



Biblioteca Virtual
de Vigilancia en Salud

Acerca del RTV
Números
disponibles
Publicaciones
electrónicas
Artículos e
informes

Reporte Técnico de Vigilancia



Este número

Vol. 5, No. 7 Noviembre 30, 2000 ISSN 1028-4338

En este número:

Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos

Situación en Cuba de Infecciones respiratorias agudas:

Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos

Roxana Rodríguez Tamayo*, Nancy Sánchez Tarragó*

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año. Según estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre el 20% y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo (1, 2).

Anualmente las infecciones respiratorias causan cerca de 3,6 millones de fallecidos entre niños menores de 5 años y son la principal causa de muerte en este grupo de edad. Según han revelado estudios casi el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias finalmente queda con secuelas, las cuales aumentan el riesgo de infecciones recurrentes (3).

Las Infecciones Respiratorias Agudas están constituidas por un variado grupo de enfermedades causadas por diversos agentes causales que afectan uno u otra zona de las vías respiratorias, cuyas manifestaciones clínicas son bastante evidentes y de alguna forma se repiten en cada una de ellas. Estos signos o síntomas frecuentemente están dados por tos de menos de 15 días de duración, dificultad para respirar, estridor (ronquido), dolor o enrojecimiento faríngeo, otalgia, otorrea, rinorrea, obstrucción nasal (4). Entre las IRA se encuentran aquellas infecciones leves como Resfrío o catarro, Faringitis, Amigdalitis, Bronquitis, Otitis o enfermedades graves como la Neumonía.

La etiología de las Infecciones Respiratorias Agudas está dada tanto por agentes bacterianos como virales. Entre las bacterias que causan estas infecciones pueden citarse: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus B hemolyticus*. En cambio, entre los agentes virales más comunes se encuentran: Sincitial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Coxsackie, entre otros (1, 4).

Según la Organización Mundial de la Salud el Virus Sincitial Respiratorio (RSV) y el virus tipo 3 de la Parainfluenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y la niñez temprana, causando del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45% al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados (5).

Las infecciones respiratorias por virus comúnmente desencadenan serias condiciones respiratorias que traen como resultado la hospitalización del paciente que tenga un estado crónico subyacente. Tal aseveración pudo ser constatada en un reciente estudio realizado por expertos del Colegio de Medicina de Baylor, Houston, el cual reveló que mientras, de forma general, han descendido las tasas de hospitalización,

los ingresos por infecciones agudas del tracto respiratorio inferior se han incrementado continuamente desde 1980. Los autores del estudio hallaron que el 93% de los pacientes mayores de 5 años tenían un estado subyacente crónico, comúnmente una enfermedad pulmonar crónica. Este trabajo, entre otros hallazgos, señaló que la Influenza, la Parainfluenza y el Syncitial Respiratorio fueron los responsables del 75% de todas las infecciones por virus. Además sus autores especularon en torno a que las hospitalizaciones por tales infecciones podrían potencialmente reducirse en al menos el 50% con el apoyo de vacunas efectivas. Sin embargo, reconocieron que el desarrollo de las mismas para combatir estos virus no será suficiente, debido a que es esencial el perfeccionamiento en el suministro de las vacunas a pacientes en riesgo (6).

Caracterización de algunas de las principales Infecciones Respiratorias Agudas

En ocasiones es una tarea un tanto difícil identificar cuál de las infecciones respiratorias está padeciendo un paciente, pues los síntomas son similares y la confusión de una por otra podría significar una prolongada enfermedad y serias complicaciones.

Catarro común o resfriado

Una gripe o resfriado común ocurre cuando se presenta una inflamación del tracto respiratorio alto a causa de un virus. Aunque los virus de la gripe se encuentran en cualquier ambiente, la exposición es más probable en lugares cerrados en contacto con otras personas. Existen cerca de 200 virus diferentes que pueden causar el catarro; entre los más comunes se encuentran los rinovirus, virus sincitial respiratorio, virus corona, parainfluenza e influenza.

