Capítulo 6
La diarrea: uno de los grandes asesinos de niños

La única "vacuna" contra la diarrea es que encontremos una salida a la pobreza y al subdesarrollo.[2]

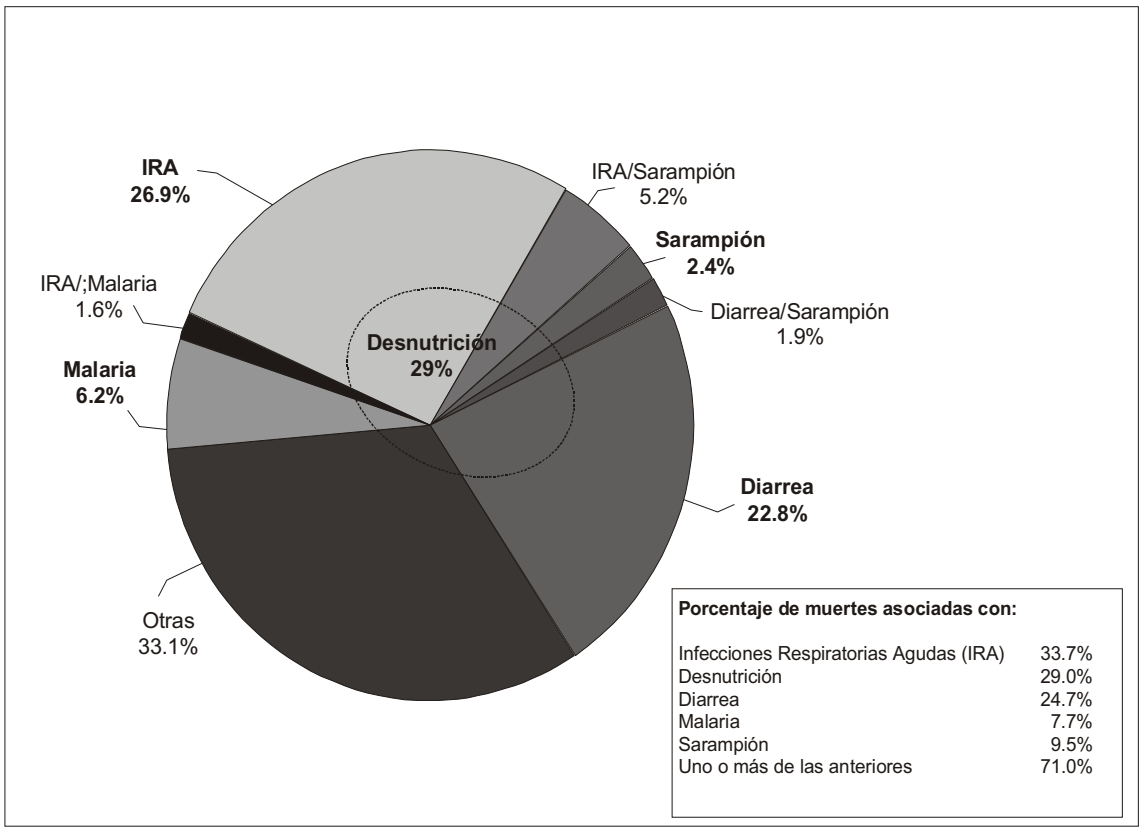
Dr. Fernando Silva, Nicaragua

Introducción

La diarrea, o lo que los médicos llaman *gastroenteritis,* es una de las principales causas de muertes infantiles en el mundo –superada sólo por las infecciones respiratorias agudas (IRA)–. Una de cada cuatro muertes infantiles se debe a la diarrea,[3] que se lleva la vida de al menos tres millones de niños y bebés cada año.[4] De estas muertes, el 99.6% tiene lugar en el Tercer Mundo,[5] en donde uno de cada diez niños muere por diarrea antes de cumplir cinco años.[6]

En los países y comunidades pobres, la mayoría de las diarreas –heces aguadas o diarreas acuosas– son causadas por agentes infecciosos (virus, bacterias o, con menor frecuencia, parásitos intestinales). Esto es especialmente común y peligroso en los niños pequeños, porque sus cuerpos sin desarrollar suelen carecer de defensas para combatir eficazmente estas infecciones. Los bebés desnutridos o alimentados con biberón (o los que no reciben exclusivamente leche de pecho) tienen mayor riesgo de morir por diarrea.

La mayoría de los niños que mueren por diarrea lo hacen porque sale demasiado líquido de sus cuerpos, un



Gráfica 2-1 Distribución de 12.2 millones de muertes entre niños menores de 5 años en todos los países en desarrollo, 1993.
Fuente: OMS.

Esta niña está gravemente deshidratada.

La misma niña tras terapia de rehidratación oral.

proceso llamado *deshidratación*. Un niño que pierde grandes cantidades de líquido por las frecuentes deposiciones acuosas puede deshidratarse muy rápidamente; cuanto más pequeño y más delgado sea el niño, más rápidamente se deshidratará y morirá. Un bebé con diarrea grave puede perder su vida en unas horas.

Durante las últimas décadas se ha hecho un gran esfuerzo internacional para reducir las altas tasas de mortalidad por diarrea entre los niños del Tercer Mundo. El *Control de la Enfermedad Diarreica* se ha convertido en una prioridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es una pieza clave de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil de UNICEF. La estrategia principal para reducir la mortalidad infantil por diarrea ha sido –y sigue siendo– la Terapia de Rehidratación Oral (TRO). Pero, como veremos, la definición de TRO y los métodos para aplicarla siguen generando un intenso debate.

