

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
División de Estudios de Postgrado  
Delegación Veracruz Sur  
Hospital General de Zona de  
Orizaba, Ver.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**EVALUACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES  
DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR POR EL  
MEDICO FAMILIAR EN LA U.M.F. 7 DEL IMSS  
ORIZABA, VER.**

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN  
MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :

**DR. FLORENCIO DE LA C. CRUZ ZAPATA**



Orizaba, Ver.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1985



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## CONTENIDO.

	Pgs.
I      Introducción.	1
II     Antecedentes Científicos.	3
III    Planteamiento del Problema.	9
IV     Formulación de Hipótesis.	9
V      Objetivos.	9
VI     Programa de Trabajo.	10
VII    Resultados.	12
VIII   Apéndice: cuadros.	16
IX     Conclusiones.	26
X      Alternativas de Solución.	30
XI     Bibliografía.	31

## INTRODUCCION.

Esta visto y confirmado en numerosos estudios, que la infección del tracto respiratorio superior es el padecimiento que ocupa el primer lugar de la consulta de Medicina Familiar en el país. Solo por ello todo médico familiar debe tener sus conocimientos bien fundados con respecto a éstas afecciones, para poder brindar el mejor servicio a los derechohabientes adscritos a su consultorio con el mínimo y de ser posible ningún daño derivado del tratamiento.

También esta comprobado que la etiología de éstos padecimientos es en su mayor parte de tipo viral y solo una pequeña proporción es de tipo bacteriana, por lo que su tratamiento de primera intención no se justifica con antimicrobianos de primera intención, solo de acuerdo a la evolución o con cultivos de exudados, además los gérmenes bacterianos más frecuentes son cocos Gram positivos y por ello el tratamiento se hará con antibióticos que ataquen a éste tipo de microorganismos.

Las repercusiones sociales que producen dichos padecimientos, tales como ausentismo laboral y disminución de la productividad, además de las complicaciones que de ellos pueden derivarse son otras características que les confieren mayor importancia.

En el presente trabajo se revisó el tratamiento indicado por el médico familiar en el consultorio No. 4 de la UMF No. 7 del IMSS en Orizaba, Ver., durante 6 meses, haciendo énfasis especial en el manejo antimicrobiano y se buscaron datos complementarios que pudieron deducirse y que son necesarios dentro del estudio.

Dicho trabajo es de importancia por lo ya mencionado antes y fue motivado por las alteraciones que se observaron en la práctica diaria y que probablemente son secundarias a la nada deseable rutinización del trabajo. Siendo la intención

principal, que el presente sirva a manera de crítica constructiva, para mejorar el tratamiento de los pacientes, de quienes recibimos tantas cosas y que además confían en nosotros los médicos.

" Ante todo, no hagas daño"

Hipocrates, 460-335 a.C.

**ANTECEDENTES CIENTIFICOS.**

Las infecciones del tracto respiratorio superior ocupan el primer lugar en frecuencia de presentación dentro de la población atendida por el IMSS en el país, reportándose hasta cerca del 50 % de las enfermedades transmisibles en 1978. (1, 2).

Su mayor incidencia se registra en pacientes pediátricos dadas sus características anatómicas (3, 4, 5), pero también afectan a los adultos en proporción considerable, provocando problemas tales como ausentismo laboral y disminución de la productividad (6).

El tratamiento de éstas infecciones, como todo tratamiento, deberá ser etiológico hasta donde sea posible, por lo que será necesario conocerla. Se considera que del 90 al 95 % de las infecciones del tracto respiratorio superior tienen etiología viral primaria y solo una pequeña proporción, el 5 al 10 % restante tienen etiología bacteriana primaria (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Los virus causales son los siguientes:

**Grupo con RNA:**

- Rinovirus (mas de 100 serotipos). Producen del 20 al 40 % de las rinoфарингитis en los adultos y del 8 al 10 % en los niños. Generalmente dan cuadros poco severos.

- Coronavirus. Descubiertos recientemente. Al que pertenece el virus respiratorio humano que parece ser causante de una proporción importante de infecciones respiratorias, principalmente rinoфарингитis. Se ha aislado en el 98 % de la población estudiada (9).

- Parainfluenza y Sincicial respiratorio. En niños producen laringotraqueobronquitis y neumonias, casi siempre severas. En adultos producen rinoфарингитis.

- Influenza. Hay 3 serotipos; A, B y C. El A varía antigénicamente cada 2 o 3 años causando epidemias, además presenta variaciones antigénicas "mayores", cada 10 años, dando

lugar a epidemias grandes.

