

Programa de atención primaria para Infección Respiratoria Aguda aplicado a Nivel Terciario

Gloria S. Urbano de Rosales

Marco A. Labrador R

Hospital Central de San Cristóbal. Departamento de Pediatría. Postgrado de Puericultura y Pediatría.
Universidad de Los Andes. Extensión San Cristóbal. Estado Táchira. Venezuela.

Resumen

Con la finalidad de determinar si el Programa de Control de Infección Respiratoria Aguda en niños menores de 5 años era aplicable en un hospital de tercer nivel, se realizó un estudio comparativo en las áreas de Emergencia y Triage del Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela, desde julio a octubre de 1989. Incluímos dos grupos de pacientes: un grupo de 56 niños (grupo control) y otro de 60 (grupo experimental). El grupo control (IRA I) fue tratado a libre arbitrio, mientras que el experimental se manejó según pautas, previa capacitación de los médicos. Setenta y cuatro niños (63.79%) eran menores de 2 años; en ambos grupos predominó el sexo masculino. La tos, secreción nasal y garganta roja representaron el 91,25% de las manifestaciones clínicas. La mayoría fue IRA leves: resfriado común 46 casos (47.79%), amigdalitis 40 casos (30.22%). La Neumonía sólo se presentó en 10 pacientes (7.1%). Ciento catorce casos (98.27%) se manejaron ambulatoriamente. En el grupo control se indicaron distintos antibióticos en 42 niños (75%) secretolíticos en 19 (33.9%) y antitusivos en 4 (7.1%). En el grupo experimental se redujo el uso de antibióticos a 27 casos (45%), los antitusivos a 2 (11%); en ningún caso se prescribió secretolíticos. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente. Se concluye que la aplicación del Programa de Atención Simplificada de la IRA es factible en las consultas de los hospitales de tercer nivel.

Palabras claves: *Programa IRA, Infección Respiratoria Aguda, Tratamiento normatizado.*

Abstract

Primary attention programme to acute respiratory infection applied in the tertiary level

As a means to determine whether the Acute Respiratory Infection (ARI). Control Programme for children below 5 years of age was applicable to III level hospital, a comparative study was done in emergency areas of Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela, between July and October 1989. Two groups of patients were included: a group of fifty children (control group) and the other of sixty (experimental group). The experimental group (ARI II) was managed by standardised treatment prescribed by specially trained physicians. The control group (ARI I) was treated freely. Sixty three percent (seventy four patients) were children below 2 years, most of them male. Cough, coryza and rose throat account for 91.25% of clinical manifestations. Most cases were light ARI; Common cold forty six cases (47.79%), tonsillitis forty cases (30.22%), pneumonia was present in only 7.1% of cases. Ninety eight percent of cases (one hundred fourteen) were given ambulatory treatment. Fourty two children (75%) in the control group several antibiotics were prescribed as well as mucolytic agents in nineteen (33.9%) of cases antitusives in four (32%) of cases. In the experimental group antibiotics were administred 45% of cases, antitusives were prescribed only 11% of cases and no mucolytic agents were used. All patients had satisfactory recovery. We conclude that the application of simplified attention programmes for ARI is possible at III level hospital clinics.

Key words: *ARI Programme; Acute Respiratory Infection; Standardised Treatment.*

Introducción

El término de Infección Respiratoria Aguda (IRA) se refiere a un conjunto de enfermedades del tracto respiratorio que se agrupan en cuatro subcategorías de acuerdo a la clasificación Internacional de Enfermedades (OMS; OPS, 1978).

En Venezuela y los países en desarrollo la IRA representa un problema de Salud Pública relevante como causa principal de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años (MSAS, 1989). Alrededor de 14 millones de niños de este grupo etáreo mueren todos los años en el mundo, 95% de los cuales pertenecen a países subdesarrollados (OPS, 1980). Se estima que 25 a 33% de estas defunciones infantiles, aproximadamente 4 millones de niños, mueren por IRA o sus complicaciones, sobre todo Neumonías (Gwatkin, 1980; OMS, 1983) y dos tercios de estos son menores de 5 años (OPS, 1986; Lewoski, 1987; OMS, 1989). En los países desarrollados estas enfermedades causan de 10 a 15% de las muertes infantiles, mientras que en los demás países esta cifra asciende a 17% (OPS, 1988). Estas diferencias entre países desarrollados y subdesarrollados radica sólo en las cifras de mortalidad, puesto que está demostrado que la incidencia global de IRA es similar en ambos. Lo que se modifica es el mayor número y gravedad de las infecciones bajas, primordialmente Neumonías (PIO, 1984; PIO, 1987; Floyd, 1987; Monto, 1988).