Se sabe desde hace mucho que la reposición de líquidos –o *rehidratación*– puede prevenir o corregir la deshidratación en un niño con diarrea acuosa, y puede a menudo salvarle la vida. Aunque este viejo consejo tiene al menos dos mil años de antigüedad, la medicina occidental ha sacado a la luz en el último siglo los principios *científicos* de la deshidratación y la rehidratación. Sin embargo, estos conocimientos no han logrado un tratamiento completamente eficaz, como se evidencia con los 12 500 niños que continúan muriendo de diarrea cada día.

La historia de la medicina está repleta de ejemplos de la resistencia de los médicos a los cambios y su reticencia a admitir errores. En el tratamiento de la diarrea, como en el de otras enfermedades, la terca exigencia de pruebas científicas ha sido, a menudo, un pretexto para rechazar planteamientos más beneficiosos para el enfermo y menos para el médico. La terapia de reposición de líquidos, en particular, se ha caracterizado por este tipo de obstáculos, ya que la resistencia de los profesionales ha retrasado repetidamente la transición hacia terapias más seguras y eficaces.

El tratamiento de la diarrea ha ido variando enormemente desde principios del siglo XX. Los primeros métodos, basados en el uso de calomelanos (cloruro mercurioso), purgantes y sangrías, perdieron popularidad cuando la utilización de goteros intravenosos (IV) se convirtió en el método más aceptado. El siguiente cambio fue de los goteros a las sales de rehidratación oral (SRO), de similar composición en los años sesenta y setenta. Consideradas innecesariamente medicalizadas y caras, el paso siguiente fue hacia unas soluciones caseras más sencillas y accesibles. Actualmente, y aún luchando por su aceptación, se está pasando de las bebidas basadas en el azúcar a las bebidas y atoles caseros de cereales, más seguros. El cambio de una fórmula estandarizada a la promoción de "más líquidos y alimentos" ha estado cargado de dificultades, y es lo que vamos a estudiar ahora.

[Las víctimas de la diarrea deben] recibir una cantidad profusa de agua tibia en la que se haya disuelto sal sin refinar y melaza; o agua limpia mezclada con harina de arroz.

Sushruta Samhita III, versículo II, 1500 a.C.

El descubrimiento de que el transporte de sodio y el de glucosa van unidos en el intestino delgado de manera que la glucosa acelera la absorción de agua y solutos fue posiblemente el avance médico más importante de este siglo.

The Lancet, 1978 d.C.

Evolución del tratamiento de la diarrea: vino viejo en botellas nuevas

Como remedio casero para la diarrea, "reponer los líquidos perdidos" ha sido, durante siglos, una parte habitual de la curación tradicional en muchas culturas. Una de las primeras referencias –que prescribe "cantidades profusas" de agua con melaza (miel de caña) y sal– puede encontrarse en un documento del médico ayurvédico indio Sushruta en torno al año 1500 a.C. Desde entonces se han usado en muchas partes del mundo bebidas especiales, infusiones de hierbas, sopas y caldos como parte del tratamiento tradicional de la diarrea.

También se pueden encontrar referencias a este tipo de terapia casera en la tradición occidental. En 1793, Benjamín Franklin publicó una edición del libro de William Park, *Every Man Is His Own Doctor: Or the Poor Planter's Physician* (*Cada hombre es su propio médico: o el médico de los colonos pobres*). El libro recomienda que una persona con "Purgación [diarrea]... prepare inmediatamente dos galones de caldo ligero [de pollo hervido] y lo beba todo en el espacio de dos horas". También advierte que "... Algo saldrá por arriba, algo se irá por abajo, y limpiará tu estómago de tal manera que te hará bien antes de lo que esperas".

En el siglo XIX la medicina occidental introdujo un nuevo planteamiento para reponer los líquidos perdidos: la terapia intravenosa (IV). Uno de los primeros usos registrados de la reposición directa en la sangre fue hacia 1830 en Moscú, cuando, durante una pandemia de cólera, científicos del *Instituto para las Aguas Artificiales* trataron a las víctimas deshidratadas del cólera con terapia intravenosa.[7]

Sin embargo, no fue sino hasta 1908 en Calcuta (India) cuando un médico británico, Sir Leonard Rogers, demostró que la tasa de mortalidad por cólera se reducía a la mitad usando una solución salina (con sal) IV. A pesar de los problemas iniciales causados por la solución –como los niveles tóxicos de sal y la acidez de la sangre–, durante las décadas siguientes los científicos jugaron con las cantidades de sal de estas soluciones IV para aumentar su eficacia a la hora de bajar las tasas de mortalidad por cólera. Sin embargo, no fue sino hasta la década de 1940 –tras la inclusión de potasio en estas soluciones, lo cual provocó una enorme reducción de las tasas hospitalarias de mortalidad– cuando la reposición IV de líquidos se convirtió en el tratamiento habitual de la diarrea y la deshidratación severas.[8]

Hoy día, el tratamiento IV es aún una terapia estándar, pese a las serias limitaciones de su uso. Hay estudios que han demostrado claramente que la rehidratación oral, junto a una alimentación precoz, es al menos tan eficaz y a menudo más segura que los sueros IV en el tratamiento de la deshidratación leve y moderada.[9] En la década de los sesenta todavía había dificultades para mantener la esterilidad de los tubos de goma y, si se hervían, a menudo acumulaban endotoxinas pirógenas que causaban espasmos y fiebre alta.[10] Además, existe el peligro de dar demasiado suero IV. Por ejemplo, tras el brote de cólera de Zimbabue en 1993, en Nyangombe una de cada tres muertes de niños pequeños era producida por sobrehidratación (por administración de demasiada solución IV).[11] Ninguno de estos problemas aparece con la rehidratación oral.

