

# ***Incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños del centro de salud escuela “Profesor Samuel B. Pessoa”, São Paulo Brasil***

***Filomena Maria da Silva Gomes<sup>1</sup>  
Maria Helena Valente<sup>1</sup>  
Herminio Margarida Filho<sup>1</sup>  
Eliane Cêspedes Paes<sup>2</sup>  
Caroline Mami Tanaka<sup>2</sup>  
Leonardo Daumas Passos<sup>2</sup>  
Paula Aguiar de Aragão<sup>2</sup>  
Claudio Leone<sup>3</sup>***

## **Resumen**

Se trata de un estudio prospectivo de casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de 12 años, que frecuentan el Centro de Salud Escuela “Profesor Samuel B. Pessoa” de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Durante 2 meses, se estudiaron 399 niños, de los cuales 160 (40%) presentaron episodios de IRA. Entre ellos, el diagnóstico más frecuente fue el de rinofaringitis aguda, seguido por los de otitis media y faringoamigdalitis. La sinusitis, la neumonía y la traqueobronquitis fueron observadas menos frecuentemente, siendo responsables respectivamente de: 8,1, 7,5 y 6,3% de los casos de IRA.

---

1 Médico Asistente Pediatra, en el Centro de Salud Escuela “Prof. Samuel B. Pessoa” de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP).

2 Médico residente del Primer Año de Pediatría FMSUP.

3 Profesor Asociado, Jefe de la Asignatura de Pediatría Preventiva y Social del Departamento de Pediatría de la FMUSP.

Entre los factores de riesgo citados en la literatura, se observaron con mayor frecuencia entre los casos de IRA los antecedentes de un primer episodio de IRA en el primer año de vida, el tabaquismo pasivo y la asistencia a guarderías.

Las prescripciones más frecuentes fueron: orientaciones generales (50,6% de los casos); antibióticos (43,1%) y sintomáticos (37,5%).

De este modo, resulta evidente la importancia de las IRA, por su frecuencia, en la atención pediátrica, no sólo en unidades de urgencia sino también en unidades básicas de salud. Esto justifica la necesidad de preparar al personal que actúa en este nivel de asistencia para afrontar correctamente este tipo de problemas de salud, incluso en lo que concierne a los aspectos relativos a la educación y a las orientaciones suministradas a los pacientes y a sus familiares.

## Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son el principal motivo de consulta pediátrica, representando cerca del 50% de las consultas, de las que un 10% terminan necesitando una reevaluación médica durante la fase aguda de la enfermedad (1).

Se estima que en el Tercer Mundo ocurren entre 500 y 900 millones de episodios de IRA al año, lo que significa entre un 20 y un 40% del total de todas las hospitalizaciones y el 34% de las muertes de menores de 5 años.

En Brasil, junto con las causas perinatales y diarreicas, las IRA —en especial las neumonías— constituyen las principales causas de mortalidad en los menores de 5 años. Aunque no haya diferencias en cuanto a la frecuencia en los diversos niveles socioeconómicos, las IRA tienden a ser más graves y prolongadas en las clases menos favorecidas socioeconómicamente, probablemente en razón de las malas condiciones de nutrición y de vida.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), las IRA se pueden clasificar en función de su localización en (2):

### 1. Vías aéreas superiores

- A. Rinofaringitis aguda
- B. Faringoamigdalitis
- C. Otitis media aguda
- D. Sinusitis

### 2. Vías aéreas inferiores

- A. Laringitis
- B. Epiglotitis
- C. Traqueobronquitis
- D. Bronquiolitis
- E. Neumonía

Aproximadamente un 75% de las IRA corresponden a las infecciones de las vías aéreas superiores (IVAS), cuya importancia nosológica se ve acrecentada por las complicaciones en órganos y tejidos vecinos, entre las que se encuentran las otitis medias agudas, las sinusitis y las neumonías (3).

La duración de cada episodio es de 2 a 7 días, resolviéndose por completo habitualmente en 2 semanas, lo que significa que el niño padece algún síntoma respiratorio durante 60 a 100 días al año.

