

EDITORIAL

Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente

Este año, aproximadamente 6,6 millones de niños fallecieron en todo el mundo (18.000 niños al día) antes de cumplir cinco años, según informe publicado por la UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Grupo del Banco Mundial y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la División de Población de las Naciones Unidas. Constituyendo la mitad de los niños menores de cinco años que fallecieron en 1990, (12 millones). La mayoría de estas muertes se pudieron evitar con medidas simples que se han puesto en marcha en muchos países. Las principales causas de mortalidad entre los niños menores de cinco años son la neumonía, la prematuridad, la asfixia durante el parto, la diarrea y el paludismo. A nivel mundial, cerca del 45% de las muertes de menores de cinco años están relacionadas con la desnutrición¹.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) comprenden un vasto grupo de enfermedades, incluidas las gripes¹. La neumonía es la enfermedad que causa el mayor número de muertes en los menores de cinco años de edad; anualmente mueren más de 2 millones de niños por esta enfermedad en el mundo, siendo responsable de más muertes que el SIDA, la Malaria y Sarampión juntas ². Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se constituyen un grupo importante de afecciones con una alta morbilidad y baja mortalidad, representando un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar con pérdidas económicas que ello significa. Estas afecciones –conjuntamente con las enfermedades diarreicas y la malnutrición son las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados. En los últimos años las IRA representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en personas mayores de 60 años, en países subdesarrollados con déficit de servicio de asistencia médica, siendo además una de las causas más frecuentes de demanda de utilización de los servicios de salud en todos los países; e los niños se ha estimado que las IRA representan una demanda de asistencia en servicios de salud de 30 y el 50% y entre el 20 y el 40 % de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Se estima que un niño de una zona urbana padece de cinco a nueve episodios de IRA por año, durante los 5 primeros años de vida.

Existen aspectos importantes en el análisis de las IRA,: la presencia de factores de riesgo, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de la atención médica; y el enfoque de las estrategias de prevención y control ³.

Mientras el mundo desarrollado ha logrado reducir la mortalidad por IRA en niños, en los países en vías de desarrollo prevalecen varios factores de riesgo que contribuyen a mantener ese problema en dichas naciones. En América Latina la mayoría de los países reportan bajas tasas de mortalidad. No obstante, existe una marcada diferencia en los países desarrollados de la región y el resto de las naciones del continente.

Una alta proporción de las enfermedades respiratorias constituyen episodios de infecciones virales autolimitadas, por lo que no es necesario el uso de antimicrobianos, lo que en ocasiones puede resultar dañino. Se estima que entre dos tercios y las tres cuartas partes de los casos de IRA son de causa viral con más de 200 variedades antigénicamente diferentes, pertenecientes a 8 géneros de virus causal de infección respiratoria.

En el caso de los niños con bajo peso, mal nutridos o con otros factores de riesgo asociados se considera de asistencia primordial. Se estima que 2 de cada 100 episodios de infección respiratoria desarrollan neumonía, por lo que requieren el uso de antibióticos, con riesgo de mortalidad del 15 y 25 % si no son utilizados. El riesgo por uso indiscriminado de antibióticos en la práctica diaria por profesionales médicos, especialistas, familiares de pacientes y el paciente ha contribuido al desarrollo de la resistencia antimicrobiana.^{3,4}

Entre los microorganismos, existen 2 bacterias responsables de alrededor de 80 % de todos los casos de neumonía admitidos en hospitales de países subdesarrollados: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.

Constituyen grupos altamente vulnerables a las IRA las personas mayores de 60 años; varios factores influyen en la evolución de la enfermedad: la capacidad funcional (física y mental), el estado nutricional y la presencia de comorbilidades entre otros, que contribuyen a la aparición de complicaciones y aumentan la gravedad de la enfermedad incluso llevando a la muerte.

En Paraguay el porcentaje de positividad para virus respiratorios en el año 2012 fue de 32,5% según la vigilancia virológica del Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP), distribuidos en las siguientes proporciones: correspondiendo 41% a VRS; 27% a influenza A (H1N1); 14% a Influenza B, y, 6% a Parainfluenza, a Adenovirus y a Influenza A H3 respectivamente. La circulación sostenida de Influenza fue identificada desde la SE 18, con predominio de Influenza A H1N1 pdm 09, y a partir de la SE 21 se registra co-circulación de VSR, Influenza A H1N1 pdm 09 e Influenza B, disminuyendo de nuevo la actividad a partir de la SE 32. Actividad moderada a baja se mantuvo hasta finales del año con circulación de Influenza B e Influenza A H3⁵.