La mayor gravedad de las infecciones respiratorias bajas está favorecida por factores de riesgos conocidos, tales como: Bajo peso al nacer (10.59%), malnutrición (66%), contaminación del aire doméstico principalmente; seguidas por baja cobertura de inmunizaciones (58%), bajo nivel de educación, deficiencias higiénicas y la falta o difícil accesibilidad a la atención médica y por lo tanto limitada disponibilidad de antimicrobianos (OPS, 1986; Kumar, 1987; OPS, 1988; Tupasi, 1987; Luelmo, 1987; Cárdenas, 1988; Pulido, 1989; Benguigui, 1990).

Respecto a la morbilidad por IRA, más del 50% de las consultas en Unidades de Pediatría de los países en desarrollo se deben a esta enfermedad (Hogan, 1988). Es así como en Brasil, Nigeria, Tailandia e Iraq afectan de un 30 a 60% de los niños (Pio, 1984). La OMS ha estimado en número de episodios de IRA en los niños del tercer mundo, menores de 5 años, entre 500 y 1.200 millones al año (OPS, 1988).

Ante la magnitud de la mortalidad por IRA y la necesidad de reducirla la Organización Mundial de la Salud ha creado programas de IRA (OMS, 1982). Estos programas funcionan a nivel de Atención Primaria, donde se le dispensa salud aun a las comunidades más pequeñas, donde no se requiere un médico, sino que puede ser manejado por otro personal del equipo de salud (OPS, 1986).

A pesar de estar diseñado para su aplicación a nivel primario hay varios factores que denotan la importancia y justifican la realización del presente trabajo tales como:

1º La situación de deterioro económico que con mayor celeridad actualmente compromete a las instituciones hospitalarias del tercer nivel. 2º La ausencia de programas que normen el diagnóstico y unifique criterios de tratamiento de IRA, que día tras día ha conllevado a un manejo inadecuado de las mismas por el abuso de medicamentos que se prescriben. 3º Las cifras relevantes de morbilidad por Neumonía en el estado Táchira, Venezuela, que para 1989 lo ubican en el sexto lugar (7.3%) en la casuística del país, tanto en registro de casos, como en mortalidad; y 4º Además las IRA se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela.

Basándonos en esto planteamos la hipótesis siguiente: El Programa de Control de IRA del MSAS a nivel terciario rinde beneficios en salud tal como lo haría a nivel de Atención Primaria. Para la aplicación de dicho Programa

IRA del MSAS aplicado a Nivel Terciario. 2º Comparar las características del manejo médico de la IRA antes y después de aplicado el Programa. 3º Comparar los resultados clínicos con el tratamiento de la IRA prescrito antes y después del mismo. La aplicación de un programa de tal tipo en este nivel de atención en nuestro Estado permitiría no sólo la atención oportuna del caso, sino la toma de decisiones racionales según criterios de gravedad y además la aplicación de tratamientos adecuados en los casos que así lo ameriten.

Materiales y métodos

El presente estudio estuvo conformado por un total de 116 niños, 70 varones y 46 hembras, examinados en los servicios de Emergencia y Triage del Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela. Se formaron dos grupos, el grupo control (IRA I) conformado por 56 niños, 32 varones y 24 hembras; y el grupo experimental (IRA II) por 60 niños, 38 varones y 22 hembras; con edades comprendidas entre 1 mes y 5 años que presentaron IRA en el período comprendido entre julio y octubre de 1989.

Para su desarrollo se utilizó el Manual de Procedimientos para el Control de IRA del MSAS (1987), que clasifica y norma el tratamiento según su gravedad en *Leve*, *Moderado* y *Grave*.