Entre los factores de riesgo se destacan: los factores nutricionales, la asistencia a una guardería, el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer; los factores inmunológicos; el sexo masculino; la lactancia materna; el hábito de fumar de los padres y la densidad de personas por habitación.

En nuestro medio, la mayor parte de las consultas a niños con IVAS son realizadas de manera eventual, sin que se realice el seguimiento evolutivo y nosológico de los cuadros, motivo por el que hay dificultad en la evaluación de las conductas adoptadas y en la detección de complicaciones eventuales.

El objetivo de este estudio fue verificar la incidencia de las enfermedades respiratorias agudas infecciosas, la presencia de factores de riesgo y describir el tipo de tratamiento recibido por los niños, en el grupo de edades comprendidas entre 0 y 12 años, inscritos en una unidad básica de salud (UBS) en el barrio de Butantã, municipio de São Paulo.

## Materiales y métodos

En total, se estudiaron de forma prospectiva 399 niños de 0 a 12 años, atendidos en el Centro de Salud Escuela Profesor Samuel B. Pessoa (CSE), en el periodo del 4 de abril al 6 de junio de 1995, por un grupo de 5 médicos residentes, con la supervisión de 2 asistentes de la unidad, durante los dos periodos de consulta semanales que realizaban en la UBS Escuela. Se atendieron consultas de rutina - aquellas previamente marcadas - y consultas eventuales por imprevistos - sin cita previa.

En la recolección de datos se utilizó un formulario estándar (anexo 1) que contenía las siguientes informaciones: número de inscripción, sexo, edad, tipo de consulta (cita concertada o eventual), diagnóstico del tipo de IRA, principales signos y síntomas detectados, factores de riesgo presentes y tratamiento prescrito. Para todos los pacientes a quienes se prescribió un tratamiento antimicrobiano, se fijó una consulta posterior para una reevaluación de la evolución del cuadro respiratorio (mejora, empeoramiento o sin cambios) al cabo de 72 horas, siempre realizada por el mismo médico de la consulta inicial.

Al final del periodo de estudio, se realizó un análisis de las fichas de IRA para la detección de posibles complicaciones en pacientes que no habían acudido a la consulta de reevaluación.

Para fines operacionales, se definieron los diagnósticos de IRA de la siguiente forma:

- a. *Rinofaringitis aguda*: congestión nasal y/o coriza hialina, estornudos, tos, anorexia y fiebre baja con una duración de 6 a 10 días.
- b. *Faringoamigdalitis bacteriana*: dolor de garganta, fiebre alta, hiperemia de la orofaringe, hipertrofia de las amígdalas con puntos purulentos, petequias en el paladar blando y adenopatía cervical anterior.

- c. *Otitis media aguda*: síntomas respiratorios persistentes durante más de una semana, irritabilidad, llanto intenso, anorexia, otalgia, hiperemia/opacificación y/o abombamiento de la membrana timpánica.
- d. *Traqueobronquitis catarral*: tos productiva, persistencia o aparición de fiebre, roncus y respiración ruda.
- e. *Sinusitis*: síntomas intensos de rinorrea purulenta y fiebre elevada o síntomas persistentes por más de 10 días, incluyendo rinorrea, tos seca o con expectoración por la noche (4). Sólo en los casos dudosos se realizó una radiografía de los senos faciales para confirmar el diagnóstico.
- f. *Bronquiolitis*: lactantes con antecedentes de IVAS y empeoramiento progresivo de los síntomas de compromiso bronquial, con tos seca o productiva, disnea, respiración rápida y ruidosa, y agitación.
- g. *Neumonía*: fiebre, tos y disnea, acompañadas o no de aleteo nasal, frecuencia respiratoria elevada, vómitos, dolor abdominal o torácico. En todos estos casos se realizó un examen radiológico para confirmar el diagnóstico.

