

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La atención integral del niño con infección respiratoria aguda:
lo apropiado y lo actual.

Guías clínicas para disminuir el abuso de antimicrobianos y de sintomáticos, así como el de evitar que los niños mueran en el hogar por neumonía, después de haber recibido consulta médica

*Total health care for children with acute respiratory infections:
Suitability and current view*

Héctor Guiscafré-Gallardo

Médico pediatra infectólogo.

Resumen

A pesar de que la mayoría de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema bien conocido. Se ha demostrado, por un lado, un uso excesivo de antimicrobianos (90% de los casos) y medicamentos sintomáticos (98% de los casos), y por el otro, la neumonía, que es la principal complicación de las IRAs, no se diagnostica ni se trata oportunamente, sobre todo en los niños menores de 5 años, propiciando una mortalidad elevada. El análisis de las defunciones –mediante la técnica de “autopsia verbal”– nos ha permitido identificar que 70% de los niños menores de 5 años de edad que mueren por neumonía fallecen en el hogar, y de ellos, en 60% sucede unas pocas horas después de haber recibido consulta médica.

Ante tal problemática, hemos considerado adecuado presentar al lector de esta revista una serie de 3 guías clínicas que han sido ya validadas para población asegurada, adaptándolas al primer nivel de atención pública o privada de la población abierta

Summary

Even though most of the acute respiratory infections (ARI) are self-limited, the mistakes in diagnosis are a well-known problem. On one hand, an excessive use of antimicrobials (90% of the cases) and symptomatic medicines (98% of the cases) has been demonstrated. On the other hand, pneumonia, the main complication of ARI, is not diagnosed or treated on time mainly in children younger than 5 years old, leading to a higher mortality rate. The deaths analyzed -through the verbal autopsy technique- have allowed us to identify that 70% of the children with pneumonia, younger than 5 years old, die at home, and moreover, 60% of those children die only a few hours after they have been examined by a doctor.

Due to this problem, we present to the readers of this journal a series of 3 clinical guides that have been previously validated for the Mexican population with governmental health care, adapting these guides to the first level of institutional or private health care for people not included in any health care system. The first

Solicitud de sobretiros: Dr. Héctor Guiscafré Gallardo. Plan de Guadalupe # 65-7, Col. Ticomán, Deleg. Gustavo A. Madero, C.P. 07320, México, D.F., México.

Fecha de recepción: 07-02-2008.

Fecha de aprobación: 04-06-2008.

menor de 15 años. La primera guía es para facilitar el diagnóstico de cada entidad clínica de las IRAs. Las otras dos son para poder otorgar el tratamiento integral necesario en cada entidad clínica, las cuales ahora son agrupadas con base a su etiología y a la terapéutica que necesitan. Así, la guía 2 contempla el manejo de los casos sin taquipnea, o sea sin insuficiencia respiratoria, mientras que en la guía 3 se puede apreciar el manejo en el primer nivel de atención de los casos con taquipnea o con insuficiencia respiratoria. En las dos guías de tratamiento se incluyen los 6 componentes de la atención integral y completa del niño. Las tres guías clínicas son comentadas en sus aspectos más relevantes y de más controversia. Finalmente, se lanza un reto a los pediatras y médicos lectores: “¡Comparen las guías clínicas con su práctica diaria y actúen en consecuencia!” Y se hacen varias reflexiones sobre la consulta pediátrica de excelencia.

Palabras clave. Infección respiratoria aguda; atención integral; niños.

guide is to facilitate the diagnosis of each ARI disease. The other 2 are to be able to provide the necessary complete treatment of ARI in each clinical entity, which are now grouped on the basis of their etiology and the therapy that is necessary. The second guide is therefore related to the treatment of the cases without tachypnoea, this is, without respiratory insufficiency. The management of the first level of health care provided to patients with tachypnoea or with respiratory insufficiency is shown in the third guide. In these 2 treatment guides, the 6 components of the integral and complete medical care of children are included, as it is described in the text and in table 2. The more controversial and relevant aspects are commented in each clinical guide.

Finally, pediatricians and medical readers are challenged to “Compare your clinical guides with your daily practice and act accordingly!” Several reflections about the excellence of pediatric consultations are also presented.

Key words. Acute respiratory infections; total health care; children.

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs), constituyen un importante problema de salud pública; este grupo de enfermedades ocupa el primer lugar como motivo de consulta de primer nivel en el mundo.^{1,2} En México, durante el año 2005, en la Secretaría de Salud se otorgaron un poco más de dos millones de consultas de primera vez por IRAs en niños menores de cinco años, y 35% de ellas ocurrió en menores de un año.³ Para estos niños menores de un año, se ha observado una incidencia de seis episodios/niño/año; cifra que se eleva hasta 14 episodios/niño/año en niños de esta edad que asisten a guarderías.⁴

A pesar de que la mayoría de las IRAs son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema bien conocido.⁵ Se ha demostrado, por un lado, que un uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, sobre todo en las infecciones de vías respiratorias altas, favorece la aparición o el incremento de la resistencia bacteriana, además de ocasionar un gasto elevado a las instituciones de salud y a las familias de los pacientes y mayor desperdicio de medicamentos.⁶ Por otro lado, la neumonía, que constituye la principal complicación de las IRAs, no se diagnostica ni se trata oportunamente, lo que favorece una letalidad y mortalidad elevadas, aún en

regiones con acceso adecuado a los servicios de salud.^{7,8} Todavía en México, en el año 2004, fallecieron por neumonía 3 500 niños menores de cinco años, para una tasa de 55 por cada 100 mil habitantes de ese grupo etario.⁹ En un estudio previo,¹⁰ llevado a cabo en 1990 por nuestro grupo de trabajo, en 12 907 niños menores de cinco años, muertos por IRAs en todo el país en ese año, encontramos que 70% de las muertes había ocurrido en el hogar, y 60% de estos últimos recibieron atención médica previa al fallecimiento. Es probable que estos porcentajes sean similares ahora, aunque este dato no ha sido revisado recientemente.