La infección usualmente comienza con estornudos, dolor de garganta y tos no productiva. Lo que diferencia la gripe de otras infecciones virales es la ausencia de fiebre alta. Después de 3 ó 4 días (una semana generalmente) la gripe comienza a aliviarse (7).

Tratamiento

El tratamiento para el catarro común es básicamente simple, lo cual no quiere decir que no requiera de toda la atención que merece. Una adecuada dieta, el reposo y la ingestión de abundantes líquidos son factores importantes que contribuyen a la rápida recuperación.

Maureen C. Van Dinter, especialista del Centro de Medicina Familiar de la Universidad de Wisconsin, aconseja a aquellos pacientes que como consecuencia de la gripe presenten dolor de garganta, hacer gárgaras con una solución de sal común y agua templada, ya que los líquidos templados y la sal ayudan a las mucosas de las membranas a contraerse y deshumedecerse. Otro método eficaz para combatir el catarro son las vaporizaciones durante 15 minutos, este procedimiento disminuye la inflamación de las mucosas de las membranas en el tracto respiratorio alto y estimula el drenaje. Asimismo, las fricciones en el pecho con cremas o pomadas mentoladas pueden descongestionar y mejorar el estado general del paciente (8).

Carol S. Johnston, Ph. D, Profesora Asistente de la Universidad de Arizona, asegura que la Vitamina C puede disminuir el resfriado, pues actúa como un antihistamínico natural que ayuda a descongestionar los fluidos de la nariz y el lagrimeo de los ojos. En este sentido, recomienda tomar 500 miligramos de Vitamina C en la mañana y otra dosis en la noche, ya sea tanto en tabletas como la que se encuentra en las frutas y vegetales. Hace énfasis además en el hecho de tomar diariamente un suplemento de esta vitamina C, aunque reconoce que no es saludable consumir más de 1200 miligramos al día (8).

Según Katherine Sherif, M. D., Instructora de Medicina en la Universidad de Ciencias de la Salud de Allegheny y Asesora del Instituto de Ciencias de la Salud, ambos en Filadelfia, asegura que el zinc es un importante factor para las reacciones metabólicas del organismo, lo cual ayuda al sistema inmunológico. Es por eso que los pacientes con resfriados, con previa instrucción de un facultativo, deben tomar algún suplemento que lo contenga. Por otro lado, esta especialista sostiene que la medicina verde es bien útil en el tratamiento de esta común infección (8).

Actualmente se encuentra bajo investigación un tratamiento experimental contra la gripe como es el caso de un aerosol nasal que contiene un compuesto genéticamente diseñado denominado tremacamra, el cual es muy semejante a una molécula natural llamada ICAM-1. Esta molécula está localizada en las células humanas y se adhiere a los rinovirus presentes en las fosas nasales. La molécula tramacamra engaña al virus al propiciar que este se adhiera a ella y no a la célula receptora ICAM-1, por lo que previene que el virus afecte a las células humanas. Un estudio reciente reportó que este compuesto redujo los síntomas del resfriado a un 23%, sin embargo, aún no están claros cuales serán sus verdaderos beneficios. Otros medicamentos como el pleconaril, inhibidor de la adherencia viral, están también mostrando resultados promisorios (9).

Prevención

Desde luego que la mejor manera de evitar el catarro común o resfriado es a través de mantenimiento de un sistema inmunológico fuerte, lo cual se logra a través de una dieta balanceada, la realización de ejercicios físicos y el control del estrés. Es válido también el consumo de vitamina C, tanto en los alimentos que la contengan como en tabletas, así como tomar diariamente multi-vitaminas/minerales con el fin de estimular la inmunidad del organismo (8).

Bronquitis Aguda

La Bronquitis aguda es una inflamación e irritación de los bronquios, causada generalmente por una infección viral o bacteriana. En los niños, los virus son la causa más común de bronquitis (7).

Sus síntomas incluyen tos con mucus, molestias en el pecho, fiebre y cansancio extremo.