## Discusión de los resultados

### Resultados

Los 399 niños incluidos en este estudio corresponden al 17,9% del total de las consultas pediátricas del CSE en el periodo estudiado (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Distribución del total de niños atendidos en el CSE Prof. Samuel B. Pessoa, Butantã, São Paulo, durante los meses de abril y mayo de 1995, y de los incluidos en el estudio, según el grupo de edad

Grupo de edad	Total de niños atendidos en el CSE	Niños incluidos en el estudio
Menores de 1 año	699 (31,3%)	112 (28,1%)
de 1 a 4 años	1.004 (44,9%)	194 (48,6%)
de 5 años o más	532 (23,8%)	93 (23,3%)
Total	2.235 (100,0%)	399 (100,0%)

En cuanto al sexo, se observó que 216 eran del sexo masculino (54%) y 183 del sexo femenino (46%), como muestra el Cuadro 2. En lo referente al grupo de edad, se atendieron 7 niños con menos de un mes de vida (2% del total), 42 niños de edades entre 1 y 6 meses (11%), 63 niños de 6 a 12 meses (16%), 70 de 12 a 24 meses (18%), 124 de 2 a 5 años (30%) y 93 niños mayores de 5 años (23%); véase Cuadro 2.

**Cuadro 2.** Distribución de los niños atendidos en el CSE Prof. Samuel B. Pessoa, Butantã, São Paulo, en abril y mayo de 1995, e incluidos en el estudio, según la presencia o la ausencia de IRA, sexo y grupo de edad

Grupo de edad	Niños con IRA sexo masculino	sexo femenino	Niños sin IRA sexo masculino	sexo femenino
< 1 mes	1	0	4	2
1 a 5 meses	12	11	10	9
6 a 11 meses	12	12	17	22
12 a 23 meses	14	18	22	16
24 a 59 meses	29	32	36	27
60 meses o +	11	8	48	26
Total	79	81	137	102

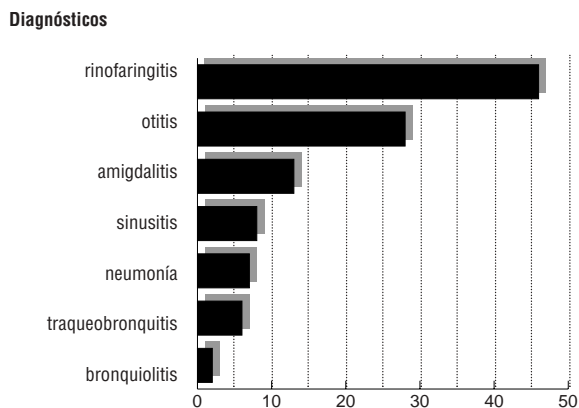
En relación al tipo de atención, 130 fueron consultas por enfermedad (imprevistas) - sin cita concertada - (33%) y 269 consultas de rutina - con cita previa - (67%).

Del total de niños atendidos, 160 (40%) presentaban cuadros de IRA y 239 (60%) otros diagnósticos. Entre los 160 pacientes con IRA, se elaboraron 176 diagnósticos: 152 (95% de los niños) de infecciones de las vías aéreas superiores (IVAS) y 24 (15%) de infecciones de las vías aéreas inferiores (IVAI). Entre los diagnósticos, como figura en el Cuadro 3, se identificaron: 74 (46,25%) casos de rinoфарингитis aguda; 45 (28,12%) casos de otitis media aguda; 20 (12,5%) de faringoamigdalitis bacterianas; 13 (8,1%) de sinusitis; 12 (7,5%) de neumonías; 10 (6,3%) de traqueobronquitis catastrales y 2 (1,25%) casos de bronquiолitis (Figura 1).