En el cuadro 1 se muestran los errores de diagnóstico y tratamiento más relevantes que se han identificado en la evaluación de la calidad de las consultas médicas de los niños con IRAs,¹¹ tanto en el sector público como en el privado, y en aquellos niños que han fallecido por neumonía.¹²

Con la intención de mejorar la calidad de la atención en niños con IRAs, la Organización Mundial para la Salud, desde 1985, ha propuesto diferentes estrategias,^{13,14} entre las que se encuentran las guías de tratamiento estandarizado. Una guía clínica se define como el desarrollo

Cuadro 1. Errores de la atención médica más frecuentemente identificados en los estudios sobre calidad de la atención y sobre mortalidad por medio de las autopsias verbales en las infecciones respiratorias agudas

Errores en el diagnóstico

1. Deficiencias en el diagnóstico de las entidades clínicas de las IRAs
2. Falla médica para identificar los signos tempranos de neumonía
3. No identificación o consideración de los factores de mal pronóstico

Errores en el tratamiento

1. Indicación de antimicrobianos injustificada e inadecuada, sobre todo en IRAs de vías respiratorias altas
2. Omisión de la indicación adecuada de antibióticos en casos de neumonía
3. Exceso en la prescripción de medicamentos sintomáticos
4. No tomar en cuenta los factores de mal pronóstico
5. Falta de educación a la madre o al cuidador del niño sobre las medidas generales, la evolución esperada y la identificación de los signos tempranos de neumonía o de mala evolución
6. No dar indicaciones precisas sobre cuándo y cómo volver a consulta o dónde llevar al niño en caso de agravamiento
7. No adecuar el tratamiento a las condiciones específicas de cada niño
8. Retardo o no referencia del niño con insuficiencia respiratoria al hospital

IRAs: infecciones respiratorias agudas

gráfico y sistematizado de los lineamientos de diagnóstico y tratamiento que ayudan al médico tratante a ofrecer a su paciente lo mejor o lo más apropiado, según su problema de salud específico.¹⁵ En el caso de las IRAs, existe información suficiente para establecer lineamientos diagnósticos y terapéuticos adecuados. De hecho, con nuestro grupo de trabajo, diseñamos y validamos guías clínicas para la atención apropiada de las IRAs en niños menores de cinco años y para niños mayores y adultos.¹⁶ Estas guías fueron diseñadas con el fin de ser aplicadas en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. Hemos considerado adecuado, después de platicarlo con el editor del *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, su revisión y adaptación a la consulta pediátrica del primer nivel, institucional o privada, de la población abierta.

El objetivo primordial en su aplicación es disminuir el abuso de antimicrobianos y de sintomáticos, así como el de evitar que los niños mueran en el hogar por neumonía, después de haber recibido consulta médica.

Presentación y comentarios de las Guías Clínicas

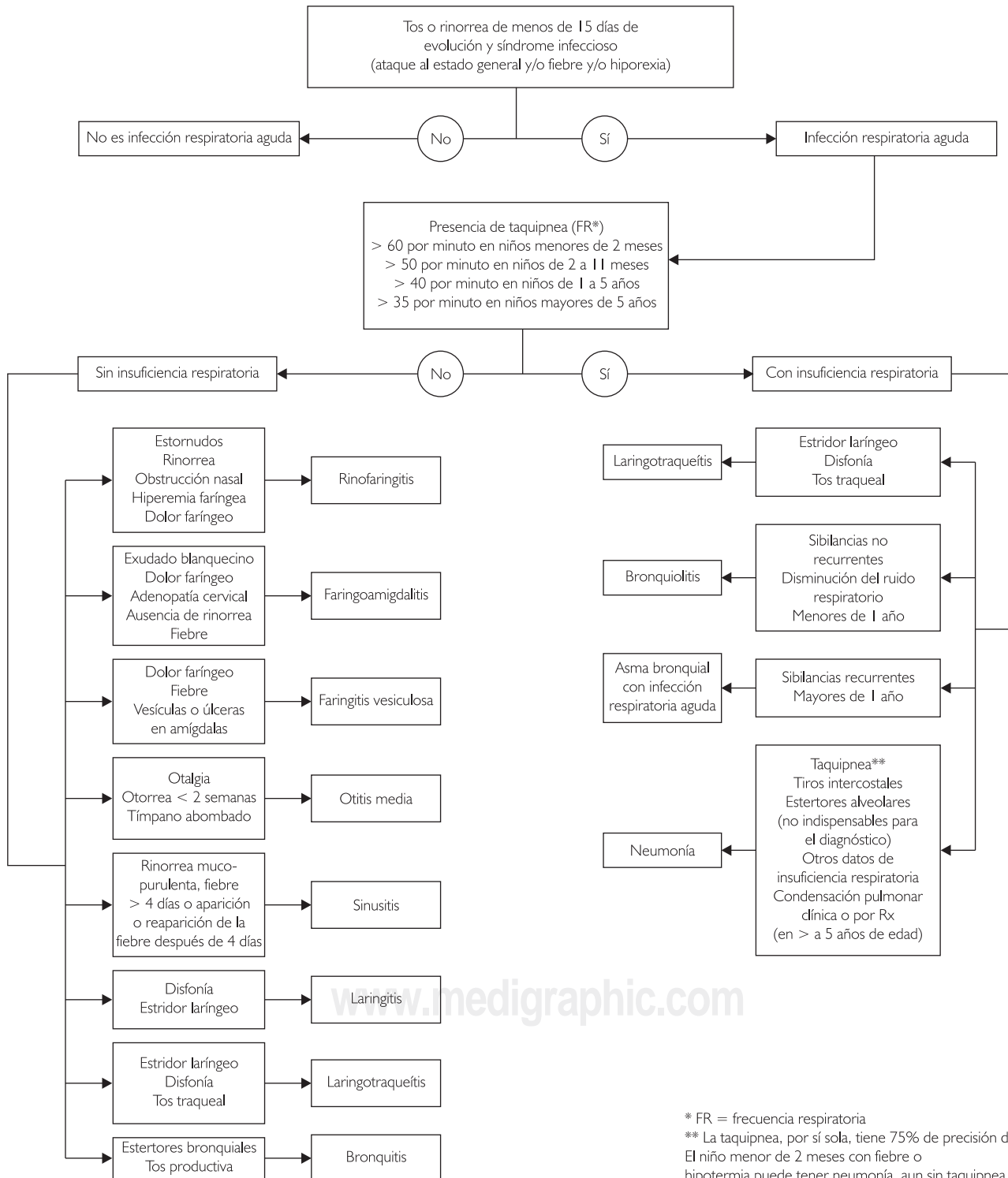
Guía I. Diagnóstico de la presencia de insuficiencia respiratoria y de las entidades clínicas que se consideran como IRAs:

Se considera que para otorgar un buen tratamiento, es necesario, primero, contar con un diagnóstico correcto. Esto va de la mano con un interrogatorio y una exploración física completa durante la consulta médica, incluyendo siempre la medición de la frecuencia respiratoria, sin obviar la exploración de la faringe y de ambos oídos.

La primera guía clínica de diagnóstico permite que el médico se cerciore de que realmente se trata de una infección respiratoria, y ya confirmándolo, le pide que antes que nada valore si hay taquipnea. En base a su presencia o ausencia, el médico debe considerar al niño como con o sin insuficiencia respiratoria y seguir adelante tratando de identificar, con unos cuantos síntomas o signos clínicos claves, la entidad de que se trata. No es infrecuente que un niño tenga dos o más diagnósticos al mismo tiempo, ya sea por extensión de

Guía I.

Guía diagnóstica de las diferentes entidades clínicas en las infecciones respiratorias agudas en niños



* FR = frecuencia respiratoria
 ** La taquipnea, por sí sola, tiene 75% de precisión diagnóstica. El niño menor de 2 meses con fiebre o hipotermia puede tener neumonía, aun sin taquipnea

la lesión de la mucosa a través del árbol respiratorio o por complicación de la misma.

Alguno de ustedes, con cierta razón, podría argumentar que nos han faltado algunas entidades clínicas, como la traqueitis bacteriana o la epiglotitis por *Haemophilus influenzae* tipo B, pero estas entidades son poco frecuentes en México y la guía sólo se refiere a las enfermedades más comunes.

La taquipnea, hará el diagnóstico de neumonía por sí sola, tiene una sensibilidad de 70% y una especificidad de 69%, clasificando adecuadamente los casos de “si tiene o no neumonía” en 75%. Tiene falsas positivas en 20% de los casos (posibilidad de tratamientos innecesarios) y sólo falsas negativas en 5% (posibilidad de dejar sin tratamiento antibiótico a una neumonía, sobre todo en niños menores de dos meses, por lo que en esa edad la sola hipotermia o hipertermia con ataque a su estado general debe hacernos enviarlo a un hospital); por lo tanto la *taquipnea* (a los valores de corte señalados en la guía) constituye un dato clínico muy útil para el diagnóstico de neumonía en niños.^{17,18}

Guía 2. Tratamiento de las IRAs, “sin insuficiencia respiratoria”.

Una vez establecido un diagnóstico correcto sobre la presencia o no de insuficiencia respirato-

ria (taquipnea sí o no) se seguirá la guía 2 (sin insuficiencia) o la guía 3 (con insuficiencia). En ellas debe de identificar la entidad clínica diagnosticada y actuar en consecuencia.

En la guía 2, en primer lugar, encontramos un recuadro grande en el que se describen a detalle las medidas generales, los factores de mal pronóstico¹⁷ y los temas en los que hay que educar a la madre para el manejo adecuado de las IRAs en su hogar, y los signos de alarma para la detección temprana de una posible neumonía. Todo lo anterior debe hacerse a cuanto niño vaya a consulta. Si se decide tratamiento ambulatorio, debe de aprovecharse la consulta para, además de las acciones específicas en las IRAs, realizar las otras tres acciones que son necesarias para considerar el componente “integral” o completo de una consulta pediátrica de excelente calidad (Cuadro 2). Así, una buena consulta pediátrica debe abarcar siempre estas seis acciones señaladas en el cuadro 2.¹⁸

En aquellos casos enviados al segundo nivel de atención, es ahí mismo, en el hospital, antes de su alta, en donde el personal de salud coordinado por el pediatra tratante del niño debe de completar las acciones restantes, por ejemplo: aplicar al niño las inmunizaciones faltantes, enviándolo a un programa de recuperación nutricional en caso nece-

Cuadro 2. Las seis acciones que comprende el tratamiento integral del niño con IRAs. Se dividen en dos grupos: aquellas tres que deben hacerse durante el proceso de atención del padecimiento y las otras tres que se deben completar antes de dar por terminada la consulta

Acciones específicas en IRAs

1. Atención adecuada del motivo de la consulta
2. Identificación de factores de mal pronóstico
3. Capacitación de la madre para un manejo adecuado en el hogar