Se elaboró un formulario de recolección de datos el cual constaba de datos de identificación, datos somatométricos, datos clínicos, tratamiento aplicado: ambulatorio-hospitalario y control del paciente a las 48 horas y 5 días del tratamiento inicial.

La autora de la investigación realizó los controles de los pacientes a las 48 horas y 5 días posterior a la evaluación por los médicos internos, los cuales llenaban el formulario en la primera consulta del paciente a nivel de la Emergencia y Triage de Pediatría.

Los criterios de inclusión de los pacientes con IRA fueron los siguientes: Edad menor de 5 años, sexo masculino y femenino, enfermedad actual menor de 15 días, que no consultaron previamente por la enfermedad actual y que no recibieron antibioticoterapia previa.

El estudio se dividió en dos etapas:

Etapas I (Grupo Control): Al personal de Médicos Internos que iniciaban su rotación por el Departamento de Pediatría, durante los meses de julio a octubre, se les explicó, mediante rotafolios, las características de los datos que se recopilarían en la primera parte del formulario, así como los criterios de inclusión de los pacientes. Estos pacientes serían tomados al azar, uno de cada 5 niños que reuniera los requisitos antes mencionados. Además se citarían a los pacientes para sus controles a la 48 horas y 5 días. Dicho control sería realizado por el investigador para verificar la evolución del paciente, así como también para decidir un cambio de conducta terapéutica si lo ameritara.

Esta etapa tuvo una duración de dos meses. El médico interno no recibió información acerca del Programa IRA, por lo tanto los criterios diagnósticos y terapéuticos los desarrolló de acuerdo a los conocimientos de su formación general.

Etapas II (Grupo Experimental): Una semana previa al inicio de esta etapa se le dictó un cursillo de información y manejo del Programa IRA a ese mismo personal médico, con posterior entrega del Manual de Procedimiento para el Control de IRA del MSAS (1987). Se utilizó el mismo formulario de recolección de datos y el investigador realizó los controles a las 48 horas y a los 5 días de instalado el tratamiento por el Médico Interno teniendo como base ahora las normas establecidas por el Programa.

Resultados

El rango de edad estuvo comprendido entre 4 y 59 meses para cada uno de los grupos. El

grupo control presentó una X de 18.23 meses con una DE de 12.86% meses mientras que en el grupo experimental la X fue 18.42 meses y la DE de 14.19, lo cual no es estadísticamente

Tabla 1

IRA. Atención Primaria a nivel Terciario
Distribución por edad
Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

EDAD (Meses)	IRA I	IRA II	TOTAL
< 12	19	25	44
12 - 24	18	12	30
> 24	19	23	42
TOTAL	56	60	116

Fuente: Formato de recolección IRA. Hospital de San Cristóbal. 1989

Tabla 2

IRA. Atención Primaria a nivel Terciario
Distribución por sexo
Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

SEXO	IRA I	IRA II	TOTAL
Masculino	32	38	70
Femenino	24	22	46
TOTAL	56	60	116

Fuente: Formato de recolección IRA. Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

Tabla 3

IRA. Atención Primaria a nivel Terciario
Distribución por síntomas y edad
Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

SINTOMAS	EDAD < 12		12 - 24		> 24		TOTAL	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Tos	15	22	17	14	8	9	40	45
Secreción nasal	13	18	15	14	7	10	35	42
Garganta roja	7	10	14	10	7	9	28	29
Otalgia	1	1	1	2	1	1	3	4
Otorrea	3	0	1	0	1	0	5	0
Respiración rápida	0	2	3	3	0	0	3	5
Respiración Difícil	1	0	0	0	0	0	1	0

Fuente: Formato de recolección IRA. Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

significativo entre ambos, pero se observa que un 63.79% de los niños tenían edad inferior a los 2 años. (Tabla 1)

El sexo masculino predominó en los dos grupos estudiados, con un 57.14% para IRA I y un 63.33% para IRA II, no encontrándose variación estadística al compararlos. (Tabla 2)

En relación a los síntomas, la Tabla 3 muestra que el motivo de consulta más frecuente para ambos grupos fue la tos en un 36.27% de los pacientes, seguido de la garganta roja en 27.94% y la secreción nasal en el 25.49% en total. Así mismo se puede observar que el 80% y 78.1% de los niños con tos y rinorrea del grupo control y experimental, respectivamente, eran menores de 24 meses, mientras que la garganta roja se presentó en más del 70% de los niños mayores de 1 año en cada grupo, correspondiéndose esto con los casos de amigdalitis mostrados en la Tabla 4.