**Cuadro 3.** Distribución de los diagnósticos de IRA según el grupo de edad de los niños atendidos en el CSE Prof. Samuel B. Pessoa, Butantã, São Paulo, de abril a mayo de 1995

Grupo de	Rinofaringitis aguda	Amigda- litis	Sinusitis	Otitis Media	Traqueo- bronquitis	Bronquitis	Neumonía
< 1 mes	1	0	0	0	0	0	0
1 a 5 meses	13	0	0	0	0	2	3
6 a 11 meses	10	2	0	7	4	0	1
12 a 23 meses	18	4	2	11	2	0	0
24 a 59 meses	29	8	8	14	2	0	6
60 meses o +	3	6	3	7	2	0	2
Total	74	20	13	45	10	2	12

**Figura 1.** Distribución de los diagnósticos, según la frecuencia, en niños portadores de IRA, CSE Prof. Samuel B. Pessoa, Butantã, São Paulo, de abril a mayo de 1995



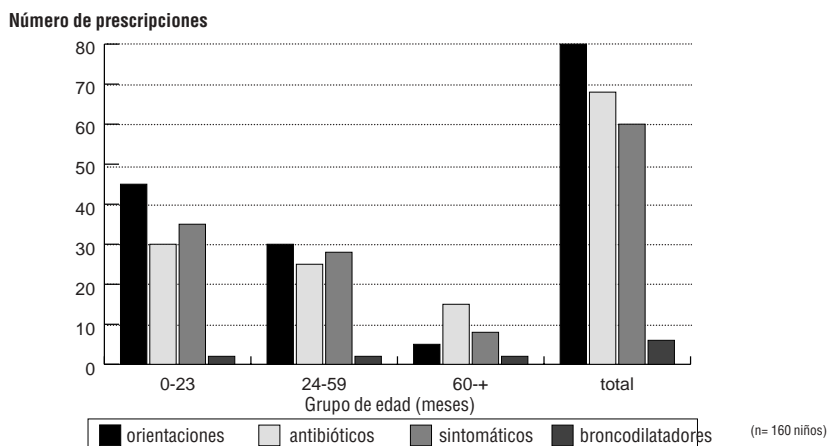
Respecto a los factores de riesgo descritos en la literatura como asociados a las IRA, se observó, según el Cuadro 4, que: 101 niños (63,12%) tenían antecedentes de un primer episodio de IRA con menos de 1 año de edad; 93 (58,12%) de tabaquismo pasivo; 75 (46,87%) frecuentaban una guardería; 49 (30,62%) no recibían lactancia materna desde una edad temprana (con menos de 3 meses de edad); 46 (28,75%) refirieron atopía personal o familiar; 19 (11,87%) eran prematuros; 15 (9,37%) antecedentes de distrofia y, sólo 2 (1,25%) de enfermedad crónica.

**Cuadro 4.** Distribución de los factores de riesgo de IRA, referidos en la literatura, observados en los niños portadores de IRA atendidos en el CSE Prof. Samuel B. Pessoa, Butantã, São Paulo, abril y mayo de 1995, según el grupo de edad

Factores de riesgo	0 a 23 meses	24 a 59 meses	60 meses o +	Total
Tabaquismo pasivo	45	38	10	93
Distrofia	9	5	1	15
Asistencia a guardería	23	38	14	75
Vacunación inadecuada	0	0	0	0
Destete precoz	24	17	8	49
Antecedentes de atopía	22	16	8	46
Nacimiento prematuro	9	8	2	19
IRA precoz	52	35	14	101
Enfermedades crónicas	0	1	1	2
Total	184	158	58	400

En los casos de IRA, como evidencia la Figura 2, las prescripciones según grandes grupos correspondieron a: terapia antibiótica en 69 casos (43,12%); sintomáticos en 60 (37,5%) y broncodilatadores en 7 (4,37%); se dieron también para 81 niños (50,62%) orientaciones generales, aisladamente o además de los fármacos.

**Figura 2.** Frecuencia de tipos de prescripciones en niños con IRA, según el grupo de edad. CSE Butantã, São Paulo, abril y mayo de 1995



En conjunto, se observó una concentración un poco mayor de IRA en el grupo de un año de edad, entre los lactantes (hasta un año de edad y de 1 a 2 años incompletos) que no se reveló sin embargo estadísticamente significativa (Cuadro 5).