Acciones para completar la atención integral

4. Vigilancia de las inmunizaciones
5. Vigilancia del estado nutricional
6. Atención de la salud de la madre

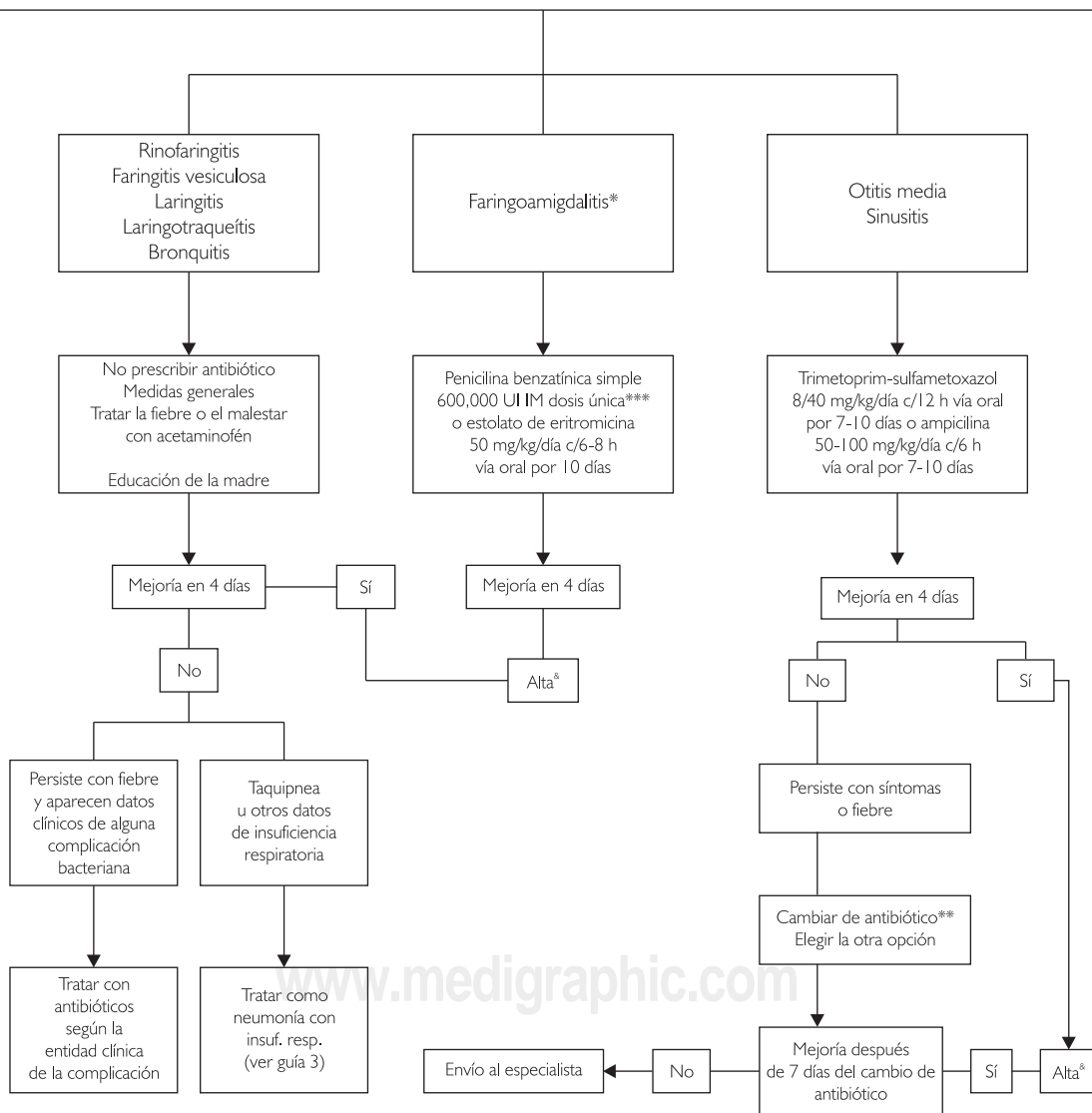
IRAs: infecciones respiratorias agudas

Medidas generales

- Incrementar ingesta de líquidos
- Mantener la alimentación adecuada (si hay hiporexia, ofrecer los alimentos en pequeñas fracciones más veces al día)
- No suspender la lactancia
- En caso de otorrea, limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasa 3 veces al día. No aplicar gotas óticas
- Control de dolor, fiebre y el malestar general:
 - Acetaminofén 60 mg/kg/día vía oral en 4 a 6 tomas
- Revalorar en 48 h si existen factores de mal pronóstico:
 - Niño con desnutrición moderada a grave (más de 25% de déficit del peso ideal para la edad)
 - Niño con alguna inmunodeficiencia
 - Menores de 1 año con antecedente de prematuridad
 - Madre analfabeta o menor de 17 años
 - Muerte de un niño menor de 5 años en esa familia por cualquier causa
 - Dificultad para llevarlo al médico por cualquier causa

Educación a la madre sobre:

- No aplicar supositorios de acetaminofén en menores de 1 año (fácilmente se supera la dosis que puede producir intoxicación: "hepatitis fulminante")
- La inconveniencia de usar antihistamínicos en niños
- Que la tos es un mecanismo de defensa que se debe favorecer incrementando la ingesta de líquidos para fluidificar las secreciones y no tratar de suprimirla con jarabes
- Cómo identificar los signos tempranos de neumonía o de agravamiento (en cuyo caso deberá regresar inmediatamente al médico)
- Estos signos tempranos son cuatro:
 - Aumento de la frecuencia respiratoria
 - Respira con dificultad
 - Dificultad para beber
 - Que el niño se vea grave



* No es necesario el cultivo de exudado faríngeo en la fase aguda o convalecencia de la enfermedad
 ** En menores de 1 mes, si no hay mejoría, tratar con amikacina 15-21 mg/kg/día c/12 h IM por 10 días

*Antes del alta completar esquema de vacunación y rehabilitación nutricional (si lo necesita). Valorar salud de la madre y actuar al respecto