Tratamiento

Para algunos pacientes con Bronquitis Aguda inhalar los llamados broncodilatadores puede resultar efectivo. Estos medicamentos relajan, abren las vías respiratorias, aliviando así los síntomas y reduciendo la duración de la tos. El más común de ellos es el Salbutamol (9).

A pesar de las fuertes advertencias de los expertos acerca de que la gripe común no requiere antibióticos, muchos médicos suelen sentirse presionados por los pacientes o sus familiares a prescribirlos para las infecciones leves del tracto respiratorio alto. Un estudio al respecto reportó que se prescriben antibióticos para cerca de la mitad de los niños que visitan al médico por un resfriado común. Los expertos estimaron que fuera del hospital sólo la mitad de los antibióticos prescritos para las afecciones de la garganta; el 20% de los prescritos para bronquitis y casi ninguno para los resfriados eran necesario. Este tipo de medicamentos sólo deben ser empleado en niños y ancianos cuyas condiciones de salud los colocan en alto riesgo de complicaciones por infecciones respiratorias (9).

La prescripción de antibióticos en muchas personas que no lo necesitan es un asunto bien preocupante para los profesionales de la salud. Por tal motivo, es muy importante que los pacientes y los familiares de los niños con infecciones respiratorias leves, entiendan que aunque este tipo de fármaco suele aportar cierta sensación de seguridad, no provee un beneficio significativo y el abuso de éstos puede contribuir a acrecentar los problemas de resistencia bacteriana a los medicamentos (10, 11).

La Bronquitis Aguda o la tos persistente asociada con la gripe casi nunca necesitan de antibióticos, a excepción de la Tos ferina o la tos por más de 10 días en niños con enfermedad crónica de los pulmones (no asma). Los médicos podrían prescribir antibióticos en el caso de tos persistente si se sospecha que esta condición está causada por los organismos Mycoplasma o Clamidia, los cuales usualmente afectan a niños mayores y adultos jóvenes (9).

Prevención

El temprano reconocimiento y tratamiento de una pequeña infección de las vías respiratorias en los fumadores, combinado con el abandono del hábito de fumar son factores importantes para prevenir el progreso de esta enfermedad. También se recomienda para este tipo de personas recibir anualmente la vacuna

contra la Influenza (11,12).

Neumonía

La Neumonía es una inflamación de los bronquios y los alvéolos pulmonares. Pueden existir alrededor de 30 causas diferentes, entre ellas, virus, bacterias, micoplasmas, hongos, agentes químicos (12). La infección típicamente sigue a un resfriado o a la Influenza, pero puede comenzar como una infección primaria en los pulmones.

Los síntomas típicos de una neumonía viral son tos seca con dolor de cabeza, fiebre, dolor muscular y fatiga. Ocasionalmente a la infección viral puede seguir una infección bacteriana (9).

Los síntomas de la neumonía bacteriana son fiebre alta y una tos que produce un esputo grueso, de color verde amarillento. Puede sentirse también escalofríos y dolor en el pecho al respirar (9).

La Neumonía constituye una de las principales y la más letal de las IRA. De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Neumonía causa anualmente más de 100 000 decesos en niños menores de 1 año, lo que se traduce en un promedio de unas 300 muertes diarias. Aproximadamente cada año el 15% de los niños menores de 5 años en los países subdesarrollados padece Neumonía (5).

Tratamiento

Los medicamentos empleados para combatir la Neumonía están determinados por el germen causante de la enfermedad y el criterio médico. En tal sentido, una vez que el paciente ha recuperado la temperatura normal, no debe suspenderse la medicación de acuerdo a las instrucciones del facultativo, de lo contrario la entidad puede recurrir y esta recaída puede ser más seria que el primer ataque.

Además de los antibióticos, los pacientes deben recibir un tratamiento de apoyo como pueden serlo, una dieta adecuada y condiciones de oxigenación apropiadas que garanticen el aumento del oxígeno en sangre cuando sea necesario. En algunos casos, es conveniente la utilización de medicamentos para aliviar el dolor en el pecho y la tos (12).