**Cuadro 5.** Distribución de los niños atendidos en el CSE Prof. Samuel B. Pessoa, Butantã, São Paulo, de abril a mayo de 1995, según la presencia o la ausencia de IRA y el grupo de edad

Grupo de edad	Niños sin IRA	Niños con IRA	Total
0 a 11 meses	64	48	112
12 a 23 meses	38	32	70
24 a 59 meses	63	61	124
60 meses o +	74	19	93
Total	239	160	399

## Discusión

Las IRA constituyen una prioridad mundial (5,6), formando parte de las cinco Acciones Básicas de Salud preconizadas por la OMS, siendo considerada por algunos autores como aquella de más difícil intervención debido a las dificultades inherentes a su prevención y a su estandarización diagnóstica y terapéutica (7,8,9,10).

Ante estas consideraciones, procuramos demostrar la incidencia de las IRA, según los principales grupos de diagnóstico, el tipo de tratamiento o la evolución de los casos, con el objetivo de contribuir a una mejor caracterización de los casos atendidos en la unidad básica de salud vinculada a la Facultad de Medicina de la USP, en la que se desarrollan los programas de integración docente y asistencial del Departamento de Pediatría, y de las necesidades de actuación en estos casos. A pesar de tratarse de una descripción casuística, y no de una muestra de población, los resultados observados pueden ser considerados comparables a la literatura referente al tema.

La incidencia de IRA observada fue de 40%, lo que concuerda con la literatura (1,2,11,12,13,14), sin que se observase, sin embargo, una incidencia estadísticamente mayor entre los lactantes, como se propone habitualmente en la literatura (15).

En los niños con IRA, no hubo predominio del sexo masculino, lo que tampoco es habitual en la literatura especializada (16).

Hubo predominio de las infecciones aisladas de las vías respiratorias superiores (85%), conforme a la literatura (11,12,13), así, entre los casos de rinofaringitis agudas (46,25%), la mayoría se observó en el grupo de edades comprendidas entre 0 y 2 años incompletos.

La otitis media aguda (OMA) fue el segundo diagnóstico más frecuente, representando 28,1% del total de casos de IRA, con un ligero predominio en los lactantes, lo que concuerda con la literatura consultada (14,16,17,20). Según Bluestone, de 17.000 consultas en establecimientos pediátricos, durante el primer año de vida, la OMA representa 1/3 de las consultas por enfermedad y 1/5 del total de visitas pediátricas (19). El número relativamente elevado de casos de OMA en mayores de 5 años podría ser más probablemente consecuencia de casos de otitis a repetición.

La faringoamigdalitis bacteriana correspondió al 12,58% de los diagnósticos de IRA, con predominio en el grupo de edades comprendidas entre 2 y 5 años; son raras en los menores de 12 meses y poco frecuentes entre los 2 y los 3 años, alcanzando una mayor incidencia en la edad preescolar y el inicio de la edad escolar (11,20,21,22).

Entre las IRA, concordando con la observación de varios autores (4,16,20,22,23), se verificó 8,1% de casos de sinusitis, la mayoría entre niños mayores de 2 años. La neumonía se encontró en 7,5% de las IRA, con predominio en el grupo de los menores de 5 años de edad.

La evaluación de los programas de diversos países, además de los estudios clínicos realizados en Brasil y en otros lugares, en los últimos cinco años, indican que la mayor parte de los fallecimientos de menores de 5 años se debe a infecciones del tracto respiratorio inferior, tratándose en la mayoría de los casos de neumonías bacterianas.

La detección precoz de los casos de neumonía, el tratamiento inmediata con antibióticos y otras medidas de seguimiento pueden reducir significativamente la mortalidad por esta enfermedad (3, 8, 9, 10).

La incidencia observada de diagnósticos de neumonía concuerda con la casuística referida en la literatura (17, 24).

En cuanto a las traqueobronquitis, la incidencia fue de 6,25%, cifra inferior a la de la literatura (16, 25, 26, 27).

No se diagnosticó ningún caso de epiglotitis, ni de laringitis o de mastoiditis.

