



CAPÍTULO 2

MAGNITUD Y CONTROL DE LAS IRA EN FUNCIÓN DE LAS METAS DE LA CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA

Dr. Yehuda Benguigui

I. INTRODUCCIÓN

Las acciones propuestas para el control de las IRA desde los servicios de salud y con extensión al hogar, pueden contribuir a un impacto hasta de 80% de reducción de la mortalidad por esa causa. La meta para el año 2000, establecida durante la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, estipula una reducción de 30% en la mortalidad por IRA tomando como base las cifras de 1990. A fin de garantizar el cumplimiento de dicha meta, el control de las IRA por medio del manejo estándar de casos (MEC), dentro del contexto de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, continuaría siendo la estrategia más importante para el próximo período antes de fines del milenio. Para implementarla, se requiere un intenso trabajo por parte de cada uno de los países y en especial, del personal involucrado en esta acción a nivel local.

Además, es necesario que el personal encargado de llevar a cabo estas acciones, conozca los datos de base en cuanto a la magnitud del problema en la Región, así como las razones de la persistencia de las IRA como problema de salud en los niños de los países en desarrollo, las cuales son diversas y están asociadas en general a la prevaencia de factores de riesgo de enfermedad y de agravamiento, a los patrones culturales de la población y a las condiciones de acceso a una adecuada atención de salud.

II. MAGNITUD DE LA MORTALIDAD POR IRA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Una gran parte de las muertes anuales de niños menores de 5 años en los países de la Región de las Américas se debe a IRA. La causa de la mayoría de estas muertes, es la neumonía, que provoca entre ocho y nueve de cada 10 muertes por IRA que ocurren en los países de América.

a) Datos oficiales.

La última información disponible sobre mortalidad en menores de 5 años en los países de la Región muestra que la neumonía e influenza pueden ser la causa de hasta 33% de las muertes totales de niños menores de 1 año y de hasta 27% de las de niños de 1 a 4 años, ambos extremos en Guatemala (Cuadro 1). La importancia de la neumonía e influenza como causa de mortalidad en los niños de los países en desarrollo contrasta con lo observado en los países desarrollados de la Región, tales como Canadá y Estados Unidos, en los que la neumonía e influenza representa menos de 2% de las muertes de niños menores de 1 año y menos de 3% de las de los niños de 1 a 4 años (2).

Las tasas de mortalidad por neumonía e influenza en niños menores de 1 año que se registran en los países en desarrollo también son muy superiores a las que registran los países desarrollados (Gráfico 1). En 1993, 14 de cada 1.000 nacidos vivos en Guatemala morían antes de cumplir el año de edad debido a esta causa, mientras que en Canadá sólo seis de cada 100.000 niños nacidos vivos fallecieron por neumonía e influenza.

La situación fue similar para otros países en desarrollo de la Región, tales como Perú, Paraguay, Nicaragua, México o Ecuador, en los que entre 200 a 500 niños de cada 100.000 nacidos vivos murieron por neumonía e influenza.

La neumonía e influenza también son una importante causa de mortalidad en los niños de 1 a 4 años. Dos de cada 1.000 niños de esta edad murieron en Guatemala en 1993 debido a esta causa antes de cumplir los 5 años de edad. En Canadá, en cambio, en 1992 sólo 1 de cada 100.000 niños de 1 a 4 años murieron por neumonía e influenza antes de cumplir el quinto año de edad (Gráfico 2).

La gran diferencia existente entre los países en desarrollo y los países desarrollados de la Región en materia de mortalidad por neumonía e influenza queda claramente de manifiesto cuando se intenta establecer en qué año la mortalidad por esta causa alcanzaba los valores que se registran actualmente en algunos países de la Región.

La mortalidad por neumonía e influenza en menores de 1 año, por ejemplo, superaba el valor de 1.000 por cada 100.000 nacidos vivos en Estados Unidos y Canadá antes de 1940; y cifras cercanas a los 250 por 100.000 nacidos vivos pueden encontrarse sólo hasta mediados de la década de los 60.

Por ende, los niños menores de 1 año de los países en desarrollo de la Región de las Américas están expuestos en la actualidad a riesgos de morir por neumonía e influenza similares a los que se registraban en los países desarrollados de la Región hace 30 años o más.

**Cuadro 1. Mortalidad por neumonía e influenza¹ en niños menores de 5 años
Países de América (última información disponible²)**

PAÍS	MENORES DE 1 AÑO				1 A 4 AÑOS			
	AÑO	N°	TASA ³	% ⁴	AÑO	N°	TASA ⁵	% ⁴
ARGENTINA	1994	560	83,11	3,78	1993	190	6,94	7,89
BAHAMAS	1990	13	212,52	8,72	1990	1	4,77	4,76
BARBADOS	1992	2	47,79	3,51	1992	0	0,00	0,00
BELICE	1989	5	113,38	4,63	1989	7	41,87	24,14
BRASIL	1993	5.534	152,00	12,64	1991	2.538	18,11	16,74
CANADÁ	1992	26	6,52	1,07	1992	14	0,90	2,90
CHILE	1994	368	127,72	10,70	1993	82	6,75	11,34
COLOMBIA	1991	1.367	152,68	10,64	1991	575	17,53	14,25
COSTA RICA	1994	48	59,71	4,59	1994	16	5,04	8,12
CUBA	1995	87	59,23	6,29	1995	26	3,68	6,24
DOMINICA	1985	2	117,40	6,25	1985	0	0,00	0,00
ECUADOR	1994	742	250,91	21,05	1994	417	36,40	15,16
EL SALVADOR	1990	254	171,20	6,86	1990	115	13,20	9,32
ESTADOS UNIDOS	1991	607	14,77	1,65	1991	207	1,07	2,87
G. FRANCESA	1984	1	41,50	2,00	1984	0	0,00	0,00
GRENADA	1988	1	49,26	6,67	1988	0	0,00	0,00
GUATEMALA	1993	4.206	1439,14	33,42	1993	3.005	210,85	26,62
HONDURAS	1981	222	137,0	6,00	1981	152	28,63	6,01
JAMAICA	1985	104	179,31	9,78	1985	36	16,51	8,72
MÉXICO	1994	7.687	264,70	15,42	1994	1.669	18,64	15,66
MONTSERRAT	1990	0	0,00	0,00	1990	-	-	-
NICARAGUA	1995	178	291,74	9,22	1995	146	24,70	23,97
PANAMÁ	1993	77	130,09	6,97	1993	32	13,25	11,07
PARAGUAY	1993	308	399,43	16,13	1993	174	31,41	22,66
PERÚ	1992	3.275	525,77	23,20	1992	1.329	38,76	24,39
PUERTO RICO	1992	20	29,50	2,40	1992	5	1,60	4,30
REPÚBLICA DOMINICANA	1995	141	151,73	7,37	1995	48	5,83	12,44
SAN CRISTÓBAL Y NIEVES	1991	0	0,00	0,00	1991	1	21,14	16,67
SANTA LUCÍA	1991	1	26,77	1,49	1991	1	6,25	1,27
SURINAME	1991	4	36,36	3,54	1991	7	15,91	17,07
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS	1991	3	115,79	5,26	1991	0	0,00	0,00
TRINIDAD Y TABAGO	1991	23	102,83	9,31	1991	9	7,56	13,24
URUGUAY	1994	66	106,10	6,30	1993	17	8,20	9,50
VENEZUELA	1993	875	166,86	7,00	1993	326	14,83	12,46

¹ Corresponde a los códigos 480-487 de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9a. Revisión.