La patología más común fue el Resfriado Común y la Amigdalitis para los dos grupos. Relacionando los grupos etarios en los que ocurrieron las diferentes patologías se aprecia que el Resfriado Común estuvo presente en su mayoría en menores de 24 meses en 78.2%, mientras que el 80% de los casos con Bronquiolitis ocurrieron en menores de 1 año. (Tabla 4).

El 96.43% de los pacientes del grupo control fueron manejados ambulatoriamente. Sólo el 3.57% recibió tratamiento intrahospitalario por presentar cuadro clínico de Bronquiolitis, mientras que el 100% de los pacientes del grupo experimental se manejó ambulatoriamente, incluyendo las Neumonías.

En ambos grupos podemos observar que los medicamentos más prescritos fueron los antipiréticos en 85.7% para IRA I y el 90% para IRA II; seguidos por los antibióti-

cos, los cuales fueron indicados en 75% de los niños en el grupo de control a diferencia del grupo experimental que sólo lo recibió en el 45%. Encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en el tratamiento prescrito en los dos grupos para antibioticoterapia, así como por la ausencia de secretolíticos en el grupo experimental y la disminución en 30% de los antibióticos en este mismo grupo. En la misma Tabla 5 se observa que los dos grupos evolucionaron satisfactoriamente, encontrándose un egreso similar a los 5 días en los dos grupos (89.2% para IRA I y 95% para IRA II).

Discusión

La situación actual en Venezuela de las Infecciones Respiratorias Agudas en general y de las Neumonías en particular permite concluir que tal rubro de patología constituye un verdadero problema de salud pública (Salazar, 1981). En efecto, la información epidemiológica del MSAS de 1986 señala para los menores de 5 años de edad tasas de mortalidad por Influenza y Neumonía de 186,4 x 1.000 en los menores de 1 año y de 26,9 x 1.000 para niños entre 1 y 4 años de edad, mientras que para Estados Unidos de Norteamérica es de 21,3 y 1,7 x 1.000 respectivamente; y para Canadá de 12,7 y 1,4 x 1.000 (OPS, 1986; Serrano, 1987).

Esta situación ha hecho que grupos de decisión de nuestro país en el área de la salud, hayan considerado prioritario el diseño de un programa para el control de las Enfermedades Respiratorias Agudas en menores de 5 años de edad, entre cuyos objetivos se contempla la uniformidad de los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de los casos, la racionalización del uso de Antimicrobianos y la disminución de las hospitalizaciones (MSAS, 1987).

Tabla 4

IRA. Atención Primaria a nivel Terciario
Distribución por patología y edad
Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

PATOLOGIA	EDAD < 12		2 - 24		> 24	
	I	II	I	II	I	II
Amigdalitis	4	5	8	2	11	10
Resfriado Común	8	16	4	8	3	7
Faringitis	0	1	0	0	1	0
Bronquiolitis	0	4	1	0	0	0
Neumonía	1	0	0	0	0	1
Bronconeumonía	1	1	1	1	1	3
Bronquitis	3	0	3	0	2	0
Otitis	2	0	1	1	1	2
Total	19	27	18	12	19	23

Fuente: Formato de recolección IRA. Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

Tabla 5

IRA. Atención Primaria a nivel Terciario
Distribución por medicamentos aplicados
Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

Medicamento	IRA I	IRA II	TOTAL
Secretolíticos	19	0	19
Broncodilatadores	2	6	8
Antitusivos	4	2	6
Antigripales	8	3	11
Antipiréticos	48	54	102
Antibióticos	42	27	69

Fuente: Formato de recolección IRA. Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

Tabla 6

IRA. Atención Primaria a nivel Terciario
Distribución de pacientes de alta
Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

alta	48 horas		5 días	
	IRA I	IRA II	IRA I	IRA II
SI	3	22	47	35
NO	53	38	6	3
TOTAL	56	60	53	38

Fuente: Formato de recolección IRA. Hospital Central de San Cristóbal. 1989.