*** 1,200.000 UI para niños > 5 años

sario o completando las acciones preventivas faltantes a la madre del niño, de acuerdo a su edad y al programa de salud de la mujer.¹⁹

A continuación, las diferentes entidades clínicas se han dividido en tres grupos, de acuerdo a su etiología más frecuente:

1. Padecimientos que en la gran mayoría de los casos son de etiología viral y para los cuales todavía no existe un antibiótico útil. Todos ellos se autolimitan en menos de cuatro días, en cuanto a que mejora el estado general y disminuye o desaparece la fiebre, ya que los signos como tos o rinorrea pueden durar hasta por 14 días. Una excepción es la faringitis vesiculosa, en la cual el dolor y la fiebre pueden durar hasta siete días. En estas enfermedades no debe darse antibiótico de inicio, pero hay mucho que hacer: indicar y explicar las medidas generales señaladas en la guía, disminuir la fiebre y el malestar general con un antipirético-analgésico como el paracetamol (acetaminofeno), e identificar la presencia de los seis factores de mal pronóstico, también señalados en la guía (para revalorar a estos niños a más corto plazo); educar a la madre sobre la evolución natural de la enfermedad, sobre la tos como un mecanismo de defensa que se debe facilitar fluidificando las secreciones con agua, sobre la inutilidad y toxicidad de los antibióticos, antitusígenos y antihistamínicos, y sobre la identificación de los cuatro signos de alarma, para traer lo más pronto posible nuevamente al niño. Así, ante tanto que hacer, la consulta médica de un niño con catarro común no debe ser más corta que la de una neumonía. Ésta debe ser una oportunidad bien aprovechada para educar a la madre sobre todos esos aspectos y para realizar las acciones correspondientes a una atención integral como hemos visto antes. Diríamos que: *en vez de recetar mucho, se debe educar mucho*. En la parte final de esta guía se pueden observar las alternativas de acuerdo a la evolución de las IRAs. Estos padecimientos, habitualmente virales, pueden facilitar la infección bacteriana en forma secundaria, por lo que en ese caso se debe tratar con antibióticos de acuerdo al tipo de complicación. La neumonía es la más grave de estas últimas y debe diagnosticarse y tratarse lo antes posible.
2. Padecimiento cuya etiología es de una sola bacteria: *Streptococcus pyogenes*. Para la faringoamigdalitis estreptocócica, la penicilina sigue siendo el tratamiento de elección, y la eritromicina la mejor alternativa (en casos de alergia a la penicilina) para curar la enfermedad y erradicar al microorganismo de la faringe, previniendo la fiebre reumática. Tratamientos de pocos días con antibióticos diferentes pueden dejar portadores, y ya se han observado brotes recientes de esta complicación tardía de la infección estreptocócica. Como se puede ver, no existe para esta condición la opción de “no mejoría”, porque prácticamente no hay fallas de tratamiento si el diagnóstico es correcto.
3. Padecimientos que pueden iniciarse con una etiología viral, pero que frecuentemente corresponden a una complicación bacteriana de una rinofaringitis: la sinusitis y la otitis media. Estas dos entidades clínicas necesitan de antibiótico por 7 a 10 días. La primera elección –trimetoprim/sulfametoxazol–, más que por su poder bactericida, se ha seleccionado por su facilidad para administrarlo cada 12 horas, por su bajo costo y tiempo de almacenamiento prolongado, aun en climas tropicales.²⁰ En nuestro medio, la ampicilina o la amoxicilina han dado buenos resultados y ahora son relativamente baratas; la utilización de estos antibióticos asociados a un inhibidor de betalactamasas (sulbactam, ácido clavulánico) se ha recomendado en los lugares donde hay alta prevalencia de *Moraxella catarrhalis*. Un porcentaje bajo de los casos no mejora a los cuatro días y amerita un nuevo trata-

miento con el otro antibiótico de elección. Si no hay respuesta debe enviarse el niño al especialista, en este caso al otorrinolaringólogo.

En su parte final, la guía clínica insiste en recordarle al médico que efectúe una consulta pediátrica integral y, por lo tanto, completa.

Guía 3. Tratamiento de las IRAs “con insuficiencia respiratoria”.

Esta guía trata ahora de los pacientes que tienen insuficiencia respiratoria. Lo primero que se hace es dividir a los pacientes en dos grupos: aquellos que tienen insuficiencia respiratoria leve y que pueden ser tratados en forma ambulatoria, y aquellos que tienen una insuficiencia moderada a grave o que tienen factores de mal pronóstico y que necesitan que el tratamiento sea efectuado en un hospital. Como la aplicación de estas guías clínicas es principalmente para la consulta pediátrica de primer nivel, se señalan solamente las acciones correspondientes a este nivel, incluyendo aquéllas necesarias para el traslado de los pacientes. Parecido a lo que se hizo en la guía 2, los padecimientos que pueden causar insuficiencia respiratoria se agrupan ahora en dos grupos: los de etiología viral, laringotraqueitis y bronquiolitis, y un padecimiento no infeccioso pero muy frecuente en los niños, el asma, ya que a menudo una rinoфарингитis viral dispara, por así decirlo, los mecanismos fisiopatológicos del broncoespasmo. Estos tres padecimientos no requieren antibiótico inicialmente.