² Última información enviada por los responsables del control de las Infecciones Respiratorias Agudas de cada país a la Unidad de Control IRA/CED de OPS/OMS, Washington D.C., U.S.A.

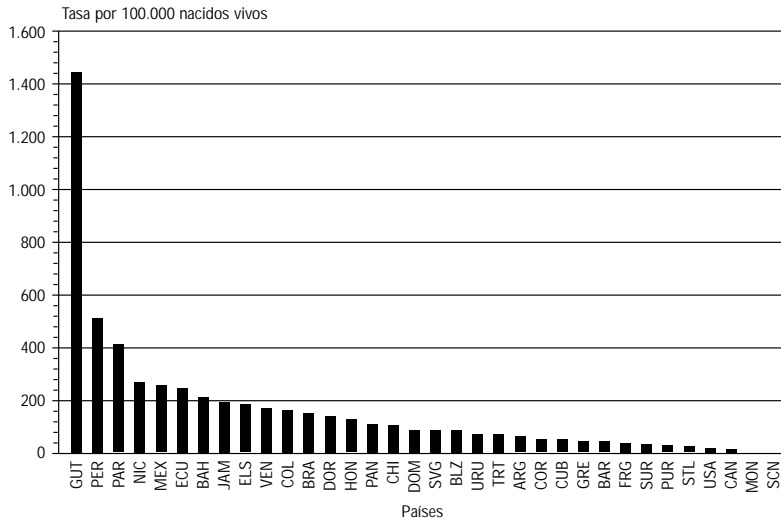
³ Tasas por 100.000 nacidos vivos.

⁴ Porcentaje sobre el total de muertes por cualquier causa.

⁵ Tasas por 100.000 habitantes de 1 a 4 años.

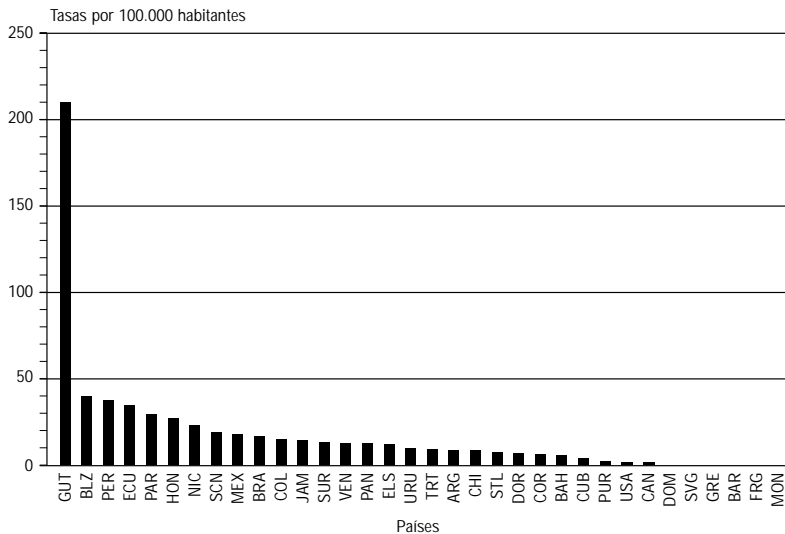
- No hay información disponible.

Gráfico 1. Mortalidad por neumonía e influenza en niños menores de 1 año. Países de la Región de las Américas. Último año disponible.



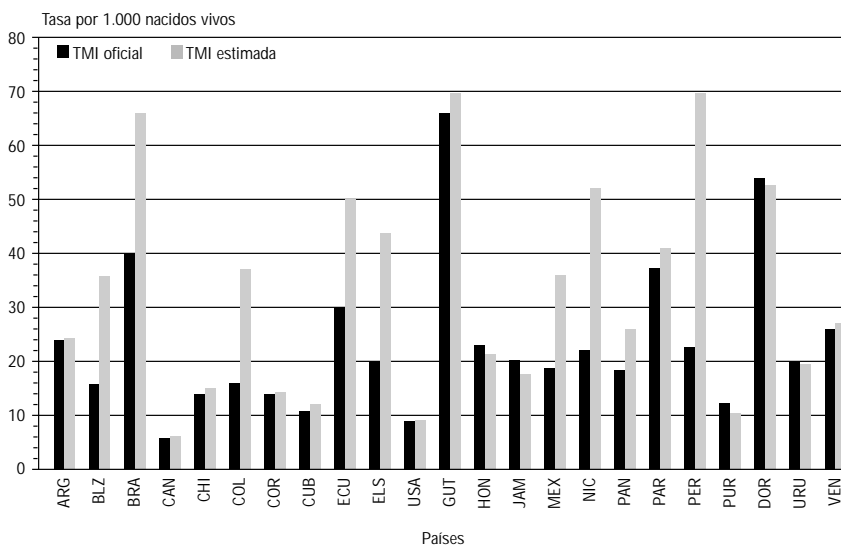
Fuente: Base de Datos IRA. Unidad de Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Programa de Enfermedades Transmisibles. OPS/OMS.

Gráfico 2. Mortalidad por neumonía e influenza en niños de 1 a 4 años de edad. Países de la región de las Américas. Último año disponible.



Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1995.

Gráfico 3. Comparación entre la tasa de mortalidad infantil informada y estimada en algunos países de América para el último año disponible



Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1995.

b) Estimaciones

Las cifras anteriores, sin embargo, basadas en la última información oficial disponible, no reflejan la magnitud real de la situación. El subregistro de la mortalidad en los niños menores de 5 años, sumado a los problemas que se originan en la certificación y codificación de la causa de muerte, hacen que muchas muertes de niños de esta edad por neumonía e influenza no estén incluidas en las cifras disponibles.