Las personas jóvenes y saludables que padecen la entidad pueden volver a tener una vida normal en el plazo de una semana después de haberse recuperado de la misma. Sin embargo, para aquellos pacientes de mediana edad pueden transcurrir semanas antes de recuperarse totalmente y volver a la normalidad (12).

Prevención

Una conveniente forma de prevención es a través de la vacuna neumocócica. Las personas que reciben esta vacuna están protegidas contra casi todas las bacterias causantes de Neumonía por neumococos y otras enfermedades neumocócicas (13).

Esta vacuna usualmente es suministrada a personas con alto riesgo de padecer la enfermedad y sus complicaciones. En este orden de cosas deberán ser inmunizadas las personas de 65 años en adelante, todas aquellos que sufran de enfermedades crónicas tales como: cardiopatías, insuficiencia renal, sicklemia o diabetes. Los pacientes recuperados de alguna enfermedad severa, así como los que viven en hogares de ancianos u otros centros donde habitan personas institucionalizadas. No se recomienda la vacunación para las embarazadas y los niños menores de dos años (12, 13).

Dado que la Neumonía aparece a menudo después de una infección respiratoria ordinaria, la medida preventiva más importante es estar alerta ante cualquier síntoma que como consecuencia de algún problema respiratorio se prolongue por más tiempo del habitual (12).

Influenza

La influenza es una infección de las vías respiratorias superiores e inferiores causada por los virus de la influenza A y B.

La infección se caracteriza por la rápida aparición simultánea de fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y fatiga. Es típico el dolor muscular, especialmente en la espalda, brazos y piernas. La fiebre puede mantenerse alta alrededor de tres días (9)

Tratamiento

La amantidina y la rimantadina son medicamentos que ofrecen cierta protección contra la Influenza A y pueden también acortar la duración y disminuir la severidad de la enfermedad, suministradas dentro de las 48 horas a partir del comienzo de los síntomas, aunque no son efectivos en el tratamiento de la Influenza B. Es importante señalar que estos medicamentos pueden causar efectos secundarios como alteraciones en el sistema nervioso central y desajustes gastrointestinales. Sin embargo, la incidencia de efectos colaterales en el sistema nervioso central (agitación nerviosa, ansiedad, dificultades en la concentración, etc.) es más alta entre aquellas personas que han tomado amantadina que entre los que han consumido la rimantadina. Además las dosis de ambos medicamentos deben ser bajas para las personas mayores y todos aquellos que padezcan insuficiencia hepática (9,14).

Otros fármacos como el Zanamivir, inhibidores de la neuramidasa, resultan más promisorios para combatir la Influenza, pues en estudios realizados se ha hallado que acortan la duración de la enfermedad de uno a tres días y reducen las complicaciones por Neumonía o Bronquitis. Incluso, contribuyen a prevenir el desarrollo de la Influenza. El medicamento es administrado como un aerosol nasal o inhalante y bloquea la capacidad de los virus para escapar de las células que ya han infectado, de esta forma previenen la infección a partir de la propagación (9).

Mientras que la amantidina y la rimantadina, administrada a adultos saludables en los 2 primeros días del comienzo de la enfermedad puede reducir la severidad y duración de los signos, así como los síntomas de la enfermedad por Influenza A, el zanamivir y el oseltamivir puede reducir la duración de la enfermedad por Influenza A y B, no complicada, aproximadamente en un día. Para disminuir la emergencia de los virus resistentes a los medicamentos antivirales, debe ser discontinuado el tratamiento de la amantadina o rimantadina tan pronto como clínicamente se autorice, por lo general después de los 3-5 días o dentro de las 24-48 horas después de la desaparición de los síntomas. En cambio, el plazo recomendado para el tratamiento con zanamivir u oseltamivir es de 5 días (14).

Prevención

Los virus causantes de la Influenza varían cada año, lo cual posibilita que ellos fácilmente eludan el sistema inmunológico de su huésped, motivo por el cual se hace necesario cambiar anualmente la composición de la vacuna.