Respecto a los factores de riesgo asociados a las IRA por la literatura, en la casuística de este estudio, tuvieron una mayor frecuencia los antecedentes de un primer episodio de IRA en edad temprana, en el primer año de vida. Los episodios previos de IRA o de OMA, sumados a los factores ambientales o de constitución, podrían ser considerados como “marcadores” de aquellos niños que necesitan un seguimiento más frecuente (17, 28).

El tabaquismo pasivo se encontró en 58,1% de los casos; según Rosemberg, en São Paulo se demostró que la frecuencia de las IRA era 3 veces mayor en niños cuya madre era fumadora, en comparación con niños cuyas madres no tenían dicho hábito.

La asistencia a una guardería estaba presente en 46,87% de los casos, siendo esta cifra superior a la encontrada en la literatura (29). Los lactantes y los niños que acuden a una guardería tienen un mayor riesgo de exposición a las enfermedades infecciosas.

Los factores inmunoalérgicos (atopía) estaban presentes en 28,75% de los casos. El cuadro clínico de las rinopatías alérgicas no siempre se distingue fácilmente de los resfriados comunes. Parece existir una acción facilitadora de las IVAS de repetición en los niños portadores de problemas inmunoalérgicos, ya sea por la inmunodeficiencia específica, local o general. Ya sea por el problema inflamatorio local, produciendo fenómenos obstructivos o permitiendo la penetración de virus y bacterias en los tejidos. Parece que esos dos fenómenos se retroalimentan: el proceso alérgico y el infeccioso de las vías aéreas superiores (12).

El destete precoz, considerado como ausencia de lactancia exclusivamente materna antes del 3º mes de vida, también fue considerado como un factor de riesgo, siendo encontrado en 30,62% de los casos. La lactancia materna proporciona protección contra la neumonía a través de la transmisión de factores antibacterianos y antivíricos, estimulantes del sistema inmunológico del niño.

Respecto al tipo de tratamiento utilizado, se constató que el ítem más frecuente fue el de orientaciones generales en 50,6% de los casos (aumento de la ingesta de líquidos, higiene nasal, abrigo y signos de alerta de las eventuales complicaciones). El uso de antibióticos, bastante elevado, 43,12%, fue restringido a casos cuya etiología es probablemente bacteriana (faringoamigdalitis, neumonías, otitis medias y sinusitis). Los sintomáticos fueron utilizados en 37,5% de los casos, limitándose al uso de antipiréticos y de analgésicos, sin que fueran prescritos antitusígenos o descongestionantes conforme a la conducta preconizada en nuestro servicio. Los broncodilatadores sólo fueron empleados en 4,3% de los casos.

## Conclusiones

La incidencia de las IRA fue de un 40%, lo que reafirma la necesidad de un programa orientado a las enfermedades respiratorias de la infancia, con un seguimiento continuo de la morbilidad e intervenciones que se traduzcan por una disminución de la mortalidad infantil por estas causas.

La mitad de los casos de IRA ocurrió en el grupo de los lactantes, lo cual demuestra la necesidad de vigilancia continua de este grupo de edad, por medio de consultas concertadas y sistematizadas en los establecimientos de salud para el diagnóstico, el tratamiento o la referencia precoz de estos casos, además de una posible intervención en los factores de riesgo asociados a las enfermedades respiratorias.

Las vías respiratorias superiores, aisladamente, fueron las más atacadas, siendo la mayoría de los casos rinitis agudas, generalmente de carácter benigno, sin que necesitasen una terapia antibiótica. Este dato apoya las directrices de evitar el uso innecesario de antibióticos en las IRA, para una menor exposición de los niños a los antibacterianos, evitando la aparición de resistencias bacterianas.

Las otitis medias agudas fueron el segundo grupo más común, con predominio entre los lactantes, lo que destaca la necesidad de entrenamiento de los profesionales de la salud para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de esta enfermedad, con un enfoque hacia la prevención de la hipoacusia y la sordera en la infancia.

En relación a las neumonías, que son frecuentemente, de todas las IRA, las mayores responsables de hospitalizaciones y de muertes de niños, se encontró un número de casos elevado, reforzando la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoces, así como de un seguimiento adecuado en el sentido de evaluar e interferir sobre los factores de riesgo que pueden contribuir a una mayor letalidad.