Nosotros compartimos este último criterio y en este sentido creemos que en un hospital de Segundo o Tercer Nivel existen áreas de trabajo en las cuales se puede y se debe hacer atención primaria de algunos problemas, so-

bre todo si se aplican programas que ya han demostrado ser útiles en niveles inferiores de atención, no sólo reduciendo mortalidad sino también los costos y las hospitalizaciones.

En esta línea de pensamiento se enmarca el presente trabajo cuyos objetivos no pretenden otra cosa que demostrar que en las consultas de Emergencia y/o Triage de Pediatría, pueden ser manejados los casos de Infección Respiratoria Aguda según criterios de gravedad y en consecuencia optar por una toma de decisión que permita racionalizar tanto el seguimiento del paciente como la indicación de un tratamiento adecuado y oportuno.

El grupo estudiado por nosotros fue de menores de 5 años, tal como lo señalan publicaciones específicas (Guiscafré, 1987; Benguigui, 1987; Chatkin, 1987), la mayoría de los niños incorporados tenían edades menores de 2 años —63.79%— lo cual debe resaltarse puesto que los autores coinciden en señalar que las características anatómicas y funcionales del aparato respiratorio en este grupo etario, los hacen particularmente vulnerables a las Infecciones Respiratorias Agudas, especialmente las infecciones bajas (Muller, 1979).

Aun cuando el sustento bibliográfico no es abundante, en nuestro estudio se ha vuelto a repetir el hecho de que la mayoría de los niños afectados fueron los del sexo masculino. Parece existir evidencia de que de alguna manera la aparente "homogeneidad genética" conferida por la composición XX de las hembras frente las XY "no homogénea" del varón, coloca en desventaja inmunológica a este último. Dado que el riesgo teórico para personas de la misma edad estudiadas es el mismo, no hemos encontrado otra explicación para este comportamiento según sexo que la relacionada con la carga genética (Phillip, 1981).

La tos y la secreción nasal, junto con la garganta roja constituyeron las tres características más resaltantes de este estudio, logrando reunir el 91.25% de todas las manifestaciones

clínicas establecidas previamente para evaluar.

Ello concuerda con los criterios de la OMS, que ha considerado que el primer paso para la implantación de programas de este tipo, debe ser la identificación de lo que es una IRA, para lo cual señala que la obstrucción y/o goteo nasal, dolor de garganta, dolor de oído y/o otorrea, tos, respiración ruidosa o difícil, con o sin fiebre, son síntomas suficientes como para hacer diagnóstico de IRA sin tener que recurrir a ninguna tecnología en cualquier nivel de atención, desde la familia misma hasta el nivel más elevado de referencia (OPS, 1987).

Por otra parte se puede considerar que el punto central del Programa Control de la IRA en lo que respecta al tratamiento de los casos, es la identificación oportuna de la Neumonía entre todos los niños que cursan con una Infección Respiratoria Aguda, para lo cual se procura usar la menor cantidad de criterios que sean a la vez adecuados y suficientes para diagnosticar y clasificar los casos. En este sentido, el protocolo de la OMS señala dos signos solamente como "criterios de entrada" para examinar un niño menor de 5 años como posible portador de Neumonía: Tos y/o dificultad al respirar (Shimouchi, 1990; Douglas, 1988; OMS, 1988; Benguigui, 1989).

En nuestra serie, la tos fue el signo mayoritariamente encontrado en los dos grupos de pacientes con similar frecuencia, pero con un enfoque terapéutico distinto ya sea antes o después de la capacitación del personal médico a cargo.

En el grupo control, este síntoma fue manejado indiscriminadamente con secretolíticos y sedantes de la tos, mientras que en el grupo capacitado predominó el uso de broncodilatadores, los antitusivos se redujeron a la mitad y en ningún caso se medicó secretolíticos. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el uso de secretolíticos sedantes de la tos,

