cifras informadas oficialmente por algunos de los países de la Región (Cuadro 2). Exceptuando los casos de Belice, en que la diferencia entre la estimación y la última tasa informada por el país es de más de 8 veces y Perú donde la estimación es más de 3 veces en el mismo año; oficiales reportan en el resto de los países la información de los registros tasas de

mortalidad de hasta menos de la mitad de aquellas reportadas en las estimaciones de 1994.

De este modo, la descripción de la mortalidad por neumonía e influenza en la Región realizada a partir de la información recogida sistemáticamente por los países resulta limitada, razón por la cual las estimaciones presentan un panorama más aproximado a la realidad.

Cuadro 2

Mortalidad por neumonía e influenza en niños < de 1 año, en países seleccionados de las Américas (estimaciones y cifras oficiales)

País	Mortalidad por neumonía e influenza		
	Estimaciones(*)	Información oficial(**)	
	Tasa	Año	Tasa
Argentina	117	1991	99
Bahamas	154	1987	231
Barbados	85	1991	95
Belice	688	1989	73
Bolivia	1.480
Brasil	467	1989	349
Canadá	8	1991	8
Chile	227	1991	195
Colombia	358	1991	159
Costa Rica	119	1991	88
Cuba	82	1990	88
Ecuador	392	1990	296
El Salvador	176	1991	116
Estados Unidos	14	1991	15
Guatemala	903	1984	1.007
Guyana	345	1984	270
Haití	2.352
Honduras	264
Jamaica	139	1985	185
México	450	1991	267
Nicaragua	504	1991	394
Panamá	116	1989	68
Paraguay	563	1988	493
Perú	1.251	1989	279
Puerto Rico	79	1991	59
República Dominicana	245	1985	375
Saint Kitts y Nevis	95	1985	98
San Vicente y las Granadinas	61
Santa Lucía	72	1988	55
Suriname	171	1990	84
Trinidad y Tabago	143	1991	103
Uruguay	80	1990	97
Venezuela	161	1989	128

... Datos no disponibles
 (*) Cerca de 1994
 (**) La información oficial corresponde al último año disponible enviado por el país.

Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano.

Además de registrar altas tasas de mortalidad por neumonía e influenza, en un gran número de países en desarrollo no se han observado descensos en estas tasas en los últimos años. Comparando las estimaciones de 1985 con las realizadas para 1994 (Cuadro 3), puede observarse que en varios países las estimaciones han resultado mayores para 1994 que para 1985, y en otros, las diferencias entre ambas son menores que el 20%, lo que representa una tasa de disminución anual menor al 3%.

La gran diferencia existente entre la mortalidad por neumonía e influenza en los países desarrollados y en desarrollo se incrementa cada vez más si se tiene en cuenta que tanto Canadá como Estados Unidos disminuyeron sus valores de tasas en un 20% o más en el período que va de 1985 a 1994 (20% y 26,3% respectivamente). De este modo, en 1994, la distancia que separaba a ambos grupos de países se ha incrementado.

Cuadro 3

Porcentaje de descenso de la tasa de mortalidad por neumonía e influenza, en países seleccionados de las Américas, 1995 y cerca de 1994

País	Mortalidad por neumonía e influenza*		
	1985	Cerca de 1994	% de descenso
Argentina	134	117	12,69
Barbados ⁽¹⁾	92	85	7,61
Belice ⁽²⁾	424	688	-62,26
Canadá	10	8	20,00
Chile	304	227	25,33
Colombia	243	358	-47,33
Costa Rica	142	119	16,20
Cuba	169	82	51,48
Ecuador	439	392	10,71
El Salvador ⁽¹⁾	140	176	-25,71
Estados Unidos	19	14	26,32
Guatemala ⁽²⁾	1.207	903	25,19
Jamaica ⁽¹⁾	136	139	-2,21
México	436	450	-3,21
Nicaragua	300	504	-68,00
Panamá	90	116	-28,89
Paraguay	587	563	4,09
Perú	1.924	1.251	34,98
Puerto Rico	85	79	7,06
República Dominicana	375	245	34,67
Trinidad y Tabago ⁽²⁾	91	143	57,14
Uruguay	90	80	11,11
Venezuela	155	161	-3,87

⁽¹⁾ 1984
⁽²⁾ 1986
 * Estimaciones

Las causas que explican las diferencias observadas son, sin lugar a dudas, complejas e incluyen consideraciones relacionadas no solamente con el área de la salud. A los efectos de una sistematización, sin embargo, es factible atribuir estas diferencias a los siguientes tipos de factores:

- Las dificultades del acceso a los servicios de salud, que determinan un gran número de muertes domiciliarias de niños que no recibieron atención del personal de salud. La falta de acceso de la población a los servicios de salud, o la falta de antibióticos adecuados para el tratamiento precoz, son algunos de los factores habitualmente asociados a estas muertes.
- La inadecuada calidad de la atención en muchos servicios de salud, expresada en la falta de criterios estandarizados para la detección precoz de los signos de alarma de neumonía por parte del personal de salud y de la comunidad.