Se estima que el grado de subregistro en la mortalidad en los niños menores de 1 año puede llegar hasta 200%, lo que significa que la tasa de mortalidad infantil de algunos países de la Región pueden ser hasta tres veces más altas de lo que reflejan las cifras oficiales (Gráfico 3).

Si se toma en consideración los ocho países para los cuales se estima un subregistro superior a 100%, el número de muertes estimado debido a neumonía e influenza asciende a 29,440, lo que representa una diferencia de 19.135 muertes con respecto a las informadas oficialmente, 10.305 (Gráfico 4).

Aun en algunos países con un grado menor de subregistro, las estimaciones ponen de manifiesto una gran cantidad de muertes que no son notificadas debido a los problemas combinados del subregistro y las fallas en la clasificación de la causa de muerte. Es el caso del Brasil, por ejemplo, que con un subregistro estimado de muertes menores de 1 año de 57%, y una proporción de muertes “mal definidas” de 20%, registra un número de muertes por neumonía e influenza de 9.001, frente a una cifra estimada de 17.688, lo que representa una diferencia en el número de muertes de 8,687 (Gráfico 4).

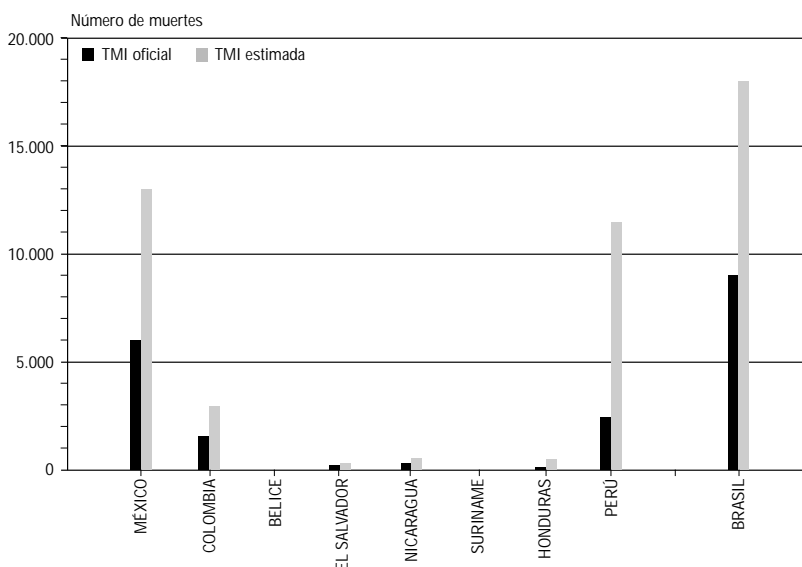
Si se toma en cuenta entonces las estimaciones de mortalidad por neumonía e influenza disponibles para 1994 se observa que estas alcanzan valores de hasta 31 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Haití), en países con tasas de mortalidad infantil por encima de 100 por 1.000 nacidos vivos (Cuadro 2).

La distribución de las cifras estimadas de mortalidad por neumonía e influenza en algunos países de América (Gráfico 5) muestra claramente que este es un problema de gran importancia en los países con mayores tasas de mortalidad, en los que llega a representar hasta tres de cada 10 muertes de niños menores de 5 años.

Los países que presentan las mayores tasas de mortalidad en niños menores de 5 años, tales como Haití, Perú, Bolivia y Guatemala, son aquellos en los que la neumonía e influenza reviste la mayor importancia como causa de mortalidad. Otros países con tasas de mortalidad estimada menores, tales como Honduras, Brasil, Nicaragua, Ecuador, República Dominicana, Guyana, Paraguay y El Salvador, también tienen elevadas tasas de mortalidad por neumonía e influenza.

En cambio, los países que tienen bajas tasas de mortalidad por neumonía e influenza (Canadá, Estados Unidos, Cuba, Puerto Rico y Costa Rica), registran bajas tasas de mortalidad total, lo que pone de manifiesto la importancia del control de estas enfermedades para lograr una disminución en la mortalidad en la infancia.

Gráfico 4. Comparación entre el número de muertes por neumonía e influenza informadas y estimadas en niños menores de 1 año de algunos países de América para el último año disponible



Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1995.

Cuadro 2. Mortalidad en niños menores de 5 años
Total de muertes y por neumonía e influenza. Estimaciones, circa 1994

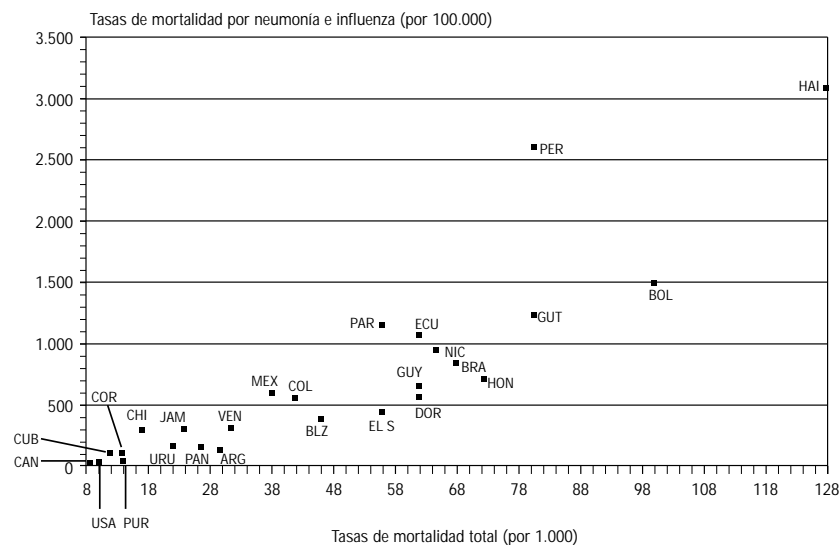
PAÍS	MENORES DE 5 AÑOS		MENORES DE 1 AÑO	
	TOTAL	IRA	TOTAL	NEUMONÍA E INFLUENZA
ARGENTINA	30	150	26	117
BAHAMAS	21	168	19	154
BARBADOS	19	114	16	85
BELICE	46	368	36	688
BOLIVIA	100	1.500	74	1.480
BRASIL	67	804	57	467
CANADÁ	8	16	7	8
CHILE	17	238	14	227
COLOMBIA	42	546	32	358
COSTA RICA	14	112	12	119
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
R. DOMINICANA	62	558	48	245
SAN CRISTÓBAL Y NIEVES	32	256	27	95
S. 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 460-466 y 480-487); neumonía e influenza (códigos CIE 9a 480-487).

Aclaraciones:

- Las estimaciones de las tasas 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.