En el otro grupo se encuentra sólo la neumonía. Si bien esta última entidad, cuando se adquiere en la comunidad, es también en 45% de etiología viral, en 25% de los casos existe una co-infección viral/bacteriana y en 60% se identifican bacterias, y de éstas, 73% corresponde a *Streptococcus pneumoniae*.²¹ Por todo lo anterior, se considera que en toda neumonía comunitaria se justifica plenamente la administración de antibióticos y, de ellos, la penicilina continúa siendo el de primera elección.²² Los reportes desde hace tres lustros,²³ de resistencia *in vitro* de *S. pneumoniae* a

la penicilina, no se han relacionado directamente con una mala evolución clínica, por lo que no se justifica, por el momento, cambiar de antibiótico, y tal vez sólo, como una medida de prudencia en tanto se investiga y conoce más al respecto, incrementar las dosis de penicilina.²⁴ La industria farmacéutica, tomando como bandera esta resistencia *in vitro*, y sin esperar o tomar en cuenta las investigaciones clínicas sin sesgo comercial, ha sacado al mercado un sin número de nuevos macrólidos o quinolonas con alta sensibilidad para *S. pneumoniae* en el laboratorio, pero los cuales, primero, no han demostrado clínicamente que sean mejores que la penicilina a dosis usuales o más elevadas, y en segundo lugar, con estos nuevos y costosos antibióticos ya se han presentado casos de falla al tratamiento y de aparición de resistencia, por lo que se recomienda que siempre sean utilizados junto a un betalactámico: penicilina, aminopenicilina, cefotaxima o ceftriaxona.^{25,26}

Peterson²⁷ publicó, en el año 2006, una revisión de la literatura al respecto y encuentra una sola cita de falla clínica a la penicilina parenteral en neumonía por neumococo, y en cambio identificó 21 publicaciones de casos de falla al tratamiento con las nuevas quinolonas antineumococo y 33 citas de fracasos clínicos y bacteriológicos en macrólidos.

La guía, finalmente, recuerda a los médicos del hospital que deben ser ellos los que completen la atención integral del niño antes del alta, tal como ya explicamos anteriormente para el pediatra de atención primaria.

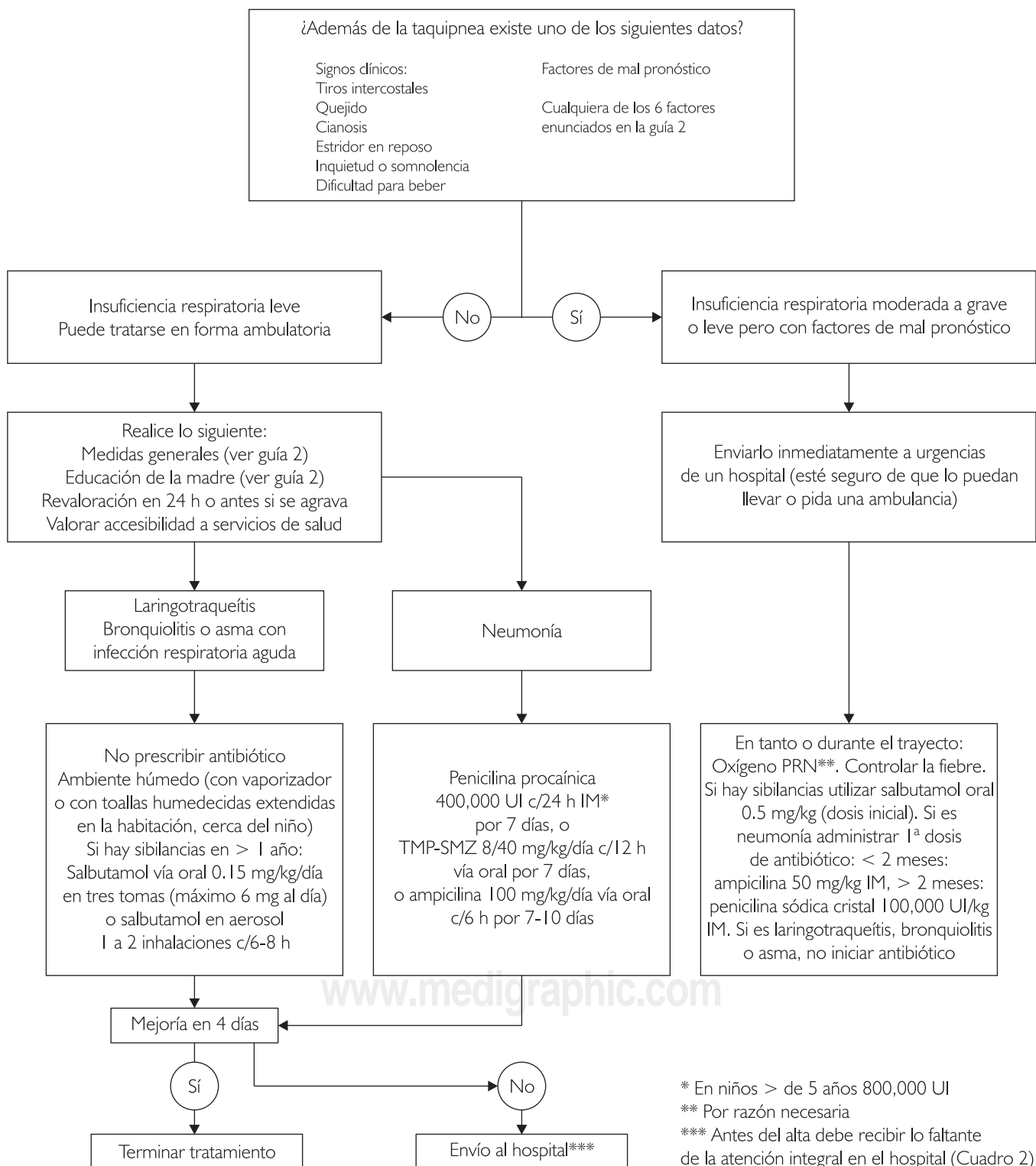
Exhortación y arenga a los pediatras

Un reto y varias reflexiones

Yo no sé, médico pediatra que me lees, si tú estarías dispuesto a comparar estas guías con tu forma de otorgar la atención médica a los niños con IRAs. Seguramente disenterás en varios conceptos, acciones o formas del diseño que se presentan en las guías o en los comentarios que hemos he-

Guía 3.