expectorantes son realmente eficaces en el manejo de la tos que acompaña a la mayoría de las IRA (Phelan, 1988; Herxheimer, 1988; Irwin, 1988; Douglas, 1988) y que rara vez pesan más los beneficios de tales tratamientos que los inconvenientes de suprimir la tos sobre todo cuando se utilizan productos con combinaciones a todas luces irracionales como un mucolítico y un supresor de la tos, concluyendo que rara vez se debe reprimir el reflejo de la tos en niños (OMS, 1989; Herxheimer, 1988). Podría justificarse el uso de broncodilatadores debido al manejo de 5 casos con respiración rápida que incluían 4 bronquiolitis en menores de 18 meses de edad. Sin embargo, aún es controversial el uso de broncodilatadores en niños con sibilancias menores de 18 meses, no así en los mayores de esa edad, en los cuales puede hablarse casi indistintamente de asma, mientras que en los menores debe plantearse el diagnóstico de Bronquiolitis en cuyo caso es dudoso el beneficio de un estimulante B-adrenérgico (Savage, 1989; Phillip, 1989).

La segunda manifestación clínica más frecuente hallada en estos pacientes fue la descarga nasal, la cual se presentó de manera similar en los dos grupos en estudio. Ello no resulta en realidad un fenómeno infrecuente, puesto que es bien conocido el hecho de que las IRA del tracto superior son las más frecuentes y entre ellas, el resfriado común ocupa uno de los primeros lugares, siendo la rinorrea su expresión clínica por antonomasia (Guicafre, 1987). También está suficientemente documentado que tales padecimientos son casi exclusivamente virales, la mayoría de las veces de evolución benigna y sin complicaciones aunque alguna proporción significativa puede seguir un curso más agresivo y ser causal incluso de muerte sea "per se" o por una complicación bacteriana (Floyd, 1987; Monto, 1988). Se sabe que el virus alojado en mucosa respiratoria puede alterar las funciones de los neutrófilos, de los linfocitos T y de los macrófagos alveolares, además de alterar

la depuración mucociliar suprimiendo de esta manera los mecanismos de defensa antibacteriana natural del árbol respiratorio (MSAS, 1985; Nesheim, 1986). Por otro lado, varios estudios han demostrado que esas secreciones se comportan bacteriológicamente distinto si se trata de niños de países desarrollados respecto a los de poblaciones en vías de desarrollo. En efecto se ha podido establecer que las fosas nasales de un niño de un país desarrollado empiezan a albergar patógenos del tipo *S. Neumoniae* y *H. influenza* a partir de los 12 meses de edad en tanto que en poblaciones con problemas de desarrollo ello ocurre ya a los tres meses (Pio, 1984).

Ante esta situación poco halagüeña deben colocarse los beneficios o efectos indeseables de los descongestionantes nasales y medicamentos antigripales. La mayoría de los autores indican que no se ha comprobado que tengan el menor valor pudiendo, por el contrario, prolongar el resfriado y hasta lesionar la mucosa y el aparato mucociliar si se usan tópicamente (Phelan, 1988; Herxheimer, 1988; Savaje, 1988).

Hacemos énfasis en que la mayoría de las IRA en menores de 5 años pueden catalogarse como infecciosas leves que sólo algunas cuantas necesitan recursos paraclínicos para completar el diagnóstico o para decidir la referencia y hospitalización.

En efecto, fue la amigdalitis, el resfriado común y la faringitis las que sumaron los dos tercios de la patología encontrada en los dos grupos estudiados por nosotros. Ello se corresponde con los hallazgos en estudios similares tanto en estudios de campo (Mtango, 1990) como en centros de atención médica (Pio, 1984; Benguigui, 1987) en otros países del mundo, cuyos porcentajes son muy similares al 75.71% nuestro. Por otra parte, la neumonía a pesar de ser la forma más grave de IRA, afortunadamente no es la más frecuente, representa en la mayoría de los estudios menos del 10% y en el nuestro el 7.14% (Ben-

guigui, 1987; Chatkin, 1987).

Estas características de distribución han permitido normatizar los esquemas de tratamiento, de tal manera que la mayoría de estos cuadros clínicos usualmente sólo necesitan una buena lista de medidas de tipo general y manejo sintomático usualmente disponibles en el hogar (Douglas, 1988; Mtango, 1990; Tupasi, 1989). Quizás algunas de las amigdalitis requieran de un antibiótico y un analgésico-antipirético, muy pocas IRA necesitarán la hospitalización para tratamientos más enérgicos por ser posiblemente neumonías graves, ya que muchas de ellas también pueden tratarse de forma ambulatoria (Chatkin, 1987).