Gráfico 5. Relación entre la mortalidad total y por neumonía e influenza en niños menores de 5 años en algunos países de América. Circa 1994.



Fuente: Estimaciones del Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

III. TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA E INFLUENZA

La tendencia que ha registrado la mortalidad por neumonía e influenza en algunos países de América muestra escasas variaciones durante los últimos años.

La evolución del problema durante la década de los años ochenta dio como resultado en muchos casos una profundización de las diferencias entre los países desarrollados y los países en desarrollo de la Región.

Entre los niños menores de 1 año, por ejemplo, mientras los países desarrollados registraron porcentajes de descenso anual de la mortalidad por neumonía e influenza de entre 5 y 6% (Cuadro 3 y Gráfico 6), muchos países en desarrollo registraban descensos inferiores a 3% anual, y algunos, incluso registraron un aumento de la mortalidad por neumonía e influenza durante el decenio (Guatemala, Nicaragua). Si bien esta última situación puede estar asociada a los problemas del registro de la información, la tendencia resultante puede encontrarse entre la estabilidad o un leve descenso, muy inferior al que registraron los países desarrollados.

Como resultado de esta situación, la diferencia en años entre los países en desarrollo y desarrollados de la Región se amplió durante el decenio. Mientras en 1980, la mortalidad por neumonía e influenza en Guatemala era semejante a la registrada en Canadá hace 50 años, a fines de esa misma década esa diferencia era similar a la existente hace 60 años o más.

Cuadro 3. Tendencia de la mortalidad por neumonía e influenza¹ en niños menores de 5 años
Países de América, de 1980 a 1990 (o último año disponible), antes de 1990²

PAÍS	1980	N°	TASA	AÑO	N°	TASA ²	% DESC. ANUAL ³
ARGENTINA	1980	1.889	270,7	1990	704	103,7	6,17
BELICE	1980	38	606,6	1989	5	113,4	9,03
BRASIL	1980	1.7488	327,7	1990	10.799	299,5	0,86
CANADÁ	1980	82	22,2	1990	26	6,4	7,12
CHILE	1980	1.077	436,0	1990	739	240,3	4,49
COLOMBIA	1980	3.825	455,8	1990	1.452	162,7	6,43
COSTA RICA	1980	154	220,0	1990	109	133,0	3,95
CUBA	1980	221	161,4	1990	165	88,4	4,52
ECUADOR	1980	1.455	553,7	1990	779	309,9	4,40
EL SALVADOR	1981	292	178,8	1990	254	171,2	0,47
ESTADOS UNIDOS	1980	1.012	30,0	1990	634	15,3	4,90
GUATEMALA	1980	4.035	1.325,2	1990	4.206	1.559,6	-1,77
HONDURAS	1980	217	139,2	1981	222	137,9	0,93
JAMAICA	1983	117	190,4	1985	104	179,3	2,91
MÉXICO	1980	18.854	770,7	1990	10.122	370,0	5,20
NICARAGUA	1983	360	323,15	1990	547	536,0	-9,41
PANAMÁ	1980	80	152,0	1990	45	75,1	5,06
PARAGUAY	1980	399	887,0	1990	244	378,3	5,74
PERÚ	1980	4.349	628,1	1990	2.802	447,6	2,87
PUERTO RICO	1980	91	124,6	1990	35	52,7	5,77
REPÚBLICA							
DOMINICANA	1980	269	139,6	1990	230	103,5	2,59
SURINAME	1980	12	121,9	1990	8	72,7	4,04
URUGUAY	1980	85	157,8	1990	75	129,7	1,78
VENEZUELA	1980	944	191,5	1990	941	162,8	1,50

1 Corresponde a los códigos 480-487 de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9a. Revisión.

2 Tasas por 100.000 nacidos vivos.

3 Porcentaje de descenso registrado entre 1980 y 1990 (o los últimos años disponibles más cercanos). Los números negativos significan que el valor de la tasa de mortalidad para 1990 (o el último año disponible) es mayor que la registrada en 1980. Este indicador no se calcula para los países que no disponen de información para uno o más años, para aquellos en que no se ha registrado variación, o para los que no registraron muertes en 1980 y sí en 1990.

El inicio del decenio de los noventa, no obstante, abrió nuevas expectativas respecto de la evolución de la mortalidad por neumonía e influenza (Cuadro 4 y Gráfico 7), ya que algunos países en desarrollo registraron durante los primeros años importantes descensos anuales. Es el caso de Nicaragua, que habiendo sufrido un aumento en la tasa de mortalidad por neumonía e influenza en niños menores de 1 año durante el decenio de los 80, registró en los primeros 5 años del decenio siguiente un descenso anual de 9%.

En una situación similar se encuentra el Brasil, que habiendo mantenido su tasa de mortalidad por neumonía e influenza en niños menores de 1 año durante los ochenta registró en los primeros tres años de los noventa un descenso de 16% anual.

Si bien estos valores deberán ajustarse a medida que se disponga de mayor información, muestran un panorama diferente en relación con lo ocurrido durante la década de los ochenta (3, 4, 5).

IV. IMPORTANCIA DE LAS IRA COMO CAUSA DE ENFERMEDAD

Escasamente y con gran dificultad pueden obtenerse datos que permitan estimar la importancia de las IRA como causa de enfermedad en los niños menores de 5 años. Las dificultades existentes para la obtención y análisis de los datos de mortalidad, son mucho mayores para el caso de los datos de morbilidad.

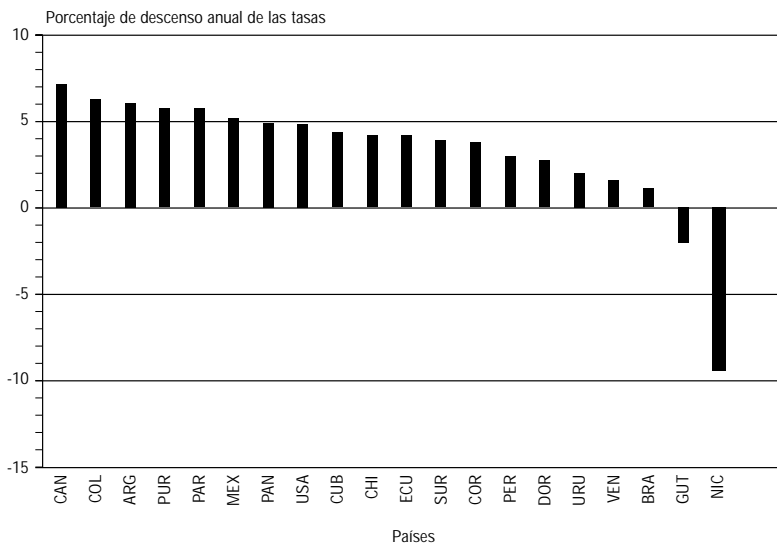
Los sistemas de información existentes para organizar el registro, envío y consolidación de datos de morbilidad están destinados a la vigilancia epidemiológica de enfermedades específicas caracterizadas por su alto potencial de transmisión (meningitis, cólera, sarampión), o que son objeto de programas especiales de control (poliomielitis, tétanos neonatal). A su vez, los registros existentes a nivel de los servicios de salud adolecen de serias fallas de cobertura (no todos los casos atendidos son registrados), y calidad del diagnóstico (diversidad de criterios clínicos y falta de confirmación etiológica, entre otros).