Pero la mayor desventaja de la terapia IV es logística. El alto costo y el nivel de capacitación necesario para administrarla la hace inaccesible para la mayoría de los 1 000 millones de casos de diarrea que se dan cada año entre los niños.

Sin embargo, en la década de los setenta los profesionales de la medicina occidental continuaron proclamando a la terapia IV como la mejor manera de prevenir la muerte por diarrea. La terapia de rehidratación oral fue por fin "descubierta" por los profesionales de la salud a finales de los setenta. Aunque la rehidratación oral representó en realidad un redescubrimiento de prácticas tradicionales muy antiguas, la introducción de este concepto en la medicina moderna tuvo consecuencias revolucionarias. En pocos años la TRO fue proclamada internacionalmente como la "solución sencilla" para la alta tasa de mortalidad infantil por diarrea y, como vimos en el capítulo 4, pronto fue promocionada como uno de los "dos motores" de la revolución en pro de la Supervivencia Infantil de UNICEF.

El descubrimiento de la TRO

TRO, simplificando, significa asegurarse de que una persona beba suficientes líquidos, y coma suficientes alimentos, para reponer el agua, las sales y los nutrientes que se pierden por la diarrea. Los primeros informes científicos sobre el uso de soluciones de azúcar y sal para tratar el cólera, fueron publicados a principios de la década de los cincuenta, y se siguieron de una serie de hechos que facilitaron un gradual aumento de su uso. Los investigadores de las instituciones académicas occidentales comenzaron a entender los mecanismos celulares de la absorción de agua y sal en el intestino. Quizá el descubrimiento más importante fue que el azúcar simple (monosacárido), la glucosa, es un ingrediente fundamental en el transporte de agua y sal a través de las células del intestino hacia el torrente sanguíneo. La adición de glucosa (u otro azúcar más complejo o almidón que se pueda descomponer en glucosa) a la TRO puede acelerar mucho el proceso de rehidratación. El doctor Nobert Hirschhorn, que contribuyó a este hito de la investigación sobre la TRO, comentó sobre este fenómeno:

> Aun cuando las bacterias [productoras de diarrea] pueden bloquear la absorción de cloruro sódico, la glucosa continúa estimulando la absorción de sodio. El agua y las otras sales la siguen... a una velocidad entre 3 y 10 veces mayor que en la absorción habitual de sal sin glucosa.[12]

De esta forma, añadiendo glucosa (o un azúcar o almidón más complejos que las enzimas del intestino descompongan en glucosa) a la solución se puede acelerar la rehidratación.

Esta investigación fue seguida, en los años sesenta, de trabajos clínicos aplicando estos descubrimientos para salvar vidas. Una parte importante se realizó en los Laboratorios para la Investigación del Cólera de Dhaka (Dacca) en Bangladesh, en los Centros Internacionales para la Investigación y Formación Médica de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore (Maryland, EUA) y en el Instituto *All India* de Medicina Tropical e Higiene de Calcuta (India).[13]

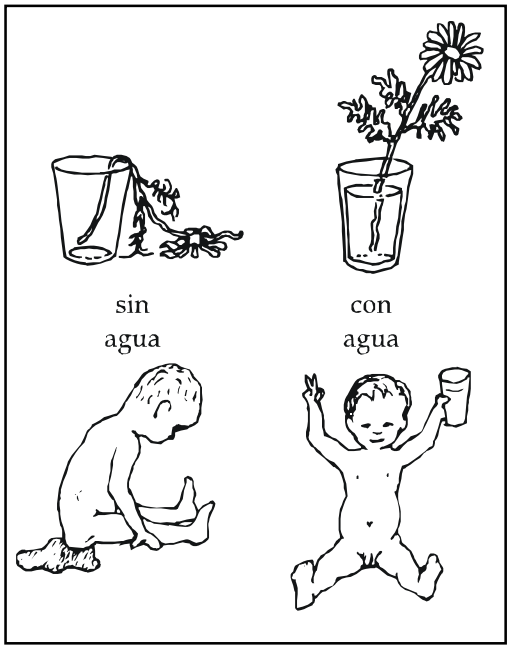
Además, hacia 1955 los "médicos descalzos" de toda China ya trataban la diarrea con una bebida para TRO de azúcar y sal o con infusiones de hierbas a las que las madres añadían azúcar.[14] Según Carl Taylor, Profesor Emérito de Salud Internacional en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y posteriormente consejero de UNICEF, el uso eficaz de un método casero de rehidratación oral sigue presente hoy día en la China rural.[15]

A pesar de estos informes, no fue sino hasta la gran epidemia de cólera que golpeó el este de Pakistán (ahora parte de Bangladesh) en 1962 cuando la TRO consiguió un mayor reconocimiento de su potencial. El uso limitado de la terapia IV sólo para una parte de las víctimas de la epidemia llevó a los desesperados médicos de un hospital a comenzar a administrar las mismas soluciones del gotero por boca. De esta manera fueron capaces de rehidratar a un número mucho mayor de personas, con resultados espectaculares. Registraron una tasa de mortalidad cercana a cero, en comparación con el 27% y el 47% de otros hospitales.[16]

A finales de los años sesenta se llevaron a cabo estudios fisiológicos sobre cómo actúa la rehidratación oral, lo cual llevó a la OMS a autorizar oficialmente esta terapia en 1969.[17] Poco después, en 1971, la guerra por la independencia de Bangladesh llevó a gran cantidad de refugiados desde el este de Pakistán hacia la India. La diarrea era galopante, con una tasa de mortalidad del 30%. En su desesperación, los médicos de socorro estadounidenses comenzaron a empaquetar sal de mesa, bicarbonato sódico y azúcar en bolsas de plástico para disolver en agua en los campamentos de refugiados. El resultado fue que la tasa de muerte por diarrea descendió a menos de un 3%, y en algunos campamentos llegó a ser del 1%.[18] Así, por fin la rehidratación oral se estableció por sí misma como la terapia de elección para el cólera y la diarrea aguda. Esas bolsas de plástico empaquetadas a mano que se usaron en los campos de refugiados fueron las precursoras de los sobres de SRO que se usan ahora en todo el mundo.