- Coxsackie y ECHO. Producen habitualmente meningoencefalitis, miocarditis, enfermedad exantemática y otras, pero hay 4 serotipos del primero y 2 del ECHO que producen infección respiratoria superior.

- Reovirus. Causante de rinofaringitis, aunque en menor proporción que los anteriores.

#### Grupo con DNA:

- Adenovirus. Se han descrito 46 serotipos. De los cuales 14 producen infección respiratoria superior (15). La intensidad del cuadro varía con cada individuo. Se relacionan con epidemias en internados y cuarteles.

- Herpes simple. Causa faringoamigdalitis con vesículas o úlceras.

- Epstein-Barr (mononucleosis infecciosa), Causa cuadro de faringoamigdalitis con secreciones purulenta-membranosa.

Con respecto a la etiología bacteriana:

- Estreptococo beta hemolítico del grupo A. Encontrado como la bacteria más frecuente causante ya sea en forma primaria o complicando la viral. Produce rinofaringitis o faringoamigdalitis purulenta-membranosa.

- Haemophilus influenza. Tiene especial importancia por causar en niños epiglottitis severas con elevada mortalidad. Puede producir también rinofaringitis como patógeno primario o complicando a la viral, siendo el tipo B el responsable en más del 90 % de las infecciones graves de éste germen en los niños.

- Bordetella pertussis. Produce cuadros de rinofaringitis pero casi siempre en asociación con adenovirus. Algunos serotipos de los adenovirus pueden producir también cuadros de coqueluche parecidos a los de B. pertussis.

- Corynebacterium diphtheriae afortunadamente ya muy raro en nuestro país, esporádicamente causa faringoamigdalitis purulenta membranosa y laringotraqueítis.

- *Mycoplasma pneumoniae* responsable de la neumonia atípica primaria, también causa cuadros de infección respiratoria superior del tipo rinofaringitis.

- Estafilococo dorado. Es un germen oportunista que se asocia con el estreptococo o en sujetos inmunodeprimidos y produce cuadros de faringoamigdalitis purulenta-membranosa.

En pacientes con amigdalitis recidivante y resistente a la penicilina se ha encontrado flora mixta (aerobios y anaerobios) que producen beta-lactamasa y dan protección contra la penicilina a los estreptococos (18).

Se acepta la clasificación por síndromes de éstas afecciones, dada la diversidad etiológica viral y bacteriana en: Rinofaringitis, Faringoamigdalitis y Laringotraqueobronquitis (5, 9).

No se hará descripción del cuadro clínico ya que no es el objetivo principal del trabajo, pero se revisará el diagnóstico y el diagnóstico diferencial ya que de ellos depende el tratamiento adecuado.

**-Rinofaringitis: Diagnóstico.-** Es puramente clínico. Estará indicado el cultivo de moco nasal cuando la rinitis se prolongue a pesar del tratamiento o se sospeche difteria. -- Los cultivos para virus se utilizan únicamente para determinaciones epidemiológicas. El Diagnóstico diferencial se hace con todos los padecimientos que se inician con ésta entidad; sarampión, coqueluche, poliomielitis, sífilis, difteria, hepatitis, etc. El principal diagnóstico diferencial es saber si es de etiología viral o bacteriana ya que de ello depende administrar antimicrobianos o no. Los datos que más ayudan son; rinorrea, que cuando es bacteriana tiene aspecto purulento y cuando es viral es hialina, sin embargo en los pequeños de menos de 6 meses de edad la rinorrea bacteriana es hialina; la evolución natural de la infección viral es corta benigna y cura espontáneamente, de tal forma que cuando una infección se prolonga más del tiempo esperado (4 a 5 días) o hay cambios en la rinorrea, deberá sospecharse infección bacteriana agregada a un proceso viral.



- Faringoamigdalitis.- El diagnóstico también es clínico. El cultivo para piógenos de exudado faringeo alcanza aquí su valor máximo, pero su uso debe restringirse a casos rebeldes, sospecha de fiebre reumática o glomerulonefritis aguda postestreptococcica, escarlatina, septicemia con puerta de entrada en faringe o difteria. Las antiestreptolisinas son útiles cuando se investiga etiología estreptococcica. El estudio virológico queda para investigación epidemiológica. La radiología es útil cuando se sospecha complicación como neumonía, absceso retrofaríngeo, etc.

El diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis purulenta-membranosa deberá hacerse con; difteria, mononucleosis infecciosa, escarlatina y padecimientos malignos como leucemia, la agranulocitosis. La forma vesiculosa no tiene problema de diagnóstico diferencial. Está reportado un caso de leucemia en un paciente manifestandose por infección respiratoria superior, habiendo fallecido por falta de diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno.

- Laringotracheobronquitis.- También el diagnóstico es clínico. El cultivo para piógenos solo se indica cuando se sospecha etiología bacteriana (por clínica), tomando exudado directo de la epiglotis en el momento de hacer la laringoscopia. La investigación virológica solo en casos epidemiológicos. La radiología es útil cuando se quiere diferenciar la laringotracheitis viral de la epiglotitis aguda (bacteriana generalmente) o para encontrar abscesos retrofaríngeos.

El diagnóstico diferencial se hace con; cuerpo extraño en vías aéreas, absceso retrofaríngeo y difteria. La diferencia entre etiología viral y bacteriana se hace con: cuadro clínico, radiología (epiglotitis engrosada) y laringoscopia. Se comprueba con cultivo de exudado. Puede ayudar la biometría hemática con leucocitosis y neutrofilia.

Basicamente el tratamiento se divide en:

- General; tratamiento sintomático, incluyendo aporte suficiente de líquidos y calorías, control de la temperatura que se hará por medios físicos en los pequeños, permeabilidad de las vías aéreas, donde ayudan los vasoconstrictores naturales. Además para la laringotraqueobronquitis el manejo para la obstrucción laríngea mediante ambiente húmedo y O<sub>2</sub>, valorando en casos graves la traqueostomía (5, 6, 9, 10, 15, - 16).

- Específico; de acuerdo a la etiología. Los antivirales hasta el momento no se han perfeccionado, tiene limitaciones por reacciones adversas severas, son específicos solo para unos virus, y algunos eficaces y poco dañinos son incoagulables (interferón) (5, 10).

Las bacterias más frecuentes son cocos gram positivos, penicilino-sensibles, pudiendo utilizar eritromicina en casos alérgicos. También pueden utilizarse cefalosporinas o lincosaminas orales (8). Las sulfonamidas y las tetraciclinas no son recomendables por no erradicar los microorganismos y surgimiento de resistencias respectivamente, además de las alteraciones que causan en los pacientes pediátricos (8, 17). En epiglotitis aguda por H. influenza estarán indicados el cloramfenicol o la ampicilina (8, 9).

En los casos resistentes a la penicilina o crónicos se deberá investigar flora mixta, con cultivos de criptas amigdalinas y utilizando el antimicrobiano necesario. (18).

El uso de antimicrobianos deberá llevarse a efecto de acuerdo a los lineamientos farmacológicos básicos conocidos y cuando sea necesario aislando el o los gérmenes causales mediante cultivo de exudados, que será la única forma de comprobar el tipo de infección bacteriana, ya que para la viral los estudios virológicos solo se hacen con fines epidemiológicos. Los antimicrobianos solo se utilizarán como profilácticos en casos de riesgo como fiebre reumática, endocarditis bacteriana o glomerulonefritis aguda postestreptococcica y en las demás indicaciones ya conocidas, pero de ninguna mane

ra en forma rutinaria ya que no estan exentos de riesgos (4, 6, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 20).

La última parte la constituyen las medidas preventivas, ya que curativamente se puede hacer poco (relativamente) y no contamos con vacunas específicas y eficaces de uso común: Se llevará a cabo mediante la información dietética e higiénica, evitando las aglomeraciones de cualquier tipo y guardando aislamiento hasta donde sea posible para evitar un mayor contagio. Todo ello como parte de las actividades sociales del perfil médico familiar, que el propio médico familiar debe realizar para promover el bienestar social y proteger el medio ambiente donde se desarrollan sus pacientes (9, 21).

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Es adecuado el tratamiento actual de las infecciones - del tracto respiratorio superior instituido por el médico familiar?

**HIPOTESIS.**

El manejo de las infecciones respiratorias superiores - no se lleva a cabo en forma satisfactoria por el médico familiar en la población adscrita al consultorio 4 de la U.M.F. No. 7 del IMSS en la Delegación Veracruz Sur.

**OBJETIVOS:**

- General; evaluar el manejo indicado por el médico familiar en éstas patologías.
- Específicos;
  - a) Investigar el No. de pacientes tratados en forma sintomática y sin antibioticos en la primera entrevista.
  - b) Valorar el No. de pacientes tratados con antibióticos en la primera entrevista.
  - c) Determinar el tipo de antibiótico utilizado de primera intención.
  - d) Precisar el antibiótico utilizado de segunda intención.
  - e) Registrar el No. de pacientes a quienes se les realizó -- cultivo, su resultado y su tratamiento.
  - f) Determinar el No. de pacientes crónicos investigados.
  - g) Diferenciar la frecuencia de cada uno de los síndromes -- por grupo de edad y sexo, así como en cada uno de los 6 - meses.
  - h) Registrar el No. de incapacidades generadas y su tipo.