De este modo, la información más fidedigna disponible respecto a la importancia de las IRA como causa de enfermedad proviene de encuestas realizadas en la comunidad. Aun con sus limitaciones, sin embargo, la información de algunos centros de salud y hospitales, brinda una idea aproximada de la importancia del problema dentro de la consulta y la hospitalización de niños menores de 5 años en los países en desarrollo (6).

V. ESTUDIOS EN LA COMUNIDAD

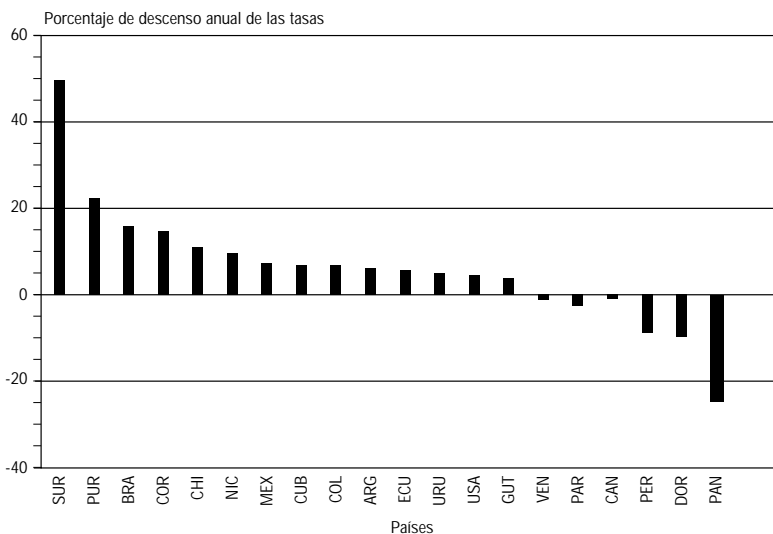
Las IRA son las afecciones que con mayor frecuencia afectan a los niños menores de 5 años. Numerosos estudios han puesto de manifiesto la importante incidencia de IRA entre los niños de esta edad, indicando además que no existen diferencias marcadas entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Algunas diferencias se encontraron, en cambio, entre los

Gráfico 6. Evolución de la mortalidad por neumonía e influenza en niños menores de 1 año. Países de la región de las Américas. Último año disponible



Nota: Las cifras negativas significan que la tasa de mortalidad por neumonía e influenza fue mayor para el último año disponible que para 1990

Gráfico 7. Evolución de la mortalidad por neumonía e influenza en niños menores de 1 año. Países de la región de las Américas, de 1990 hasta el último año disponible



Nota: Las cifras negativas significan que la tasa de mortalidad por neumonía e influenza fue mayor para el último año disponible que para 1990

**Cuadro 4. Tendencia de la mortalidad por neumonía e influenza¹
en niños menores de 5 años
Países de América de 1990 al último año disponible²**

PAÍS	1990	N°	TASA ³	AÑO	N°	TASA ³	% DESC. ANUAL ⁴
ARGENTINA	1990	704	103,74	1994	560	83,11	4,97
BRASIL	1990	10.799	299,46	1993	5.534	152,00	16,41
CANADÁ	1990	26	6,41	1992	26	6,52	-0,86
CHILE	1990	739	240,31	1994	36	127,72	11,71
COLOMBIA	1990	1.452	162,67	1991	1.367	152,68	6,14
COSTA RICA	1990	109	133,03	1994	48	59,71	13,78
CUBA	1990	165	88,40	1995	87	59,23	6,60
ECUADOR	1990	779	309,94	1994	742	250,91	4,76
EL SALVADOR	1990	254	171,20				
ESTADOS UNIDOS	1990	634	15,25	1991	607	14,77	3,15
GUATEMALA	1990	4.206	1.559,64	1993	4.206	1.439,14	2,58
HONDURAS	1981	222	137,90				
JAMAICA	1985	104	179,31				
MÉXICO	1990	10.122	369,97	1994	7.687	264,70	7,11
NICARAGUA	1990	547	536,02	1995	178	291,74	9,11
PANAMÁ	1990	45	75,12	1993	77	130,09	-24,39
PARAGUAY	1990	244	378,28	1993	308	399,43	-1,86
PERÚ	1990	2.802	447,60	1992	3.275	525,77	-8,73
PUERTO RICO	1990	35	52,70	1992	20	29,50	22,01
REPÚBLICA							
DOMINICANA	1990	230	103,48	1995	141	151,73	-9,33
SURINAME	1990	8	72,73	1991	4	36,36	50,01
URUGUAY	1990	75	129,70	1994	66	106,10	4,55
VENEZUELA	1990	941	162,81	1993	875	166,86	-0,83

1 Corresponde a los códigos 480-487 de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9a. Revisión.

2 Última información enviada por los responsables del control de las Infecciones Respiratorias Agudas de cada país a la Unidad de Control IRA/CED de OPS/OMS, Washington D.C., U.S.A.

3 Tasas por 100.000 nacidos vivos.

4 Porcentaje de descenso registrado entre 1990 y el último año disponible. Los números negativos significan que el valor de la tasa de mortalidad para el último año disponible es mayor que la registrada en 1990. Este indicador no se calcula para los países que no disponen de información para años posteriores a 1990.

niños que habitan las zonas rurales y los que viven en zona urbana. En cambio, los estudios realizados en los países desarrollados mostraron una incidencia mucho menor de neumonía que la que se encontró en los países en desarrollo. El hecho de que una proporción mucho mayor de las neumonías encontradas en los países en desarrollo sean debidas a bacterias, en contraste con lo que ocurre en los países desarrollados en que los virus tienen una mayor participación, explica en parte las mayores tasas de mortalidad por neumonía que se registran en los países en desarrollo (7-11).

Algunas encuestas realizadas en países en desarrollo durante los últimos años mostraron que entre 13 y 30% de los hijos menores de 5 años de las madres entrevistadas habían padecido episodios de tos y dificultad respiratoria durante las dos semanas previas a la entrevista (Gráfico 8).