## Referencias bibliográficas

1. Bourroul, M.L.M. & Bricks, L. F. *Pneumonias Agudas*. In Marcondes, E. et al Eds, *Pediatria em Consultório*, São Paulo, Sarvier, 1993.
2. Ribeiro, T.V.M. *Manual de condutas do programa e controle das doenças respiratórias da infância*. Secretaria do Estado da Saúde, São Paulo, 1994.
3. Ejzemberg, B. *Ensaio-considerações sobre a etiologia da pneumonia infantil*, Revista Paulista de Pediatria, 13 (1): 20-28, 1985.
4. Wald, E.R. *Sinusitis in children*. N. Engl J. Med, 326(5): 319-23, 1992.
5. Klein, J.O. *Otitis media*. In Krugman, S. et al Eds, *Infectious diseases of children*, 9ªed, St. Louis, Mosby, 1992.
6. Walter, E.B., Jr & Shurin, P.A. *Acute respiratory infections*. In Krugman, S. et al Eds, *Infectious diseases of children*, 9ªed, St. Louis, Mosby, 1992.
7. Alcântara, P & Rosov, T. *Infecções de vias aéreas superiores*, In Marcondes, E. Ed. *Pediatria Básica*, 8ªed., São Paulo, Sarvier, 1991.
8. Ejzemberg, B. et al, *Pneumonias agudas bacterianas*. In Rozov, T. Ed, *Afecções*

- Respiratórias não Específicas em Pediatria, São Paulo, Sarvier, 1986.
9. Rozov, T. *Pneumopatas agudas*. In Marcondes, E. Ed. *Pediatria Básica*, 8ªed, São Paulo, Sarvier, 1991.
  10. Schulman, S.T. *Streptococcal pharyngitis - Diagnostic considerations*. J. Ped. Infec. Dis, 13 (6): 567-71, 1994.
  11. Carvalho, A.A. *Infecções de vias aéreas superiores*. In Farhat, C.K. et al. Eds, *Infecção-logia Pediátrica*, São Paulo, Atheneu, 1993.
  12. Costa, N.P. & Campos, S.O. *Infecções recorrentes de vias aéreas superiores*, *Pediatria Moderna*, 29 (6): 776-784, 1993.
  13. Gomes, C.E.T. *Infecções de vias aéreas inferiores*. In Farhat, C.K. et al. Eds, *Infecção-logia Pediátrica*, São Paulo, Atheneu, 1993.
  14. Ribeiro, T.V.M. et al. *Importância das infecções respiratórias agudas em crianças do município de São Paulo*. *Revista Paulista de Pediatria*, 9:6, 1985.
  15. \_\_\_\_\_. *Infecções respiratorias agudas de la infancia*. *Bol of Sanit Panam* 105 (4): 417-2, 1988.
  16. Wald, E.R. et al. *Treatment of acute maxillary sinusitis in childhood a comparative study of amoxicillin and cefaclor*. J. Pediatr, 104(2):297-302, 1984.
  17. Neumann, Z.A. *Assistência e controle das infecções respiratórias agudas*. Ministério da Saúde, Brasília, 1994.
  18. Pichichero, M.E. *Assessing the treatment alternatives for acute otitis media*. J. Ped Infec Dis, 13 (1): 527-34, 1994.
  19. Bluestone, C.D. *Tratamento atual da otite média*. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, 6: 1447-63, 1989.
  20. Larsen, L.G. et al *Acquired disorders of the extrathoracic airway*. In Hay, W.W., Jr et al Eds, *Current: Pediatric Diagnosis & Treatment*, 12 ed, Appleton & Lange, East Norwalk, 1995.
  21. MacMillan, J.A. *Childhood pneumonia in developed countries. Current opinion in infectious diseases*, 7:364-67, 1994.
  22. Wald, E.R., Guerra, N. & Byers, C. *Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications*. *Pediatrics*, 87(2): 129-33, 1991.
  23. Menon, A.D.L. & Miyake, M.A.M. *Otitis e sinusites na infância*. *Pediatria Moderna*, 30 (5): 811-22, 1994.
  24. Peter, G. *The child with pneumonia, diagnostic and therapeutic considerations*. J. Ped Infec Dis, 7:453-56, 1988.
  25. Baldacci, E.R. & Lotufo, J.P.B. *Afecções edemato-inflamatórias agudas da laringe*. In Marcondes, E. Ed, *Pediatria Básica*, 8ªed, São Paulo, Sarvier, 1991.
  26. Ribeiro, T.V.M. *Bronquite*. In Marcondes, E. Ed, *Pediatria Básica*, 8ªed, São Paulo, Sarvier, 1991.
  27. Ribeiro, T.V.M. *Bronquiolite*. In Marcondes, E. Ed, *Pediatria Básica*, 8ªed, São Paulo, Sarvier, 1991.
  28. Victora, C.G. *Risk factors of pneumonia among children in a brazilian metropolitan area*. *Pediatrics*, 93 (6): 977-85, 1994.
  29. Rozov, T. & Bresolin, A.M.B. *A síndrome do lactente chiador*. In Carneiro-Sampaio, M.M.S. & Grumach, A.S. Eds, *Alergia e Imunologia em Pediatria*, São Paulo, Sarvier, 1992.