## PROGRAMA DE TRABAJO.

## A) Material;

- Recursos humanos:
  - a) Médico residente de II año de M.F.
  - b) Asistente de consultorio.
  - c) Aux. Universal de oficinas.
- Recursos materiales;
  - a) UMF 7 del IMSS Deleg. Ver. Sur.
  - b) Consultorio No. 4.
  - c) Archivo de la Unidad;
    - Forma 4-30-6
    - Expediente clínico.
  - d) Biblioteca del H.G.Z. Orizaba, Ver
  - e) Bibliografía.

## B) Métodos;

Se hará estudio retrospectivo durante 6 meses en el consultorio No. 4 de la UMF No. 7 del IMSS en Orizaba, Ver, de los manejos indicados para las infecciones del tracto respiratorio superior por el médico familiar, durante los meses de Enero a Junio de 1984, y para ello se revisarán las formas 4-30-6 del archivo de la Unidad y del consultorio citado para identificar a los pacientes con ese diagnóstico, tomando el número de afiliación y nombre de cada uno de ellos. -- Posteriormente se revisará el manejo indicado mediante una hoja de concentración de datos para cada mes con la siguiente guía:

- Edad y sexo de presentación por síndrome.
- Concordancia entre cuadro clínico y diagnóstico.
- Manejo inicial con o sin antibiótico en la primera entrevista.
- Evolución del padecimiento;
  - a) tipo viral.
  - b) tipo bacteriana.
  - c) Complicada.

- Tipo de antibiótico utilizado de primera intención.
- Tipo de antibiótico utilizado de segunda intención.
- No. de pacientes a quienes se les realizó cultivo de exudado, su resultado y su tratamiento.
- No. de pacientes crónicos investigados.
- Número de pacientes con infección respiratoria superior como parte de patología sistémica.
- No. de pacientes que generaron incapacidad; inicial, subsecuente y número de días.

Únicamente se tomarán en cuenta los días hábiles. Por tal motivo la frecuencia resultante no será la real, solo aproximación como lo es cualquier estadística de éstas afecciones y que dada su benignidad en algunos casos no se reportan a ningún nivel de atención médica.

## RESULTADOS.

Durante el periodo estudiado se encontraron 1000 casos de infección respiratoria superior, siendo el total de consultas en ese mismo lapso de 5794, lo que corresponde a un 17.25 %, no tan alto como el reportado en otras estadísticas pero no por ello menos significativo. Se observó que la mayor frecuencia corresponde a los meses de enero y febrero - como era de esperarse. Ver cuadro 1.

Del total de casos encontrados, la distribución por síndromes fue la siguiente: Rinofaringitis 210 casos que representa el 21.00 %, teniendo como grupo de edad predominante a los menores de 5 años. La faringoamigdalitis presentó 728 pacientes, siendo el mayor porcentaje de los 3 síndromes y - que corresponde al 72.8 %, los grupos de edad más afectados fueron los menores de 5 años y los comprendidos entre los 26 y 40 años. Por último la laringotraqueobronquitis con el menor porcentaje, presentó solo 62 enfermos, correspondiendo a el 6.2 % restante, siendo el grupo de edad más afectado los menores de 5 años. Ver cuadros 2, 3, 4, 5, 6, 7.

En cuanto al sexo mayormente afectado encontramos lo siguiente: Rinofaringitis en masculinos 107 y femeninos 103 -- con predominancia en varones en escaso porcentaje (50.95 % y 49.05 % respectivamente). Faringoamigdalitis en masculinos - se reportaron 450 sobre 278 casos en femeninos, encontrando un porcentaje elevado de predominancia entre hombres y mujeres ( 61.81 % y 38.19 % respectivamente). Por el contrario - en la laringotraqueobronquitis la predominancia fue en el - sexo femenino con 34 casos sobre 28 del sexo masculino, teniendo porcentajes de 54.84 % y 45.16 % respectivamente. Ver cuadro 8.

De los casos revisados se encontró deficiencia en la nota médica, ya que los cuadros clínicos y el diagnóstico emitido no tenían concordancia, encontrando solo el 34.4 % en - forma satisfactoria. Ver cuadro 9.