Los estudios realizados en Colombia y Haití mostraron valores semejantes entre los niños menores de 2 meses, en los que 23% habían tenido episodios de este tipo en las últimas dos semanas. En cambio, el estudio realizado en Bolivia mostró un porcentaje mucho menor: 13%. Los porcentajes más altos (por encima de 25%) fueron encontrados en Colombia y Haití en los niños de 6 meses a 2 años.

En los tres estudios, se puso claramente de manifiesto que la frecuencia de las IRA en los niños menores de 5 años es muy elevada y representa uno de los principales problemas que afectan la salud de los niños.

VI. INFORMACIÓN PROVENIENTE DE LOS REGISTROS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La elevada frecuencia de ocurrencia de las IRA en los primeros 5 años de vida de los niños se refleja también en la importante magnitud que estas enfermedades tienen como causa de consulta y de hospitalización en los países en desarrollo.

Las IRA representaron 70% de las consultas de niños menores de 6 meses en Perú en 1992 y 60% de las de niños de 6 a 11 meses y de 1 a 4 años (Gráfico 9). La principal causa de estas consultas fueron la gripe, el resfrío y otras IRA no neumonía. La neumonía representó solamente 5,8% del total de consultas por IRA en menores de 6 meses, 7,6% en los niños de 6 a 11 meses y 7,2% en los niños de 1 a 4 años (12).

La neumonía, que es la principal causa de mortalidad por IRA en los niños menores de 5 años (8 a 9 de cada 10 muertes por IRA), representa sólo entre 8 y 12% de las consultas por IRA en este grupo de edad.

Las IRA también representan una importante causa de hospitalización de niños menores de 5 años en los países en desarrollo. Durante 1993, las IRA representaron en el Ecuador la causa de 27,6% de las hospitalizaciones de niños menores de 1 año y 24,5% de las de niños de 1 a 4 años (Gráfico 10).

Datos disponibles para México correspondientes a 1990 (Gráfico 11), muestran un por-

Gráfico 8. Prevalencia de tos o respiración rápida durante las dos semanas anteriores a la encuesta en niños menores de 5 años en algunos países de América

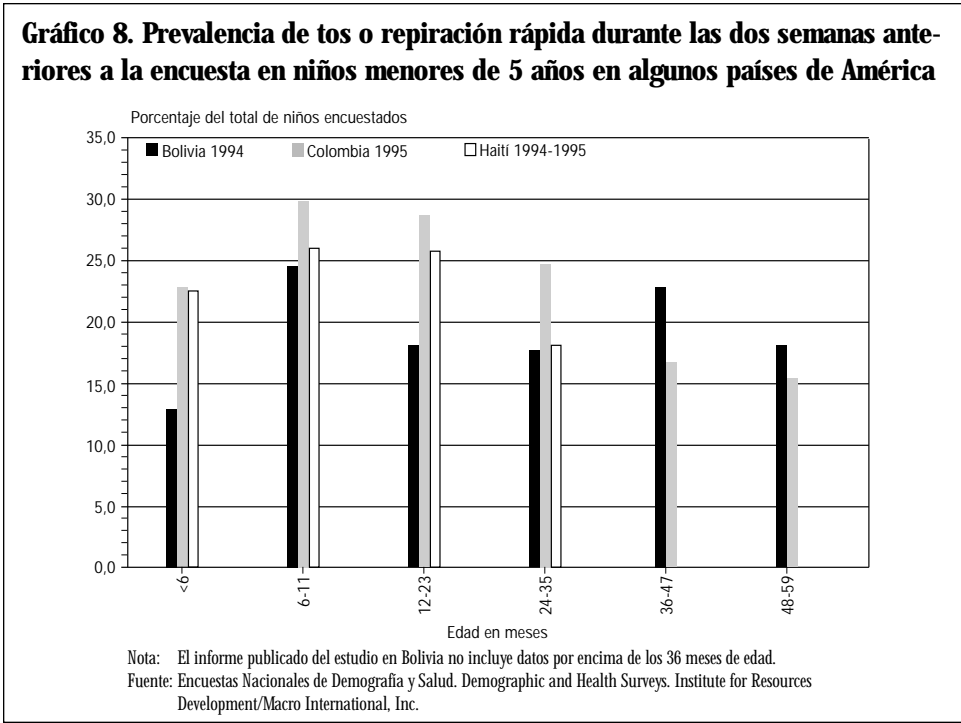


Gráfico 9. Importancia de las infecciones respiratorias agudas como causa de consulta en niños menores de 5 años. Perú, 1992

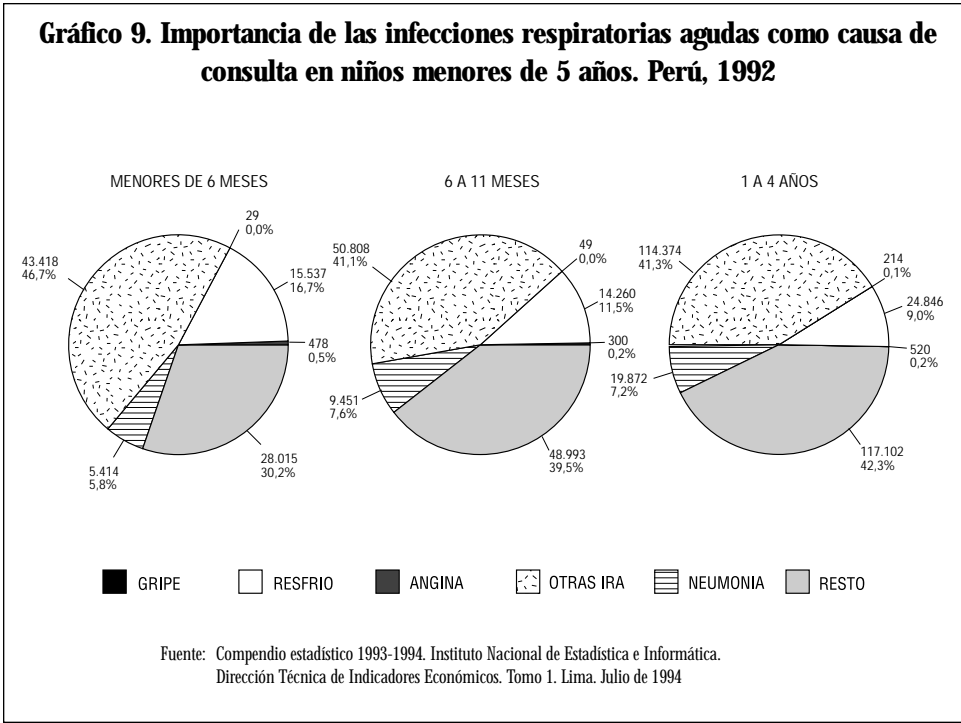
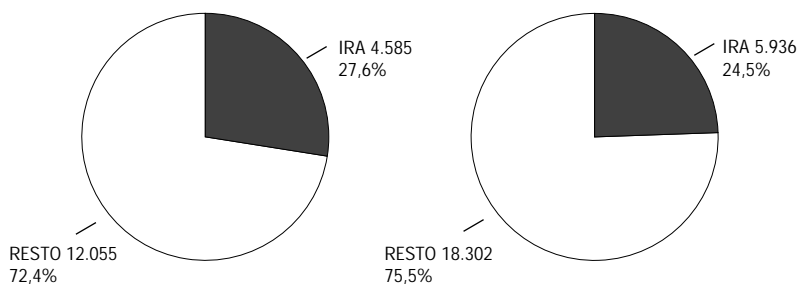