Los componentes para la vacuna de la temporada 2000-2001 fueron seleccionados por la OMS en febrero de este año: un virus semejante a A/Moscú/10/99 (H3N2), uno semejante a A (Nueva Caledonia/20/99 (H1N1) y un virus B/Beijing/184/93 (16).

Vacuna de Influenza

Desde principios del mes de octubre del 2000 la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos publicó que existía demora en el suministro de las vacunas de Influenza correspondientes a la actual temporada, lo que podría provocar períodos de no disponibilidad de la misma. Casi todos los años, la mayor disponibilidad de vacunas se produce desde octubre, sin embargo, este año se producirá en noviembre-diciembre. Teniendo en cuenta esta situación el Comité Asesor de Inmunización del CDC recomendó que los esquemas de vacunación a los grupos de riesgo comiencen no antes de noviembre y que las personas sanas retrasen su vacunación hasta diciembre (17).

Según manifestó el Dr. John S. Abramson, presidente del Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Americana de Pediatría, esta situación con el suministro de la vacuna es poco probable que cause

problemas porque en los últimos años la temporada de Influenza hizo un pico en diciembre sólo en cuatro ocasiones. El pico usual es en enero o febrero) (17).

Pero a juicio de este especialista, aún sin un faltante real de vacuna, el problema con la actual distribución realza otra situación que empeoraría en caso de una pandemia. Por ejemplo, los fabricantes de vacunas están suministrándola más sobre bases contractuales que sobre la base de las necesidades. El resultado es que existen hospitales que no tienen vacunas y, sin embargo, comercialmente sí están disponibles (17).

Otro problema potencial es la identificación de grupos de riesgo. Los ancianos están identificados como de alto riesgo, pero los niños hasta los 3 años también deberían ser considerados en este grupo de riesgo, pues sus tasas de hospitalización por Influenza son 12 veces mayores que la tasa de un niño en edad escolar.

El Comité Asesor de Inmunización (ACIP) del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha publicado las recomendaciones para la prevención y el control durante la presente estación de Influenza 2000-2001. De acuerdo con este documento la vacuna contra la Influenza está recomendada para cualquier persona de 6 meses en adelante, quienes ya sea por la edad o por una condición médica subyacente, tengan un alto riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza. También deben recibir la vacuna el personal de salud y otras personas que tengan contactos cercanos con aquellos grupos de alto riesgo. En conclusión, puede ser administrada a cualquier persona que tenga como mínimo 6 meses de edad, con el propósito de reducir la probabilidad de infección por esta entidad (18).

Grupos que deben ser inmunizados contra la Influenza

La vacunación se recomienda para los siguientes grupos que tienen alto riesgo de desarrollar complicaciones a partir de la Influenza:

Las personas de 50 años o mayores.

Los residentes de los hogares de ancianos y todos aquellos centros donde existan pacientes institucionalizados de cualquier edad con un estado médico crónico.

Adultos y niños con insuficiencias crónicas pulmonares y del sistema cardiovascular, incluyendo asma.

Adultos y niños que estuvieron hospitalizados o requirieron atención médica regular de forma reiterada durante el año precedente por enfermedades crónicas del metabolismo, insuficiencia renal, hemoglobinopatías o inmunodepresión.

Niños y adolescentes que recibieron tratamiento con aspirina durante un período de tiempo prolongado y por consiguiente, pueden tener riesgo de desarrollar Síndrome de Reye después de la infección por Influenza.

Las mujeres que se encontrarán en el segundo o tercer trimestre del embarazo durante la temporada de Influenza.

Otros grupos a considerar para la vacunación

Las mujeres que se encontrarán después del primer trimestre del embarazo durante la temporada de Influenza deben ser inmunizadas. Además deben ser vacunadas antes de la temporada, aquellas gestantes que han estado bajo condiciones médicas que incrementen su riesgo de complicaciones con la enfermedad, independientemente de la etapa del embarazo (18).