En 1978, la revista médica británica *The Lancet* dio la aprobación final a la TRO al declarar que era "posiblemente el avance médico más importante de este siglo".[19] Pero el gran "adelanto" proclamado por *The Lancet* no fue el descubrimiento de la TRO, que ya había tenido lugar mucho tiempo antes. El gran avance fue el hecho de haber roto parcialmente la resistencia de los profesionales a usar una alternativa más sencilla y más práctica.

Pese a décadas de evidencia clara, fueron necesarios casi 30 años para probar la eficacia de la rehidratación oral a la clase médica. Finalmente, con el creciente apoyo de la comunidad internacional de la salud pública, a principios de los años ochenta se promocionó la TRO a gran escala.[20] Sin embargo, el estamento médico occidental (que es el que suele marcar las tendencias) ha tardado en aceptar del todo el concepto de TRO. Por ejemplo, un artículo reciente de una revista médica estadounidense recomienda, de manera imprudente, no dar TRO a los niños menores de tres meses y reintroducir la alimentación *poco a poco* a los niños pequeños.[21] Pero el principal problema es que los médicos estadounidenses prescriben soluciones azucaradas ligeras con poco o nada de sal (sodio).[22] Sus conocimientos sobre el tratamiento de la diarrea necesitan ser puestos al día.



TRO: la bala mágica para la supervivencia infantil

Una vez que la resistencia de los médicos pudo ser al menos parcialmente superada, la rehidratación oral fue enormemente aceptada por los diseñadores de políticas de salud como el pilar del tratamiento de la diarrea. Con la gran promoción internacional y el apoyo económico, a finales de los ochenta ya se habían lanzado programas nacionales de TRO en 90 países.[23] El Programa para el Control de la Enfermedad Diarreica de la OMS tomó el liderazgo en la coordinación del frente mundial por la TRO, con UNICEF y USAID representando papeles clave.[24]

De pronto, el potencial de la TRO parecía ilimitado. El UNICEF, en su informe *Estado mundial de la infancia* de 1986, decía que la TRO era "un método increíblemente barato, sencillo, seguro y eficaz con el que los mismos padres, aun siendo pobres, pueden proteger las vidas y el crecimiento de sus hijos de una de las causas más comunes de desnutrición y muerte infantil en el mundo moderno".[25] La USAID estimó que la TRO podría salvar las vidas de cuatro millones de niños que mueren cada año de deshidratación por diarrea.[26] Aun con la potente y costosa promoción, no está claro hasta qué punto la TRO ha hecho realidad su tan pregonado potencial.

Los defensores de la TRO proclaman su eficacia a la hora de reducir la mortalidad infantil causada por la diarrea. En la Tercera Conferencia Internacional sobre TRO de 1988, los representantes de UNICEF y USAID se centraron en el éxito de la TRO; estimaban que si estaba salvando dos millones de vidas infantiles al año, entonces estaría reduciendo la mortalidad infantil anual de cinco a tres millones. Recientemente estas estimaciones han sido más conservadoras: desde 1993 UNICEF ha informado que la TRO está salvando "alrededor de un millón de vidas cada año,[27] haciendo retroceder las enfermedades diarreicas al segundo lugar [tras la neumonía] entre las principales causas de mortalidad infantil".[28]

No hay duda de que la TRO ha contribuido sustancialmente a la reducción de las muertes infantiles por deshidratación. Sin embargo, se está haciendo cada vez más claro que, pese a su significativo impacto no ha alcanzado el potencial que se le había atribuido.[29] La aplicación de la TRO ha fallado en dos aspectos: su tasa de uso y su impacto en la mortalidad infantil.

Tasa de acceso y tasa de uso de la TRO

Para tratar de medir los progresos de los programas que promocionan la TRO se han utilizado distintos indicadores: "tasa de acceso", "tasa de uso" y estimaciones de "uso eficaz". Desgraciadamente, las definiciones de estos indicadores son poco claras y –además de las dificultades para conseguir datos reales o al menos estimaciones confiables– permiten interpretaciones muy variadas.

Tasa de acceso. La tasa de acceso se define como "la proporción de la población que tiene un acceso razonable a un suministrador de SRO".[30] Esta tasa es uno de los principales indicadores que utiliza la OMS para controlar el progreso de la SRO,[31] y se aplica sólo a las sales de rehidratación oral manufacturadas, no a las soluciones caseras. En los últimos años los datos de las tasas de acceso han sido contradictorios. Aunque se ha informado que la accesibilidad a la SRO en el Tercer Mundo ha aumentado hasta el 72% en 1992 y casi el 80% en 1994,[32] se dice que la producción de sobres de SRO ha descendido. De 1991 a 1992 la producción cayó de 410 a 390 millones de sobres. En varios países –Afganistán, Albania, Somalia y Sudán– se ha suspendido su producción. (Esta aparente discrepancia podría ser debida a datos erróneos; la OMS describe las estimaciones de las tasas de acceso de 1993 como "basadas en informes, muchas de ellas invalidadas... o extrapoladas a partir de las cifras de producción de SRO". Al describir sus datos de 1994, más nuevos y confiables, la OMS afirma, aunque sus "sondeos no permiten una estimación global", que "el acceso a la SRO se está aproximando, si no superando... al 80%".[33]) Pero, al crecer los precios de los productos comerciales de SRO, en ciertos países su tasa de uso ha caído, en algunos casos a menos de la mitad de sus niveles más altos. (Véase el tema de la SRO en Egipto en la página 79.)