Ya hemos hecho mención a la poca utilidad y hasta la inconveniencia de muchos de los medicamentos que se utilizan frecuentemente para el manejo rutinario de las IRA. Es oportuno este momento de la discusión para reforzar estos conceptos, analizados esta vez en relación con la evolución de los pacientes. La utilidad o no de tales indicaciones puede inferirse del análisis de los resultados obtenidos en las evaluaciones clínicas que se le hicieron a cada uno de los niños admitidos al estudio, a las 48 horas y al quinto día de iniciado el seguimiento.

Se pudo constatar que ninguno de los pacientes del segundo grupo evolucionó desfavorablemente por no haber usado todo el arsenal terapéutico utilizado en el primer grupo.

Ello denota que la mayoría de las indicacio-

nes farmacológicas que usualmente hace un médico no entrenado en el manejo de casos de IRA, es innecesaria e ineficaz para acelerar la curación o acortar el período de la enfermedad, logrando sólo aumentar el costo de la atención en perjuicio del paciente y de la institución que presta el servicio. Similar comentario debe hacerse en cuanto a los antibióticos empleados, puesto que en el primer grupo la indicación además de ser cuantiosa, incluyó fármacos de toda índole incluso en mayor frecuencia que lo esperado para el tipo de patología supuestamente susceptible de tal tratamiento y registrada por ellos. Distinto ocurrió en el grupo experimental, quienes utilizaron un esquema normatizado para seleccionar el antimicrobiano de acuerdo con la patología diagnosticada, con resultados tan satisfactorios como los reportados por otros autores utilizando el mismo esquema (Núñez, 1989).

Conclusiones

Con el presente estudio se concluye que:

1º Los signos y síntomas más frecuentes de una Infección Respiratoria Aguda son tos, secreción nasal y garganta hiperémica.

2º El tratamiento de las IRA en su mayoría se puede hacer ambulatoriamente y de manera racional, sin el abuso de los antibióticos.

3º La aplicación del Programa de Atención Simplificada (primaria) de IRA es factible en las consultas de los hospitales del tercer nivel, permitiendo mejorar el estado de salud en niños menores de 5 años.

Referencias

- BENGUIGUI Y. 1987. *Controle das infecciones respiratorias agudas en crianças Para Brazil*. Bol Of Sanit Panam., 102(1): 36-48.
- BENGUIGUI Y. 1989. *El control de las IRA a nivel de los servicios de salud*. Noticias sobre IRA., 11-12: 8-10.
- BENGUIGUI Y. 1990. *Factores de riesgo en las IRA en niños*. Noticias sobre IRA., 13-14: 7-9.
- CÁRDENAS V. 1988. *Factores que contribuyen a la mortalidad por IRA*. Noticias sobre IRA., 6-9: 18-19.
- CHATKINT, ZALAVKIC, SEHARM. 1987. *Doenças respiratorias agudas Rio Grande do Sul Brazil*. Bol Of Sanit Panam., 102(4): 340-344.
- DOUGLAS R. 1988. *Tratamiento de las IRA leves*. Noticias sobre IRA, 7-9: 2.