Guía clínica para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas con insuficiencia respiratoria en niños.



* En niños > de 5 años 800,000 UI
 ** Por razón necesaria
 *** Antes del alta debe recibir lo faltante de la atención integral en el hospital (Cuadro 2)

cho de las mismas; pero también, y esa es mi esperanza, estarás de acuerdo o te parecerán correctos o atinados la mayoría de los conceptos o acciones señaladas, pues tienen bases científicas sólidas. Ahora, ese es el reto que te hago, contrasta estas guías con tu forma común de tratar las IRAs en el primer nivel de atención, o sea en tu consultorio, ya sea privado, o en alguna institución de salud. ¿Cuánto tiempo dura tu consulta? ¿Haces un interrogatorio suficiente y una exploración física completa del niño? ¿En base a qué síntomas haces tus diagnósticos? ¿Utilizas el número de respiraciones por minuto para tomar decisiones? ¿Cuál es la frecuencia con que utilizas antibióticos, antihistamínicos, antitusígenos, antiinflamatorios, etc.? ¿De qué tipo? ¿Por qué? ¿Cuál es tu guía mental, cuáles son tus razones o tu modelo explicativo, como ahora le dicen, que te hace tomar esas decisiones? ¿Eres un médico pediatra recetador o educador?

Sí, ya sé que no es fácil ni atractivo el reto, pero es conveniente que te hagas esas preguntas. Si te importa un poquito la ética, debes de hacerlo. Sí, ya sé que durante tu formación como médico y pediatra fuiste altamente capacitado para tratar las entidades más complicadas, las que se ven en los hospitales, pero que nunca fuiste realmente adiestrado para tratar las causas más frecuentes de la consulta pediátrica, como son: la diarrea aguda, el niño aparentemente hiporéxico y, por supuesto, las IRAs, sobre todo las de vías respiratorias superiores.

El médico debe tratar de seguir la máxima hipocrática por todos conocida (pero no por muchos aplicada): *“Lo primero es no hacer daño”*. El médico debe de basar siempre sus conclusiones y normar su conducta en bases científicas. En las IRAs, estas bases científicas están perfectamente establecidas, como puedes confirmar revisando todo lo publicado al respecto, y en lo cual se basa el diseño de las guías que nos ocupan.

Pero ya es tiempo de que solucionemos ese defecto de formación o deformación educativa (la deformación hospitalaria de la educación del es-

pecialista). ¿Y cómo? Pues teniendo médicos pediatras que den consultas de excelencia en el primer nivel de atención. Ahí está la clave del asunto, y tú puedes formar parte de ello, si te decides a tomar éstas u otras guías o algoritmos basadas en los conocimientos científicos, pues todas te llevarán a *recetar menos, explicar y educar más e identificar los niños en mayor riesgo de morir para no omitir en ellos el tratamiento oportuno y adecuado*. Este grupo de pediatras rompería en poco tiempo el círculo vicioso de: *“los médicos dan consultas en el primer nivel de atención incompletas y de mala calidad, porque no hay actualmente sitios en donde los médicos puedan ver y aprender a dar consultas completas o de buena calidad”*, y viceversa.

Recuerdo que, en algún congreso médico, en una mesa de discusión sobre el abuso de los antibióticos en las IRAs, uno de los asistentes u oyentes envió esta nota: *“Me podría dar la dirección de su consultorio, pues yo voy a poner el mío enfrente”*. Así piensan, desafortunadamente, muchos pediatras, que la gente pide, exige recetas, medicamentos, antibióticos, y que si no se los dan van a perder el cliente. Pero, por qué nos extrañamos de esta conducta de los pacientes, si tenemos años recetándoselos, si así los hemos enseñado. Si así los hemos educado, con el ejemplo. Sin embargo; lo que la gente pide realmente, lo que exige, es la atención con calidad y calidez, que a su niño se le ofrezca lo mejor que tenga la ciencia médica para intentar curarlo, y en una forma cálida, humanitaria. No le lleva una mascota al pediatra, le lleva a un niño, a su hijo. Por ello es tan importante la buena disposición y comunicación en la consulta pediátrica, y para ello se requiere un mínimo de tiempo para poderse explicar: para que el médico pueda apreciar cómo ve las cosas la madre, y ella le entienda al médico lo que tiene su niño, cómo va a evolucionar, cómo saber si se agrava y qué hacer. Pongamos, como ejemplo, una receta de este tipo de consulta, la cual llevaría, en el caso de una rinofaringitis no complicada, un analgésico o antitérmico y una serie de indicaciones sencillas para que recuerde lo que se le explicó sobre cómo manejar la gripa en

casa, sobre cómo van a evolucionar los síntomas, cómo la fiebre o la rinorrea, y qué hacer y cuáles son los signos de alarma y adónde llevar al niño si se agrava. Es conveniente explicarles el por qué en la mayoría de los casos no es útil el antibiótico, que hay que tener paciencia y esperar la evolución natural de la enfermedad, pero que hay que estar al pendiente de que no se complique con una neumonía. La gente no es tonta. Las mamás creen y confían en su pediatra si ven que él dedica su tiempo y sapiencia por sus hijos.

Si has tenido la paciencia de seguirme hasta aquí, déjame terminar con una arenga: “Decídete a realizar tus consultas sobre bases científicas y en forma completa, tomando en cuenta que cualquier consulta (en este caso una IRA) es una ocasión excelente para ofrecerle al niño un tratamiento integral”. Seguramente los médicos y pediatras que otorguen ese tratamiento integral, en todas sus consultas, nunca serán “*el médico que atendió a un niño con IRA y que murió en su casa de neumonía, pocas horas o pocos días después de la consulta*”.