Tasa de uso. La "tasa de uso de la TRO" se refiere generalmente al uso de la SRO o los Líquidos Caseros Recomendados (SRO/LCR), y se define como "la proporción de niños menores de cinco años con diarrea que reciben un suplemento de líquidos y alimentación continuada". En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 se estableció el objetivo de que el 80% de las familias "deberían estar capacitadas para usar la TRO antes de acabar 1995". El informe *Estado mundial de la infancia* de 1995 afirma que "los datos más recientes (1993) sobre los progresos en la consecución de esta meta indican que en esa fecha la tasa global de utilización de la TRO en el mundo en desarrollo era de aproximadamente un 44%".[34] Una tabla aún más reciente proporcionada por el UNICEF –también usando datos de 1993– sitúa la "tasa global de uso de la TRO" en un 57%.[35] (Véase gráfica 2-2).

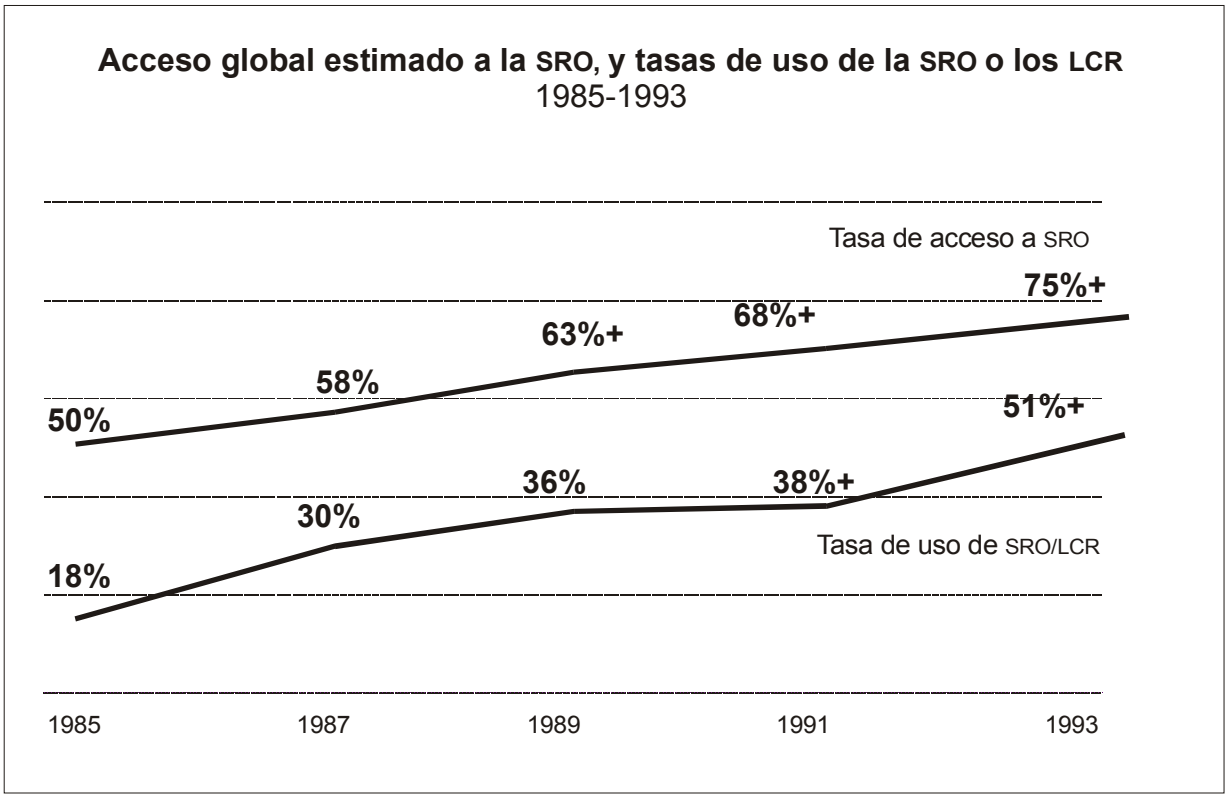
Las estimaciones de la gráfica 2-3 parecen bastante buenas: una tasa global de acceso a la SRO del 75%, una tasa global de uso de SRO/LCR del 51% y una tasa de uso de la SRO del 25%.[36] Todas las estimaciones muestran un modesto incremento desde 1989. Sin embargo, estas cifras son engañosas. Primero, porque las estimaciones globales excluyen a China, y si China fuera incluida bajarían conside-

Tasas de uso de la TRO, 1994

Región	Población <cinco años (miles)	Muertes de <cinco años (miles)	Episodios Totales (miles)	Muertes por Diarrea (Miles)	Uso de TRO 1993
Lejano Oriente y Pacífico	185 500	2 530	481 650	281	79%
Oriente Medio y Próximo y Norte de África	54 000	997	188 400	283	61%
África del Sur y Oriental	48 585	1 970	216 770	578	60%
América y Caribe	54 300	590	192 425	153	58%
Sur de Asia	161 040	4 955	07 320	1 309	44%
África Central y Occidental	51 494	2 335	67 927	658	36%
Total	**554 919**	**13 377**	**1 854 492**	**3 262**	57%

Gráfica 2-2. La tasa de uso de la TRO se define como la proporción de niños menores de cinco años con diarrea que reciben SRO/LCR.
Fuente: Fax enviado a los autores desde UNICEF, mayo de 1995.