Morbilidad

Estudios realizados sobre la incidencia anual de episodios de IRA en los niños menores de 5 años han concluido que la misma es similar en países desarrollados y en desarrollo. En todos los estudios se observó que en promedio un niño menor de 5 años viviendo en zona urbana sufre 6 a 8 episodios anuales de IRA, incluyendo tos, resfrío, rinorrea, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, etc. Los estudios realizados en zona rural arrojaron una incidencia menor, estimada en 4 a 6 episodios anuales de IRA. Los factores asociados a estas diferencias podrían atribuirse a la disminución en la concentración de contaminantes ambientales irritantes de la mucosa respiratoria.

En contraste, se ha observado una marcada diferencia entre la incidencia de neumonía en los países desarrollados y en los países en desarrollo, en que este indicador puede alcanzar cifras de entre 150 a 200 episodios de neumonía por cada 1.000 niños por año. Asimismo, se han encontrado diferencias en la etiología de estos casos, que resultó predominantemente bacteriana en los países en desarrollo en contraste con la alta prevalencia de neumonías virales en los países desarrollados.

La alta incidencia de neumonía, sumada a la prevalencia de factores de riesgo en los niños (desnutrición, hacinamiento, bajo nivel de atención del niño en el hogar), hace que en los países en desarrollo la incidencia de complicaciones entre los casos de neumonía sea mucho más frecuente que en los países desarrollados, registrándose de este modo una mayor mortalidad. Entre los factores de riesgo se destacan especialmente: el bajo peso al nacer, la falta o corta duración de la lactancia materna, la desnutrición y la carencia de vitamina A, la carencia de vacunación o la vacunación incompleta, la contaminación del aire en el interior del domicilio, el enfriamiento. La neumonía se constituye en estos casos en un factor de riesgo asociado que aumenta la probabilidad de muerte o enfermedad grave en el niño.

La disponibilidad de información sobre morbilidad a nivel de los países de la Región es escasa y los factores que afectaban la calidad de la información de mortalidad se repiten, agravándose por la no existencia de un sistema de registro y análisis sistematizado de los datos, que sí existe para la mortalidad.

No obstante, los datos disponibles de estudios especiales muestran un perfil similar de morbilidad registrada en los servicios de salud. Este perfil refleja la alta incidencia de IRA en los niños (representan entre 40% y 60% de las consultas pediátricas en los servicios de salud), y el bajo peso que tiene la neumonía dentro del total de consultas por esta causa (menos del 10% en la mayoría de los estudios).

La información obtenida a partir de registros hospitalarios muestra en cambio un peso mayor de la

neumonía, dado que es una de las principales causas de hospitalización por IRA en los niños, junto con los cuadros de obstrucción bronquial severa. En la mayoría de los hospitales de los países en desarrollo, las IRA representan entre 20% y 40% de todas las hospitalizaciones pediátricas. La mayoría de estas hospitalizaciones son debidas a neumonía, y un menor porcentaje a bronquitis, bronquiolitis y síndrome de bronco-obstrucción.

Calidad de atención

Si bien la baja calidad de la atención que reciben los niños menores de 5 años en los servicios de salud ya fue mencionado como uno de los factores asociados a las altas tasas de mortalidad, este aspecto también determina un problema de gran importancia para el control de las IRA: el uso de medicamentos para el tratamiento.

Las IRA son la principal causa de administración de antibióticos a los niños menores de 5 años. En la mayoría de los estudios realizados, el 50% o más de los casos de IRA atendidos en los servicios de salud recibieron un antibiótico para el tratamiento, a pesar de que la mayoría de esos casos no los requería. El uso inadecuado de antibióticos fomenta la resistencia bacteriana y puede producir efectos potencialmente nocivos para la salud del niño.

Además de los antibióticos, otros medicamentos no recomendados son utilizados para el tratamiento de las IRA en los niños, tales como los jarabes para la tos y el resfrío, muchos de los cuales contienen compuestos potencialmente nocivos, por su efecto como supresores de los mecanismos naturales de defensa del niño.

El tratamiento de los casos de IRA que no presentan signos de gravedad ni de neumonía, no requiere la administración de antibióticos u otros medicamentos. El manejo ambulatorio de estos casos puede realizarse con tratamiento sintomático. Los jarabes y otros medicamentos que se utilizan para la tos y el resfrío, además de costosos, contienen combinaciones de distintas drogas, a veces de efecto contrario o adverso, que pueden resultar nocivas para el niño.

Objetivos del control de las IRA

El Programa Regional de Control de las IRA de OPS/OMS ha propuesto dos objetivos principales, basados en la magnitud del problema en los países en desarrollo de las Américas y la disponibilidad de estrategias para su logro:

- ♦ La reducción de la mortalidad por neumonía en los niños menores de 5 años; objetivo dirigido fundamentalmente a:
- Evitar las muertes asociadas a fallas en la atención del niño por parte del personal de salud

(tales como la falta de detección de signos de alarma y la no administración de antibióticos a los casos que los necesitan).