Aunque la información disponible relativa a la frecuencia y severidad de la Influenza o los beneficios de la vacunación entre personas infectadas con el Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) es limitada, algunos informes sugieren que los síntomas de la enfermedad pudieran ser prolongados y el riesgo de complicaciones puede aumentar para algunos infectados de VIH. Esta vacuna ha producido considerables títulos de anticuerpos contra la entidad en seropositivos inmunizados, los cuales tienen síntomas mínimos relacionados

al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el conteo alto de células CD4. En pacientes con VIH avanzado y conteo bajo de células CD4, la vacunación puede no inducir títulos de anticuerpo protectores, en estos casos una segunda dosis de la vacuna no mejora la respuesta inmune de estas personas. Debido a que la Influenza puede causar una enfermedad seria con complicaciones, y dado que la vacunación puede repercutir en la producción de títulos de anticuerpos protectores, ésta beneficiará a muchos pacientes infectados con el VIH, incluyendo a las embarazadas (18).

La vacuna no afecta a mujeres que están en período de lactancia, ni a sus hijos. La lactancia materna no afecta negativamente la respuesta inmune y no constituye una contraindicación para la inmunización contra la Influenza.

Deben vacunarse antes de viajar todas aquellas personas con alto riesgo de complicaciones que no fueron inmunizadas durante el otoño e invierno pasados, si fueran a viajar con los siguientes proyectos: viajes al trópico, viajes organizados con grandes grupos de turistas en cualquier período del año y viajes al Hemisferio Sur en los meses de abril a septiembre. Las personas con alto riesgo que fueron vacunadas antes de viajar durante la estación anterior deben ser nuevamente inmunizadas con la vacuna actual en el siguiente otoño e invierno. Además aquellos de 50 años o más, y todos los que tengan alto riesgo deben visitar a sus médicos antes de los viajes de verano para discutir los síntomas y riesgos de la Influenza, así como la conveniencia de llevar medicamentos antivirales para la profilaxis o el tratamiento de la misma (18).

En cuanto a la población en general, la vacuna debe ser administrada a cualquier persona que quiera reducir la probabilidad de contraer la enfermedad. Ésta puede ser dada a los niños de 6 meses en adelante. Aquellas personas que ofrecen servicios indispensables a la comunidad deben considerar su inmunización para minimizar la discontinuidad de actividades imprescindible durante los brotes. También se debe exhortar a recibir la vacuna a los estudiantes y personas que pasan tiempo determinadas instituciones, como por ejemplo becas u albergues (18).

Personas que no deben ser vacunadas

No deberán recibir la inmunización aquellos a los que se les conozca que padecen de hipersensibilidad anafiláctica al huevo u otros componentes contenidos en la vacuna sin antes consultar a un médico. En estos casos el uso de un antiviral es una opción para la prevención de la Influenza A. No obstante, las personas que tienen una historia de hipersensibilidad anafiláctica a los componentes de la vacuna y también tienen alto riesgo de contraer la entidad, podrán beneficiarse de la misma luego de una adecuada evaluación de alergia y desensibilización (17).

Un aspecto de interés a ser aclarado es que las personas con enfermedad febril aguda no deben ser vacunadas hasta tanto los síntomas hayan pasado. Sin embargo, no está contraindicado su uso en los niños que padezcan una enfermedad menor con o sin fiebre, especialmente en aquellos con infección leve del tracto respiratorio alto o rinitis alérgica (18).

Influenza y su relación con la morbilidad y mortalidad por Neumonía

Los virus de Influenza han estado asociados a las muertes por neumonía. En la Tabla 1 se muestran las epidemias de Influenza más importantes de este siglo y el número de muertes por Neumonía asociado. El total llega a las 650 000 muertes.

Sin embargo, el virus continúa causando muertes durante los años no pandémicos. El número de muertes por neumonía atribuido al virus durante los años recientes interpandémicos iguala al número de muertes atribuibles a las pandemias recientes. Desde la pandemia de 1957 hasta el presente, la infección por virus de la Influenza ha producido más de 600 000 fallecidos (16).