Las tasas de uso de SRO/LCR más recientes –del 51%– del Programa para el Control de la Enfermedad Diarreica (PCED) de la OMS se quedan a medio camino respecto a las del UNICEF. El *Ninth Programme Report* (*Noveno Informe del Programa*) de 1992-1993 del PCED (el último disponible cuando se escribió este libro) presenta cálculos tanto de las tasas de acceso de la SRO como de las tasas de uso de SRO/LCR[47] (véase gráfica 2-3).



Gráfica 2-3. *Programa para el Control de la Enfermedad Diarreica: Noveno Informe del Programa 1992-1993*, Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 36. Como se explica en el texto, esta estimación mundial excluye a China, la cual hace caer las estimaciones de manera considerable (la tasa de uso de SRO y LCR en China se calculaba de un 22% para 1993).

rablemente. En 1993, China, en donde vive más de una cuarta parte de los niños del mundo,[37] tenía una tasa de uso de SRO/LCR del 22%, y de sólo el 3% para la SRO.

El mayor problema a la hora de interpretar las "Tasas de Uso de SRO/LCR" es, sin embargo, la posible naturaleza engañosa de los datos. El aparente incremento en las tasas de uso podría deberse, al menos en parte, a una nueva definición del término "líquidos caseros recomendados" (LCR). En 1989 la definición de LCR fue ampliada para abarcar desde el té sin azúcar hasta el agua pura.

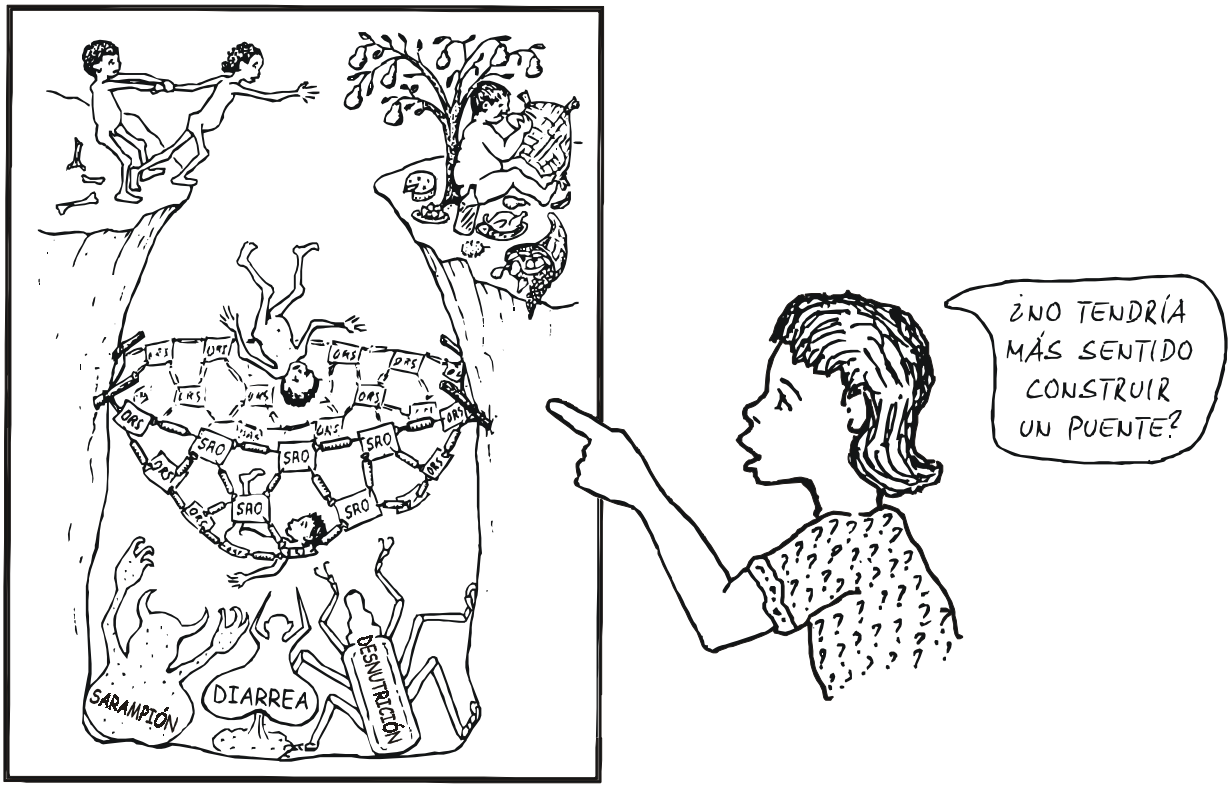
Algunos informes de campo muestran una gran brecha entre el conocimiento y el uso. Por ejemplo, una encuesta llevada a cabo en Filipinas entre 1989 y 1990 encontró que, aunque el 73% de las madres entrevistadas demostraron que sabían preparar correctamente la SRO, sólo el 14% la usaba para tratar la diarrea en sus hijos menores de cinco años. (Sin embargo, en un 30.3% de los casos usaban medicinas.)[38]

En los últimos años ha crecido la preocupación por la validez y las implicaciones de las tasas de uso de la TRO. En 1990, el Programa para el Control de la Enfermedad Diarreica (PCED) de la OMS comunicó que cuando se usaban datos más confiables, caían las estimaciones del uso de la TRO en la India, Bangladesh, Indonesia y otros países.[39] UNICEF, en su informe *Estado mundial de la infancia* de 1994, reconocía que en algunas partes del mundo "las tasas de utilización de la TRO se han reducido".[40] En febrero de 1994, el UNICEF y el Centro Internacional de Investigación sobre la Enfermedad Diarreica de Dhaka, Bangladesh, expresaban su preocupación por la disminución de las tasas de uso al proclamar la necesidad de "volver a prestar atención a la persistente infrautilización de la TRO en todo el mundo".[41]

Uso poco eficaz de la TRO

Si la "tasa de uso de la TRO" es difícil de valorar, la "tasa de uso eficaz" es aún más problemática. Está ampliamente reconocido que el uso ineficaz de la TRO –tanto sobres como mezclas caseras o líquidos caseros– es un gran obstáculo. Norbert Hirschhorn, uno de los pioneros de la TRO, admite que "... está bastante claro que muchos [niños] no reciben lo que necesitan incluso cuando los sobres y líquidos caseros son conocidos y están disponibles".[42] Las estimaciones sobre el uso eficaz varían mucho pero, por término medio, se piensa que, en la actualidad, sólo una tercera parte de las veces se usa correctamente.