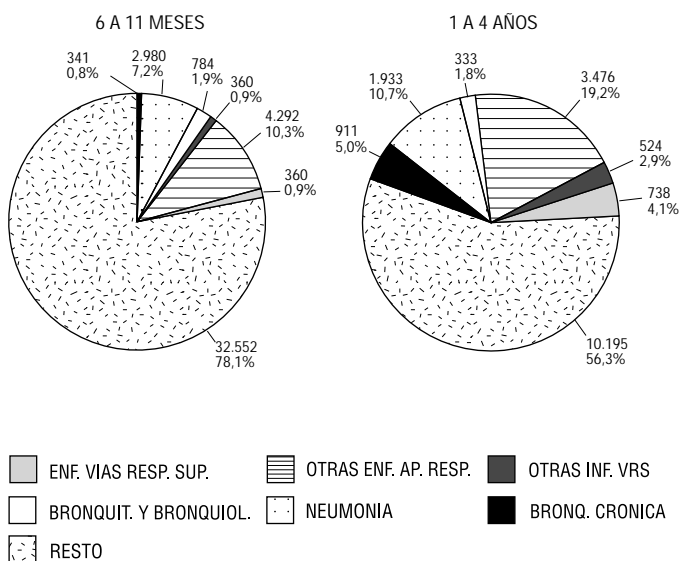
Gráfico 10. Importancia de las infecciones respiratorias agudas como causa de hospitalización. Ecuador, 1993

MENORES DE 1 AÑO



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Estadísticas Vitales. Ecuador, 1994.

Gráfico 11. Importancia de las infecciones respiratorias agudas como causa de hospitalización. México, 1990



Fuente: Anuario Estadístico 1990. Secretaría de Salud. México, Octubre 1991.

centaje similar en los menores de 1 año (21,9%), pero una cifra mayor en los de 1 a 4 años (43,7%). Entre las hospitalizaciones por IRA, la importancia de la neumonía es mucho mayor que entre las consultas. En 1990, la neumonía representó 32,7% de las hospitalizaciones por IRA de los niños menores de 1 año y 24,4% de los niños de 1 a 4 años.

Otras infecciones de las vías respiratorias, tales como la bronquitis, la bronquiolitis, y algunas afecciones de las vías superiores (amigdalitis, sinusitis y otitis, entre otras) también representaron importantes causas de hospitalización por IRA (13-15).

VII. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Las diferencias descritas en la mortalidad y morbilidad por neumonía e influenza entre los países en desarrollo y los países desarrollados están estrechamente asociadas a una mayor prevalencia de factores de riesgo de neumonía y neumonía grave.

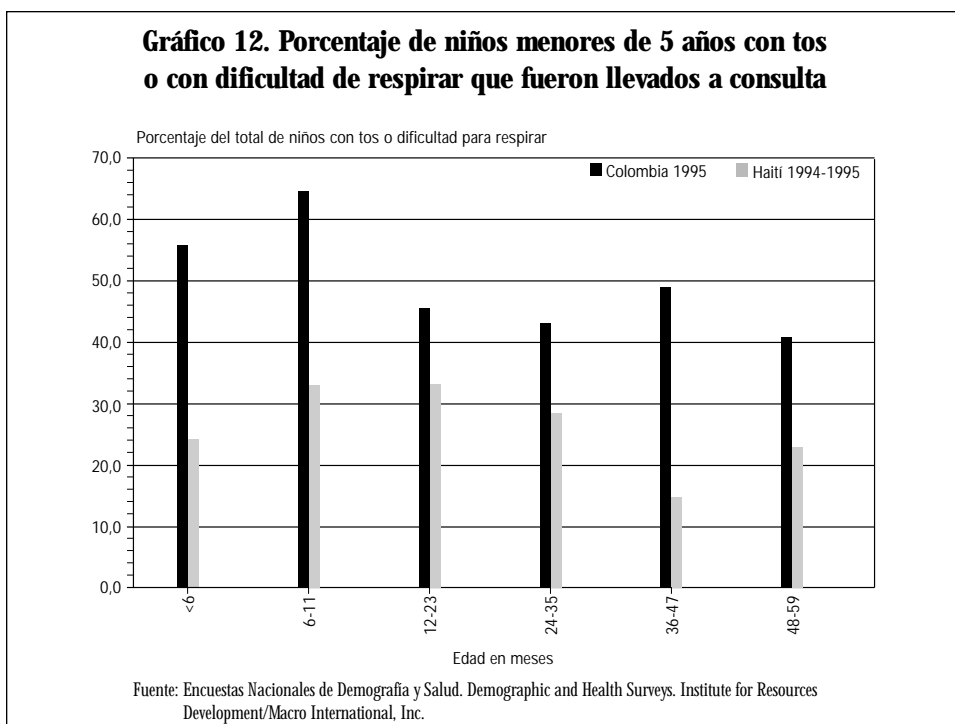
La alta prevalencia de bajo peso al nacer, la desnutrición, la falta o corta duración de la lactancia materna, la falta de inmunización, especialmente contra el sarampión y la tos ferina, y la contaminación del aire doméstico debido al uso de combustibles de biomasa para calefacción y cocción de los alimentos, se encuentran entre los factores de riesgo de mayor importancia, que se han asociado a una mayor frecuencia y gravedad de los episodios de IRA en los niños menores de 5 años.

Todos estos factores están relacionados con la capacidad de defensa del organismo del niño (ya sea natural o adquirida) que lo hacen más susceptible a sobreinfección bacteriana y agravamiento de los episodios de IRA que, con la misma frecuencia que en los países desarrollados, lo afectan durante sus primeros 5 años.