Referencias

1. OPS. El control de las infecciones respiratorias agudas en los sistemas locales de salud. Washington, DC, USA: Organización Panamericana de la Salud, OPS/HCP/ARI/95.05; 1995.
2. Tapia DA, Álvarez LC, García CJA, Velázquez MO. Morbilidad por causas seleccionadas en población menor de cinco años. México 1980-1993. En: La salud de los niños, cifras nacionales. México: UNICEF; 1994. p. 99-108.
3. Secretaría de Salud. México. Infecciones respiratorias agudas. Bol Epidemiol Sistema Único Inform. 2006; 52: 12.
4. Flores SH, Reyes HM, Pérez-Cuevas R, Guiscafré HG. The day care center as a risk factor for acute respiratory infections. Arch Med Res. 1999; 30: 216-23.
5. Pérez-Cuevas R, Muñoz O, Guiscafré H, Reyes H, Tomé P, Gutiérrez G. Patrones de prescripción terapéutica en infección respiratoria aguda y diarrea aguda en dos instituciones de salud (IMSS y SSA). IV. Características de la prescripción médica. Gac Med Mex. 1992; 128: 543-8.
6. Reyes H, Guiscafré H, Muñoz O, Pérez-Cuevas R, Martínez H, Gutiérrez G. Antibiotic noncompliance and Waste in upper respiratory infections and acute diarrhea. J Clin Epidemiol. 1997; 50: 12997-3004.
7. Marrie T. State of art and clinical article. Community acquired pneumonia. Clin Infect Dis. 1994; 18: 501-13.
8. Pérez-Cuevas R, Guiscafré H, Muñoz O, Reyes H, Tomé P, Libreros V, et al. Improving physicians prescribing patterns to treat rhinopharyngitis intervention strategies in two health systems of Mexico. Soc Sci Med. 1996; 42: 1185-94.
9. Turrubiates N, Reyes H, Fernández S, Gutiérrez G. Mortalidad por causas seleccionadas de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, 1991-2004. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44: 5111-9.
10. Villa S, Guiscafré H, Martínez H, Urban JC, Reyes S, Lezana MA, et al. Muertes en el hogar en niños con diarrea o infección respiratoria aguda después de haber recibido atención médica. Bol Med Hosp Infant Mex. 1994; 51: 233-42.
11. Bojalil R, Guiscafré H, Espinosa P, Martínez H, Palafox M, Romero G, et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. Health Policy Plan. 1998; 13: 323-31.
12. Reyes H, Tomé P, Guiscafré H, Martínez H. Autopsia verbal en niños con infección respiratoria. Análisis del proceso enfermedad-atención-muerte. Bol Med Hosp Infant Mex. 1993; 50: 7-16.
13. Pio A. WHO Programme on acute respiratory infections. Indian J Pediatr. 1988; 55: 197-205.
14. WHO. Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños en el primer nivel de atención. Ginebra: Organización Mundial de la Salud WHO/ARI/91.20/OPS/HCP/HCT/ARI/92.1; 1992.
15. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines. Directions for a new agency. En: Field MJ, Lohr KN, editores. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2004.
16. Flores-Hernández S, Trejo-y Pérez JA, Reyes H, Pérez-Cuevas R, Loera-Romo G, Juárez N, et al. Diseño y aplicabilidad de una Guía clínica para la atención apropiada en las infecciones respiratorias agudas. Gac Med Mex. 1999; 135: 121-37.
17. Harare M, Shann F. Clinical signs of pneumonia in children. Lancet. 1991; 338: 928-30.
18. Palafox M, Guiscafré H, Reyes H, Muñoz O, Martínez H. Diagnostic value of tachypnoea in pneumonia defined radiologically. Arch Dis Child. 2000; 82: 41-5.

19. Reyes H, Pérez-Cuevas R, Salmerón J, Tomé P, Guiscafré H, Gutiérrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan.* 1997; 12: 214-23.
20. Gutiérrez G, Guiscafré H, Verver H, Valdéz J, Rivas E, Loyo E, et al. Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de la atención integrada que se otorga en los centros de capacitación. *Gac Med Mex.* 2001; 137: 21-30.
21. Gutiérrez G, Flores-Huerta S, Fernández-Garate I, Martínez-Montañez O, Velasco-Murillo V, Fernández-Cantón S, et al. Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos. Anexo 3, Programa de Salud de la Mujer. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006; 44 Supl 1: S3-21.
22. Benguigui Y. Prevención y control. Bases técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las IRA en el primer nivel de atención. *Infecciones respiratorias en niños.* Washington, DC: OPS/OMS; 1997. p. 333-50.
23. Michelow IC, Olsen K, Lozano J, Rollins N, Duffy L, Ziegler T, et al. Epidemiology and clinical characteristics of community acquired pneumonia in hospitalized children. *Pediatrics.* 2004; 113: 701-7.
24. Gubert D, Moellering JR, Eliopoulos G, Sande M. *The Sanford Guide to antimicrobial therapy 2005.* 35th ed. USA: Vetesda; 2005. p. 25.
25. Miranda G, Solórzano F, Guiscafré H, Leaños B, Echaniz G, Carnalla MN, et al. *Streptococcus pneumoniae*: Low frequency of penicillin resistance and high resistance in trimethoprim-sulfamethoxazole in nasopharyngeal isolates from children in a rural area in Mexico. *Arch Med Res.* 1997; 28: 559-63.
26. Aspa J, Rajas O, de Castro FR. Pneumococcal antimicrobial resistance: therapeutic strategy and management in community-acquired pneumonia. *Expert Opin Pharmacother.* 2008; 9: 229-41.
27. Peterson LR. Penicillins for treatment of pneumococcal pneumonia: does *in vitro* resistance really matter? *Clin Infect Dis.* 2006; 42: 224-33.