El uso correcto de la TRO implica al menos tres aspectos: 1) preparación correcta y equilibrada de las bebidas, 2) incremento de la ingesta de líquidos y 3) continuación de la alimentación. En un estudio patrocinado por la OMS sobre 76 encuestas realizadas entre 1990 y 1993 en 36 países, se halló que el 58% de los hogares usaban SRO o líquidos caseros recomendados.[43] Sin embargo, sólo el 32% de las familias aumentaban la cantidad de líquidos que administraban a los niños, y sólo el 20.5% aumentaban los líquidos y además continuaban alimentándolos. Por



tanto, el uso completamente eficaz de la TRO se daba, como mucho, en uno de cada cinco niños.

El problema de los errores al preparar las bebidas de rehidratación es bastante frecuente. Estudios llevados a cabo en seis países mostraron que entre el 23% y el 73% de las madres preparaban soluciones de azúcar y sal (SAS) con "concentraciones de sal peligrosamente altas".[44] Esto hizo que la OMS desaconsejara el uso de las SAS caseras sobre la base de que no suelen ser preparadas de manera correcta y segura. Sin embargo, los errores también son frecuentes al preparar los sobres de SRO, muchas veces por añadir poca agua. Por ejemplo, en estudios de Brasil[45] y Kenia,[46] muchos encargados de cuidar a los niños eran incapaces de preparar la SRO correctamente (un 39% y un 50% respectivamente).

Una de las razones más habituales del fracaso de la TRO para combatir adecuadamente la deshidratación es que se dan muy pocos líquidos. Un niño con diarrea acuosa severa (en particular si es cólera) puede llegar a perder un litro o más de agua al día. Si hay vómitos la pérdida puede ser aún mayor. Para prevenir la muerte, se debe reponer todo el volumen de líquido que se pierde. Los que tienen a su cargo el cuidado de los niños deben entender por qué se necesita tanta cantidad de líquido y aprender a dar de beber a menudo –a veces cada pocos minutos– día y noche. Incluso aunque el niño vomite, puede captar algo de líquido, sobre todo si se administra con frecuencia y en pequeñas cantidades. La OMS y el UNICEF han dado cada vez más importancia a *incrementar la ingesta de líquidos;* pero aún persiste el problema de dar demasiado poco.

¿Cuántos niños reciben de manera eficaz la TRO en todo el Tercer Mundo? Si aceptamos la estimación media de que la tasa global de uso de todos los tipos de TRO (SRO y LCR) está en torno al 50% y calculamos que una tercera parte del uso de la TRO es eficaz, la TRO llegaría de forma eficaz al 17% de los niños que la necesitan. Puede que esta cifra esté aún inflada.

"Descansar la tripa": una práctica dañina introducida principalmente por médicos occidentales

En los primeros tiempos del despegue de la TRO, muchas autoridades de salud criticaban los remedios tradicionales, alegando que era frecuente que las madres dejaran de dar comida y bebida a sus hijos cuando tenían diarrea. Se decía que lo hacían así por la creencia de que cuanto menos entrara en el niño menos saldría. Sin embargo, valoraciones hechas en Bangladesh, Arabia Saudita, India, Perú, México, Kenia, Suazilandia y Lesotho han demostrado que *tradicionalmente, la mayoría de las madres siguen alimentando a sus hijos cuando tienen diarrea y casi todas continúan amamantándolos.*[48]

De hecho, la idea de "descansar la tripa" parece haber sido promovida principalmente por médicos calificados (de formación occidental). En varios países, las madres que mantenían a sus hijos sin comer ni beber decían que lo hacían porque "mi doctor me dijo que no alimente a mi hijo cuando tiene diarrea".[49] Aunque la comida y la leche, especialmente la leche de pecho, se consideran ahora una parte esencial de la TRO, muchos médicos (tanto del Norte como del Sur) todavía dicen a las madres que no den comida, o al menos leche, a sus niños cuando tienen diarrea. Un consejo así puede, y a veces lo hace, tener consecuencias fatales, especialmente para los niños desnutridos.[50]

¿Reduce la TRO la mortalidad infantil?