Tabla 1. Muertes por neumonía atribuidas a pandemias recientes de Influenza

Pandemias	Año	Cepa	Número de muertes por neumonía

Influenza española	1918	H1N1	500 000
Influenza asiática	1957	H2N2	70 000
Influenza de Hong Kong	1968	H3 N2	34 000

Fuente: Cox and Subbarao. Tomado de: Introduction of the neuramidase inhibitors. <http://www.medscape.com/Medscape/ID/Treatment-Update/2000/tu02/tu02-02.html>

Referencias

1. Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996. En:<http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/>
2. Programa de control de enfermedades respiratorias agudas. Argentina. En: <http://www.santafe.gov.ar/msyma/respi.htm>
3. CDC. Pneumonia among children in developing countries. http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/pneumochilddevcount_t.htm
4. Capitulo IX - Como atender al niño con infecciones respiratorias agudas y que hacer para prevenirla (<http://media.payson.tulane.edu:8086/spanish/aps/aps18s/ch09.htm> (10))
5. OMS. Influenza Vaccines <http://www.who.int/vaccines-diseases/research/virus1.htm>
6. Glezen PW. Patients hospitalized for respiratory infections often have chronic illnesses. JAMA, jan 25 2000.
7. Cold, flu or neumonia. Mayo Clinic Health Letter. Nov. 1993. <http://www.mayohealth.org/mayo/9311/htm/coldflu.htm>
8. Colds. En: <http://www.healthyideas.com/healing>
9. What are the treatments for more severe upper respiratory tract infections ? En:<http://www.lycos.com>
10. National Jewish Medical & Reasearch Center. Upper respiratory infections (Colds) and acute bronquitis. En:<http://www.medfacts.com>
11. Bronchitis. Prevention. Medical Encyclopedia. En://medlineplus.adam.com/ency/article/001087prv.htm
12. Pneumonia. America Lung Association. En:<http://www.lungusa.org/diseases/lungpneumoni.html>
13. Facts for patients about pneumococcal disease. En://www.multiplan.com/healthwell/wellness/pneumonia.html
14. CDC. Antiviral drugs for influenza. En: <http://www.cdc.gov>
15. OMS. Influenza. Fact Sheet No. 211 Feb. 1999. En: <http://www.who.int>
16. Influenza: Introduction of the Neuraminidase Inhibitors. 2000. Medscape. <http://www.medscape.com/Medscape/ID/Treatment-Update/2000/tu02/tu02-02.html>
17. Vaccine experts anticipate coming influenza pandemic. Reuters 18 nov 2000 <http://id.medscape.com/prof/2000/10/10.18/20001017rglt004.html>).

18. ACIP. Practice guidelines: ACIP issues recommendations for the 2000-2001 influenza season.

* Especialistas en Información. UATS Nacional. roxana@hesp.sld.cu, sanchezn@hesp.sld.cu

Situación de las Infecciones Respiratorias Agudas en Cuba

María Josefa Llanes Cordero**

La mortalidad por Influenza y Neumonía en nuestro país permanece dentro de las primeras cinco causas de muerte en los niños menores de 5 años y ocupa la sexta causa en la población general. La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por Infección Respiratoria Aguda (IRA) muestra un promedio anual de 4 000 000 atenciones, que constituyen entre el 25 y el 30% de las consultas externas y alrededor del 30% de las hospitalizaciones. La mayor parte de las IRAs son autolimitadas y leves, por esta razón una gran proporción de los afectados no busca asistencia en los servicios de salud.

Tomando como referencia las cifras de atenciones referidas anteriormente y tomando en consideración los estudios realizados en el país que reflejan que el 20% de los episodios leves de IRA consumen antibióticos, podemos estimar los elevados costos que gravitan al Sistema de salud por esta causa. Además de los gastos en hogares de ancianos, escuelas, centros de trabajo y círculos infantiles, incurridos por el pago de la seguridad social debido a ausencias, todo lo cual representa un importante impacto económico, social y humano, que causan estas enfermedades.