# Anexo 1

## Protocolo de enfermedades respiratorias agudas

### I. Identificación

Protocolo \_\_\_\_\_

Nº de ficha \_\_\_\_\_

Tipo de consulta:

rutina

fuera de cita

Sexo

1. Masculino

2. Femenino

Edad

1. 0-1 m

3. 6-12 m

5. 24-60 m

2. 1-6 m

4. 12-24 m

### II. Diagnóstico:

1. Enfermedad respiratoria  
 2. Otros

Enfermedades respiratorias

1. Infección Respiratoria Aguda

2. Otros \_\_\_\_\_

(asma/rinitis/otitis/neumonía)

### III. Signos y síntomas:

1. Tos

5. Anorexia

9. Postración

13. Dolor de garganta

2. Coriza

6. Tiraje

10. Dif. de tragar

14. Adenitis cervical

3. Fiebre (medida)

7. Sibilancia

11. Otaglia

15. Resp. Ruidosa

4. Taquidisnea

8. Vómitos

12. Cefalea

16. Otros: \_\_\_\_\_

### IV. Diagnóstico de la IRA:

1. Rinofaringitis/Gripe/Obstr. nasal/Coriza/Fiebre  
2. Faringoamigdalitis  
    a. Bacteriana  
    b. Vírica  
3. Otitis Media Aguda  
4. Laringitis  
5. Traqueobronquitis catarral  
6. Sinusitis  
7. Mastoiditis  
8. Epiglotitis  
9. Bronquitis  
10. Neumonía

### V. Factores de riesgo

1. Tabaquismo \_\_\_\_\_

2. Densidad de personas/habitación: \_\_\_\_\_

3. Nutrición: \_\_\_\_\_  Eutrófico

4. Guardería: \_\_\_\_\_  Sí

5. Vacunación: \_\_\_\_\_  Al día \_\_\_\_\_

6. Lactancia exclusiva:  Sí

7. Atopia personal o familiar:  Sí

8. Prematuro:  Sí

9. Enfermedades crónicas:  Aparato respiratorio

10. Edad precoz del 1er episodio IRA (antes de 1 año)

Distrófico

No

Atrasada \_\_\_\_\_

periodo \_\_\_\_\_

No

No

Otros \_\_\_\_\_

Sí

Hermanos mayores

Incompleta

No

No

### VI. Tratamiento

1. Sintomáticos (analgésicos, antipiréticos, antieméticos)  
 2. Antibióticos. ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 3. Orientaciones (suero fisiológico/aumento ingesta de líquidos)  
 4. Broncodilatadores

### VII. Regreso (72 horas):

- mejoría  
 inalterado  
 empeoramiento

Conducta

- mantenida  
 cambio de antibióticos  
 hospitalización/referencia