- Evitar las muertes asociadas a consulta tardía a los servicios de salud (falta de identificación de signos de alarma por parte de las madres y otros responsables del cuidado de los niños).
- Evitar las muertes domiciliarias, que no consultaron a los servicios de salud (falta de acceso a proveedores de atención de salud por parte de la población).
- ◆ La reducción del uso de antibióticos y de otros medicamentos para el tratamiento de las IRA en los niños menores de 5 años, objetivo dirigido a:
 - Evitar la administración de antibióticos a los niños que consultan por tos, resfrío, gripe, bronquitis y faringitis no estreptocócica.
 - Evitar la administración de jarabes para la tos y el resfrío que contengan drogas potencialmente nocivas para el niño.
 - Desalentar la autoindicación de tratamiento con antibióticos para el tratamiento de las IRA por parte de las madres y otros familiares de niños menores de 5 años.

Además de estos, el Programa Regional ha propuesto dos objetivos adicionales:

- ◆ La reducción de la frecuencia de complicaciones de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores objetivo dirigido a:
 - Reducir la incidencia de sordera o hipoacusia debida a mal manejo de los episodios de otitis media.
 - Reducir la incidencia de fiebre reumática en los niños asociada a falta de administración de antibióticos a los casos de faringitis estreptocócica.
- ◆ La reducción de la incidencia y gravedad de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores objetivo dirigido a:
 - Reducción de la incidencia de neumonía asociada a sarampión y tos ferina.
 - Reducción de la incidencia de factores de riesgo de agravamiento: bajo peso al nacer, desnutrición, falta de lactancia materna, contaminación del aire doméstico.

Estrategias

Las dos principales estrategias de control presentadas a los países de América por OPS/OMS a

partir de 1990 continúan siendo recomendadas para el logro de los objetivos propuestos para el control de las IRA en los países en desarrollo. Estos son el manejo estandarizado de los casos de IRA y la vacunación contra el sarampión y la tos ferina.

Manejo estandarizado de los casos de IRA

El manejo estándar de casos de IRA resume el conjunto de criterios de clasificación, diagnóstico, tratamiento y evaluación de los casos de IRA elaborado por OPS/OMS a partir de la última información científica disponible referida a sensibilidad y especificidad de signos y síntomas y efectividad del tratamiento antimicrobiano y el uso de otros medicamentos en el tratamiento de las IRA.

El manejo estándar de casos, además de incluir los elementos específicos para la identificación precoz de los casos de neumonía y otras IRA graves que requieren hospitalización o tratamiento antibiótico ambulatorio; incluye los signos y síntomas que las madres y otros responsables del cuidado de los niños menores de 5 años deben observar para una pronta consulta a los servicios de salud.

Vacunación contra el sarampión y la tos ferina

Las vacunas contra el sarampión y la tos ferina contribuyen a evitar casos y muertes de neumonía asociados a estas dos enfermedades.

Bibliografía

1. JELIFFE, D.; Pediatrics. En: King M., ed., Medical Care in Developing Countries, Nairobi, Oxford University Press: 1966, Capítulo 13.
2. Pio A. La magnitud del problema de las infecciones respiratorias agudas. II Seminario Regional sobre Infecciones Respiratorias Agudas en Niños y Supervivencia Infantil. Washington, DC:OPS.
3. Arias S. Benguigui, Bossio J. Infecciones Respiratorias Agudas en las Américas. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 25. Washington, DC: OPS;1992.
4. "Neumonía en los Niños: Estrategias para hacer frente al desafío". Informe de la Primera Reunión Consultiva Internacional sobre el control de las infecciones respiratorias agudas. AHRTAG, 1992.
5. Organización Panamericana de la Salud. "Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 1995". Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS; 1995. (OPS/HDP/HDA/95.03).
6. Neumonía y otras infecciones respiratorias en niños: una bibliografía selectiva anotada. Volumen I: Artículos publicados antes de 1991. (WHO/CDR/93.27. OPS/HMP/IRA/93.19, 1993).
7. Organización Panamericana de la Salud. Los antibióticos en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. (PNSP/91-01.) Washington, DC:OPS;1991.
8. Organización Panamericana de la Salud. Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en el primer nivel de atención. Washington, DC:OPS, 1993 (OPS/HMP/IRA/92.1).
9. Organización Panamericana de la Salud. La administración de suplementos de vitamina A y la neumonía en la niñez. Washington, DC:OPS, 1994. (OPS/HMP/IRA/93.18, 1994).
10. Aspectos epidemiológicos, sociales y técnicos de la contaminación del aire en locales cerrados creada por el consumo de combustibles de biomasa. Informe de una reunión de consulta de la OMS. Junio de 1991. (HMP/ARI/03/93, 1993).
11. La contaminación en locales cerrados producida por los combustibles de biomasa. Documentos de trabajo de una reunión de consulta de la OMS. Junio de 1991. (OPS/HMP/IRA/93.6, 1993).

Fuente: Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, HCT/HCP, OPS.