- FLOYD D, LODA F. 1987. *Relaciones entre los virus y las bacterias*. Noticias sobre IRA, 4-6: 14.
- GUISCAFRE, MUÑOZ O, GUTIERREZ G. 1987. *Normas para el tratamiento de las IRA. Propuesta de un esquema en el diagnóstico sindromático*. Bol Med Hosp Infant Mex., 44: 58-64.
- GWATKIN. 1988. *How many die? A set of demographic estimates of the annual number of infant and child deaths in the c.* Am J Public Health, 70: 1286-1289.
- HERXHEIMER A. 1988. *Remedios para la tos y el resfrío*. Noticias sobre IRA, 7-9: 6-7.
- HOGAN R. 1988. *Las IRA y las enfermedades diarreicas*. Noticias sobre IRA, 7-9: 8-9.
- IRWIN R Athins E. 1987. *Cough: a comprehensive review*. Arch Intern Med, 137: 1186-91.
- KUMAR V. 1987. *Bajo peso al nacer e IRA*. Noticias sobre IRA, 4-6: 8.
- LOKOSKI J. 1987. *Cálculos globales de mortalidad por IRA*. Noticias sobre IRA, 4-6: 10.
- LUELMOF. 1987. *Enfermedades infecciosas y atención primaria en IRA*. Memorias Congreso Latinoamericano de Pediatría, VIII: 74-75.
- MONTO A. 1988. *Etiología de las IRA*. Noticias sobre IRA, 7-9: 7.
- MSAS. 1985. *Infecciones respiratorias agudas virales*. Boletín informativo de Salud Pública en Venezuela, 6: 8-14.
- MSAS. 1987. *Manual de procedimientos para el control de las IRA en niños menores de 5 años*: 1-7.
- MSAS. 1989. *Boletín Epidemiológico semanal*. Dirección de Epidemiología y Programa de Salud, 51: 47-67.
- MTANGON, NEUVIANS D. 1990. *Acute respiratory infection control pilot project in Bagamoyo District*. Noticias sobre IRA, 13-14: 4-6.
- MULLER N, BRYAN C. 1979. *Mecánica de la pared torácica baja y músculos respiratorios en lactantes*. Clínicas pediátricas de Norteamérica, 3: 499-510.
- NESHEIM S, WILCOX W. 1986. *Childhood upper respiratory tract infections: to what degree is incidence affected by day-care attendance?* Pediatric, 25: 605-9.
- NUÑEZ R. 1989. *Colombia: Programa de control de las IRA*. Noticias sobre IRA, 10-11: 15.
- OMS/OPS. 1978. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades*, 1: 303-310.
- OMS. 1982. *Séptimo programa general del trabajo para el período 1984-1989*. Salud para todos, 8: 1-15.
- OMS. 1983. *Global medium-term programme*. Programme 13.7 Acute respiratory infections. TRI/MTP, 83.1: 1-15.
- OPS. 1986. *Infecciones respiratorias en los niños: Su tratamiento en hospitales pequeños*. OPS/TRI, 15.1: 1-11.
- OPS/OMS. 1986. *Programa de salud materno infantil*. Documento básico del control de IRA, 9: 1-7.
- OPS. 1986. *Las condiciones de salud en las Américas*. Publicación científica de la OPS, 500 (1): 1-13.
- OPS. 1987. *Tratamiento del niño con IRA*. Serie Paltex, 15: 1-118.
- OPS. 1988. *Infecciones respiratorias agudas en la infancia*. Bol of Sanit Panam, 105(4): 417-26.
- OPS. 1988. *Guía para la planificación y ejecución*. Serie Paltex, 174-40.
- OMS. 1989. *Manejo de casos de IRA en niños en países en desarrollo*. HPM/WHO, 89-10: 3-13.
- PIO A, LOWESKI J, TEN DAN H. 1984. *La magnitud del problema de las IRA*. Noticias sobre IRA, 10: 2-15.
- PHELAN O. 1988. *Cómo tratan los expertos las IRA leves*. Noticias sobre IRA, 7: 8-10.
- PHILLIP AG. 1981. *Decreased use of antibiotic using a neonatal sepsis screening technique*. Pediatric, 98: 75-79.
- PULIDO A. 1989. *Factores de riesgo en IRA*. Tesis de Grado. Mecanografiado.
- SALAZAR E. 1981. *Proyecto del programa de control de las neumonías en Venezuela para aplicación en áreas de verificación*. Boletín de Salud Pública en Venezuela, 44, 18-21.
- SAVAGE F. 1989. *Sibilancias en los niños*. Noticias sobre IRA, 10-11: 16.
- SAVAGE F. 1988. *Tratamiento de las IRA leves*. Noticias sobre IRA, 7-9: 23.
- SERRANO A. 1987. *Las neumonías en los niños de América*. Memorias Congreso XXVI de Pediatría en Caracas: 104-105.
- SHIMOUCHI A. 1990. *Controlling pneumonia in children*. Bol of Sanit Panam., 108(2): 53.
- TUPAN T. 1987. *Nutrición e IRA*. Noticias sobre IRA, 4-6: 8.
- TUPASI T. 1989. *Consecuencias para las intervenciones relacionadas con las IRA*. Annuals of tropical pediatrics., 9(2): 82-88.