Adicionalmente, la falta de acceso a la atención de los problemas de salud y algunas pautas culturales de la población referidas a la atención del niño pequeño, hacen que muchos niños con IRA no reciban atención domiciliaria o que no sean llevados a un establecimiento de salud.

La falta de acceso de grandes sectores de la población de los países en desarrollo se debe a la ausencia de servicios o personal de salud, a las dificultades geográficas para llegar a estos servicios, a los horarios limitados de atención o a la falta de medicamentos para el tratamiento de la neumonía durante todo o parte del tiempo.

Dado que la consulta a un servicio de salud debe ser decidida por los padres, los conocimientos y actitudes de éstos acerca de las IRA son determinantes para decidir el momento de acudir en busca del personal de salud. En dos de las encuestas en la comunidad ya mencionadas, por ejemplo, se evaluó la búsqueda de atención por parte de los padres de los niños que habían sufrido un episodio de IRA durante las dos semanas previas a la encuesta (Gráfico 12). Las diferencias entre lo encontrado en Colombia y Haití muestran que muchos más niños son vistos por el personal de salud a raíz de una IRA en Colombia (65% de los niños de 6 a 11 meses y 41% de los de 4 a 5 años) que en Haití (34% de los niños de 1 a 2 años y 16% de los de 3 a 4 años) (16).



Estas diferencias, que son la resultante de la decisión de los padres, afectada por las condiciones de acceso a la atención, están estrechamente relacionadas con la morbilidad grave y mortalidad resultante debida a neumonía en los niños menores de 5 años.

VIII. PERSPECTIVAS DEL CONTROL DE LAS IRA EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

En virtud de la importancia que las IRA tienen como causa de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, su control ha sido considerado en los últimos años como una alta prioridad por los países en desarrollo de la Región de las Américas.

La OPS/OMS propusieron como estrategia de control el “manejo estándar de casos” (MEC), que incluye un conjunto de criterios de evaluación, clasificación y tratamiento de los casos de IRA que puede ser utilizado en el primer nivel de atención por personal de salud médico o no médico.

Los signos propuestos para la evaluación de los niños menores de 5 años con IRA que consultan a los servicios de salud, tienen el mayor valor predictivo, de acuerdo a los últimos resultados de las investigaciones realizadas a nivel internacional. Los medicamentos propuestos para el tratamiento, a su vez, contemplan la sensibilidad de las principales bacterias que ocasionan neumonía en los niños en la mayoría de los países en desarrollo.

La aplicación de la estrategia del MEC de IRA se ha mostrado eficaz para evitar aproximadamente 40% del total de muertes por neumonía bacteriana que ocurren en los países en desarrollo donde se registran tasas de mortalidad infantil de 40 por 1.000 o más; en éstos se considera que la neumonía bacteriana representa un importante porcentaje de las neumonías.

La implementación del MEC de IRA en muchos países en desarrollo de la región ya determinó la reducción de la frecuencia de episodios graves de neumonía y la disminución de la letalidad hospitalaria (17).

Con la incorporación del MEC de IRA a la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), se dará un nuevo impulso a la captación, diagnóstico y tratamiento adecuado de las IRA en los niños menores de 5 años.

La estrategia AIEPI incorpora los criterios de evaluación de un niño con IRA a la evaluación de cualquier niño enfermo menor de 5 años que concurre a un servicio de salud. De este modo, podrá captarse precozmente y tratarse adecuadamente a muchos niños con signos incipientes de neumonía que no son detectados en los servicios de salud debido a que son llevados a la consulta por otra causa, aun cuando presenten tos o dificultad para respirar.

La incorporación a la estrategia AIEPI de la evaluación de otras causas de enfermedad frecuente en los niños (diarrea, problemas de piel, trastornos nutricionales), así como la inclusión de un fuerte componente preventivo (control del esquema de vacunación y vacunación de aquellos niños con esquema incompleto; evaluación del estado nutricional) y de educación de la madre, contribuirán a reducir la mortalidad por neumonía asociada a otros problemas de salud (sarampión, diarrea, desnutrición), con el consiguiente beneficio para la salud de la infancia (18-21).

IX. REFERENCIAS

1. Jelliffe, D.; Pediatrics. En: King M., ed., *Medical Care in Developing Countries*, Nairobi, Oxford University Press; 1966, Capítulo 13.
2. Pío, 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, Y., Bossio, J. *Infecciones Respiratorias Agudas en las Américas: Magnitud, tendencia y avances en el control*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 25. Washington, DC; OPS; 1992.
4. AHRTAG, *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. 1992.
5. OPS/OMS. *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. OPS/OMS. *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. OPS/OMS. *Los antibióticos en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años*. (PNSP/91-01). Washington, DC; OPS; 1991.
8. OPS/OMS. *Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en el primer nivel de atención*. Washinton, DC; OPS, 1993 (OPS/HMP/IRA/92.1).
9. OPS/OMS. *La administración de suplementos de vitamina A y la neumonía en la niñez*. Washington, DC; OPS, 1994. (OPS/HMP/IRA/93.18, 1994).
10. OMS. *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. OMS. *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).
12. Benguigni Y., Land, S., Paganini, J.M., Yunes, J. *Acciones de Salud maternoinfantil a nivel local según las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*. Organización Panamericana de la Salud. 1996.
13. OPS/OMS. *Tratamiento de la fiebre en niños con infecciones respiratorias agudas en los países en desarrollo*. Washington DC; OPS, 1994. (OPS/HCT/IRA/94.11).
14. OPS/OMS. *El cotrimoxazol para el tratamiento de la neumonía en niños de países en desarrollo*. Washington DC, 1995 (OPS/HCT/ARI/95.09).
15. OPS/OMS. *Investigaciones Operativas para evaluar el impacto de las acciones de control de las IRA*. Washington DC, 1992. (OPS/HMP/IRA/92.09).
16. OPS/OMS. *Manual de investigaciones en el hogar: Infecciones Respiratorias Agudas y Diarreicas*. Washington DC (OPS/HMP/ARI/CED).
17. OPS/OMS. *Estudio etnográfico focalizado de las IRA*. Washington D.C., (OPSMHMP/IRA/93.13).
18. OPS/OMS. *Estadísticas de salud de las Américas*. Publicación científica No. 556. 1995.
19. DHS. *Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Instituto Nacional de Estadística. Demographic and Health Surveys. Macro International Inc. 1994
20. DHS. *Haiti. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services. EMMUS-II. 1994/95*. Institut Haïtien de l'Enfance. Demographic and Health Surveys. Macro International Inc. 1995.
21. DHS. *Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995*. PROFAMILIA. Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana. Demographic and Health Surveys. Macro International Inc. 1995.