A finales de la década de los ochenta se estaba haciendo cada vez más claro que el impacto de la TRO en la supervivencia infantil, aunque sustancial, era menor de lo que se había predicho con tanta euforia. En 1980 la USAID, aunque todavía ensalzaba la TRO como un "gran adelanto", admitía (de manera bastante contradictoria) que era necesario un "adelanto continuo".[51]

Robert Moy –un reputado investigador de la enfermedad diarreica– escribió lo siguiente en respuesta a un borrador de este libro:

> Estoy de acuerdo con que el efecto de la TRO sobre la mortalidad es decepcionante. Las afirmaciones del UNICEF sobre los millones de vidas que se salvan cada año gracias a la TRO... son, por supuesto, un montón de espejismos y simples modelos matemáticos que tienen poco que ver con el mundo real. Quizá en nuestros días mueran menos niños por deshidratación aguda... pero morirán más tarde por diarrea persistente, desnutrición, diarrea sanguinolenta o, ahora, diarrea asociada al VIH, enfermedades para las cuales la TRO sola no sirve. Esto es, por supuesto, un engaño para que UNICEF/USAID/OMS sigan vendiendo al público general la idea de que los problemas del mundo se van a solucionar enviando sobres de SRO...[52]

Moy y otros han lanzado la pregunta de si la TRO –cuando se introduce sin acompañarse de esfuerzos para combatir la pobreza y las condiciones de vida insanas– realmente reduce la mortalidad infantil o sólo la pospone. Al analizar la situación, debemos tener cuidado para no confundir el impacto individual de la rehidratación en un niño que ha tenido diarrea –una terapia probada para una

enfermedad aguda– con la mortalidad infantil global de una población.

En muchos países los datos de mortalidad por diarrea son poco precisos y a menudo erróneos, sobre todo porque las muertes de muchos niños no son registradas. Como señalan Carl Taylor y William Greenough III –dos expertos en TRO muy respetados–, las estimaciones originales de las muertes causadas por la diarrea proceden de extrapolaciones a partir de estudios de campo en áreas de alta prevalencia, y las muertes evitadas se calculan proyectando los resultados de algunos de los mejores programas. En ambos casos es dudoso que los números representen la realidad mundial.[53]

Algunos críticos argumentan que, aun cuando un programa de TRO permite a un cierto número de niños sobrevivir a un episodio de diarrea, hay bastantes posibilidades de que muchos de ellos mueran en un episodio posterior de diarrea o de otra enfermedad de la pobreza.[54] Los datos sugieren que, en algunas circunstancias, programas de TRO que han sido considerados exitosos por sus tasas de uso o de acceso, no han conseguido reducir significativamente la mortalidad infantil general.[55]

Un estudio realizado en Honduras encontró que, aunque la mortalidad por diarrea bajó mucho debido a una campaña de TRO, no se detectaron cambios en las tasas globales de mortalidad. Aún más preocupante, quizá, es un estudio de 1992 en una comunidad rural de Bangladesh que encontró que, en realidad, la mortalidad infantil por diarrea acuosa aguda había aumentado de manera significativa durante la ejecución de un programa de TRO.[56] Esto es especialmente relevante porque la TRO ha sido promovida de manera intensa y (según muchos informes) eficaz en todo Bangladesh. El estudio culpó de los decepcionantes resultados del programa a la inadecuada formación de las familias en el uso correcto de la TRO.[57] Sin embargo, el Comité para el Progreso Rural de Bangladesh ha dirigido una de las campañas educativas más extensas y mejor controladas sobre TRO, llegando prácticamente a todas las madres del país.[58] Por ello, parece más probable que los resultados que no muestran ningún descenso de las muertes infantiles tras la introducción de la TRO procedan de un empeoramiento de la pobreza, en relación con un deterioro de las políticas sociales, la deuda externa y los programas de ajuste estructural.* Incluso la mejor iniciativa de TRO no puede contrarrestar los dañinos efectos de estas corrientes macroeconómicas.[59]

En último término, la estimación oficial "por aproximación", del UNICEF, de un millón de vidas infantiles salvadas cada año por la TRO debe ser seriamente cuestionada. Estas dudas, sin embargo, de ninguna manera pretenden desacreditar los logros de la TRO ni la entrega de los que han trabajado tan duramente para hacerlos realidad. Pensándolo bien, se puede decir que, ante circunstancias difíciles, la TRO está salvando la vida a gran cantidad de niños –al menos temporalmente–. Pero los hechos nos recuerdan que, de los aproximadamente tres millones de niños que mueren cada año de diarrea, unos dos millones todavía mueren por deshidratación.

Al comparar las tasas de mortalidad por diarrea en el Tercer Mundo con las de los niños que crecen en mejores condiciones de vida, sabemos que casi todas las muertes por diarrea y deshidratación son evitables. Está claro que las intervenciones actuales en pro de la Supervivencia Infantil no son suficientes. Demasiadas veces, como comentamos en la Parte 1, la TRO ha sido promovida y financiada desde arriba, lejos de las necesidades básicas y de los derechos de los niños, y conforme a la estrategia de supervivencia infantil de la atención primaria de salud selectiva. ¿No se salvarían más vidas infantiles si se integrara la TRO dentro de un planteamiento amplio de atención primaria de salud?

Parte del problema de la baja eficacia puede deberse al hecho de que la promoción de la TRO se ha orientado más como un producto que como un proceso. Se ha basado más en convencer a la gente para que compre y use los sobres que en ayudarles a comprender los conceptos y a adquirir las habilidades que les permitan resolver los problemas relacionados con la necesidad de comida y líquidos de sus niños y con su bienestar general. La información compartida ha sido inadecuada. Las encuestas en instalaciones de salud de varios países muestran que "la proporción de madres correctamente aconsejadas por los trabajadores de la salud está entre un 1% y un 10%".[60] Es necesario dar más importancia a la educación y a la capacitación, especialmente de mujeres y niñas, algo a lo que la OMS está dando ahora mayor prioridad.[61]

*Hirschhorn señala que este estudio de Bangladesh fue hecho en una zona donde la mayoría de la mortalidad por diarrea se debe a la disentería o a la diarrea persistente, para las cuales la TRO no es la terapia principal. Sin embargo, si la excesiva importancia dada a la TRO llevó a infrautilizar métodos de tratamiento de necesidad más urgente, esto podría haber contribuido de manera paradójica al incremento registrado en la mortalidad.