Los virus de Influenza, sobre todo los del tipo A y B y los Virus Sincitial respiratorio son los principales responsables de las alzas epidémicas que se observan en los meses de Septiembre- Noviembre y Febrero- Abril de cada año con mayor magnitud del problema cada tres ó cuatro años.

En el pasado año, 1999, se produjo una situación epidémica estacional con una incidencia al cierre de la semana 52, de 80 136 atenciones, para un acumulado de 5 182 246 atenciones y una tasa nacional de 46508.0 x 100 000 hab. Como se ha señalado a través de la Vigilancia este ha sido un año de gran actividad epidémica en todas las provincias del país, con afectación en todos los grupos de edades, similar a lo registrado internacionalmente.

En cuanto a la circulación del agente causal, se evidencia un predominio del virus de la Influenza A (H3N2) tipo Sydney, (similar a la situación reportada internacionalmente) el cual ha sido aislado en el laboratorio de referencia nacional del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí e informado a las diferentes unidades del Sistema de Salud, en las alertas nacionales elaboradas al respecto.

En nuestro país el promedio de notificaciones anuales oscila en alrededor de 5 millones de casos. En el acumulado del año actual (hasta el 27 de noviembre del 2000) se han reportado un total de 4 289 539 atenciones. Las mayores afectaciones se detectan en las provincias de Cienfuegos, Villa Clara, La Habana, Sancti-Spiritus, Ciudad de la Habana, Matanzas y el municipio especial Isla de la Juventud, alcanzando tasas de incidencia por encima de la media nacional. La morbilidad se encuentra en la zona de alarma del canal Endémico pero dentro de los límites pronósticos estimados para la temporada.

En el acumulado del año se reportan 41 brotes con un total de 1891 afectados, el 100% en instituciones cerradas como escuelas, Círculos Infantiles, Hogares de Ancianos e Instituciones de Salud, en personal no inmunizado.

Los estudios serológicos realizados en los laboratorios de Influenza y VSR y Adenovirus del Instituto de Medicina Tropical (IPK) informan que la circulación en la población menor de 15 años es fundamentalmente a expensas de los virus Sincitial respiratorio y en la población adulta los de Influenza A (H3N2).

La experiencia acumulada con la vacunación contra la influenza, muestra una eficacia entre el 70 y

el 90%, con una reducción de hasta el 70% de las hospitalizaciones y una disminución de hasta el 85% de la mortalidad asociada en los mayores de 65 años, cuando se inicia y mantiene anualmente la vacunación, lo que es necesario por las frecuentes mutaciones que se producen en este virus.

En nuestro país se ha logrado mantener desde el año 1997 la vacunación antigripal a todos los ancianos internos y Seminternos y vinculados a casa de abuelos así como a los pacientes sometidos a Diálisis y Hemodiálisis. Para la temporada 1999-2000 se incrementó la cifra a 150 000 con lo cual se logró inmunizar además los ancianos de la comunidad en la provincia de Cienfuegos y el Municipio Isla de la Juventud y en esta temporada esta previsto inmunizar 300 000 personas, para, de esta manera, ir ampliando la inmunización en la población de mayor riesgo que en nuestro país lo constituyen los mayores de 85 años.

**** Especialista de 1er grado en Epidemiología. Jefa del Programa de Tuberculosis e IRA**
fefa@hesp.sld.cu

Esta página fue actualizada por última vez: abril 09, 2001

Publicación de:

Unidad de Análisis y Tendencias en Salud

*Ministerio de Salud Pública
Calle 23 Esq. N. Plaza de la
Revolución
La Habana. Cuba. CP 10 400
Teléf. (537)-553350/ 553405
Fax. (537)-662312
E-mail: uats@hesp.sld.cu*

Edición: Lic. Nancy Sánchez Tarragó

Consejo Asesor:

Dr. Daniel Rodríguez Milord
Dr. Ricardo Batista Moliner
Dra. Maria Josefa Llanes Cordero

Copyright ©Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. MINSAP. 1997
webmaster@hesp.sld.cu