En relación a las hospitalizaciones por IRAG en los Centros Centinelas se observó el incremento a partir de la SE 20 asociada al aumento de Influenza A H1N1 pdm 09, y a partir de la SE 25 aparecen en forma simultánea la circulación del Virus Sincicial Respiratorio (VSR) e Influenza A H1N1 pdm 09, con pico máximo en la SE 29 teniendo un 11,2% de las hospitalizaciones. Durante el año 2012 se confirmaron 297 casos de IRA grave por virus influenza en la Vigilancia Centinela, 187 casos asociados Influenza A H1N1 pdm 09, 78 casos a Influenza B y 32 casos asociados a Influenza A H3. Se registraron 309 defunciones por IRA grave, de las cuales 37 fueron asociadas a virus respiratorios bajo vigilancia: 22 asociados a Influenza; 19 por Influenza A H1N1 pdm 09 y 3 asociados a Influenza B; 11 casos asociados a VSR, 1 a Parainfluenza, y 3 casos asociados a Adenovirus; de los casos asociados a Influenza se produjeron: 3 en menores de 2 años y 10 en mayores de 60 años⁵.

La mortalidad por influenza y neumonía constituyen una de las primeras causas de mortalidad en nuestro país, juntamente con las enfermedades cardíacas, tumores malignos, lesiones de causa externa y otros⁶. La Organización Mundial de la Salud y la Oficina Regional para las Américas han definido un Programa de Control de las IRA, estableciendo un grupo de objetivos centrales basados en estrategias de enfrentamiento de estas enfermedades, que se resumen en los siguientes:

1. Reducción de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.
2. Disminución del uso de antibióticos y de otros medicamentos en el tratamiento de las IRA en menores de 5 años.
3. Reducción de la frecuencia de complicaciones de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.
4. Reducción de la incidencia y la gravedad de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores.

La influenza constituye dentro de las infecciones respiratorias una de las más importantes por la magnitud y trascendencia que tiene en la morbilidad y mortalidad. La enfermedad origina brotes epidémicos en diversas regiones del mundo cada año, por lo que la OMS recomienda el uso de vacunas como medida preventiva para contrarrestar el potencial de virulencia. Anualmente un Comité de Expertos analiza y recomienda a las compañías farmacéuticas productoras de vacunas, la composición para la siguiente temporada sobre la base de las principales cepas que circulan en el mundo, de acuerdo a los datos de la red mundial de laboratorios que intervienen en la vigilancia de estas enfermedades. Esta red contribuye con la OMS a monitorear la actividad de la influenza en todas las regiones del mundo y asegura la información necesaria para seleccionar las nuevas variantes que serán usadas en la producción de vacunas contra la enfermedad⁷.

Existen otras acciones importantes para el control de esta enfermedad como un adecuado sistema de vigilancia, diagnóstico y un buen manejo clínico de los casos especialmente en edades extremas que son más vulnerables para las complicaciones que puedan ocasionar la muerte⁸.

Dra. María Angélica Leguizamón S.

Editora Asociada-Revista Paraguaya de Epidemiología

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.WHO. Facts and figures on Acute Respiratory Infections in children. ARI Bulletin. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1995.
- 2.OP.S. Infecciones respiratorias agudas en las Américas. Boletín Epidemiológico, OPS 1995;16 (4):1-5.
- 3.Schwartz B, Mainous AG, Marcy SM. Why do physicians prescribe antibiotics for children with upper respiratory tract infections ? JAMA 1998; 279(11):881-2.
- 4.Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections and bronchitis. JAMA 1998; 279(11):875-7.
- 5.Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan de Invierno. MSPBS: Asunción. 2012. Disponible en: http://www.mspbs.gov.py/documentacion/plan_invierno_2013.pdf
- 1.
- 6.UATS Nacional. Situación de las Infecciones Respiratorias Agudas. Cuba 1997. Ministerio de Salud Pública, Septiembre 1997.
- 7.WHO. WHO announces Influenza vaccine formula for 1998/1999. World Health Organization Office, Geneva, Switzerland 1998.
8. Martínez Pamela, Cordero Jaime, Valverde Cristián, Unanue Nancy, Dalmazzo Roberto, Piemonte Paula et al . Co-infección viral respiratoria en niños hospitalizados por infección respiratoria aguda y su impacto en la gravedad clínica. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2012 Abr [citado 2013 Sep 04] ; 29(2): 169-174. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182012000200008>.