Con respecto al tratamiento indicado por el médico familiar, se encontró que desde la primera entrevista un alto porcentaje de enfermos recibían antimicrobianos, llegando hasta el 80.80 % (808 pacientes) y solo el 19.20 % (192 enfermos) recibieron tratamiento sintomático y sin antimicrobianos. Ver cuadro 10.

Los antimicrobianos utilizados de primera intención incluyeron tanto de espectro reducido como de amplio espectro, predominando la penicilina con el 41.94 %, en sus diferentes presentaciones, la eritromicina con el 26.18 % y la ampicilina con el 18.25 %. Sin embargo, también se utilizaron como tratamiento de primera elección en un gran número de pacientes la sulfadiazina con el 4.86 %, el trimetropim con sulfametoxasol con el 3.91 %, la Tetraciclina con el 1.78 %, dicloxacilina con el 1.78 % y hasta gentamicina con el 1.30 %. Ver cuadro 11.

De segunda intención el antibiótico predominante fue también la penicilina con un 26.19 %, ya que en muchos casos el de primera intención fue de amplio espectro. Le siguió en orden de frecuencia el trimetropim con sulfametoxasol con un 23.81 %. Ver cuadro 12. ( Se incluyen todos los antimicrobianos utilizados aún cuando algunos de ellos se asociaron en la primera y segunda entrevista, por lo que la suma no corresponde al total de pacientes tratados con antimicrobianos).

Además de haber utilizado antimicrobianos de ambos espectros de primera y segunda intención, se presentaron 78 casos en los cuales se utilizó combinación de ellos, correspondiendo al 9.65 % del total de pacientes que recibieron antimicrobianos. Las asociaciones más comunes fueron: eritromicina y sulfadiazina (19 casos) con 24.35 %, penicilina y sulfadiazina (15 casos) con 19.23 %, la penicilina o la eritromicina asociados con trimetropim con sulfametoxasol tuvieron el 14.10 % (11 casos) cada una. El resto, de menor porcentaje se ilustra en el cuadro 13.



Con relación a la evolución del padecimiento, se encontró un porcentaje muy bajo del seguimiento de los casos, ya que se detectó que solamente en el 5.2 % del total de los casos estudiados tenía registrada la evolución. Sin embargo, predominó el cuadro clínico de tipo viral con un 51.92 %. A la evolución de tipo bacteriana correspondió el 35.55 %, considerándose como ésta, cuando persistieron los síntomas y el cuadro febril por más de 5 días, aunque no se corroboró por medio de cultivo. La evolución hacia la complicación correspondió al 11.53 %, siendo estas la otitis y la neumonía. Ver cuadro 14.

Se pudieron detectar únicamente 50 enfermos crónicos -- del total de pacientes estudiados, lo que representa un 5 %. De éstos pacientes 17 (34 %) fueron detectados por el médico familiar y se investigó por medio de cultivos su etiología. Los pacientes crónicos no detectados por el médico familiar, se consideraron como tales, por haber encontrado en su expediente clínico una alta frecuencia del padecimiento durante el periodo estudiado y además durante el año precedente, --- siendo un total de 33 enfermos (66 %). Se hace notar que la búsqueda de pacientes crónicos no se llevó a cabo en forma satisfactoria debido a que los expedientes clínicos no se encontraron completos en algunos casos. Ver cuadro 15.

Solamente al 1.7 % de los 1000 pacientes estudiados se les realizó cultivo de exudado, (17 enfermos). De éstos 12 (70.59 %) reportaron flora no patógena, siendo aislados 2 de ellos de moco nasal y el resto de exudado faríngeo, todos ellos tratados con penicilina. Un caso fue reportado como "coccos Gram positivos", sin recibir tratamiento. De los 4 restantes 3 correspondieron a flora no habitual del tracto respiratorio superior (Klebsiella, B. coliformes y estafilococo albus coagulasa positiva), el Gram positivo recibió tratamiento con dicloxacilina y los Gram negativos no recibieron ningún tratamiento. Ver cuadro 16.

El cuadro clínico de infección respiratoria superior como manifestación de otra enfermedad, fue encontrado solo en 3 casos (0.3 %) del total de pacientes estudiados, dos de ellos correspondieron a tuberculosis pulmonar y uno a tifoidea, ratificados por laboratorio.

Las incapacidades generadas por éstos padecimientos, -- fueron del tipo Enfermedad General, siendo un total de 338 - (33.83 %) de todos los pacientes estudiados. El 94.08 % de ellas (318 incapacidades) fueron iniciales y el resto 5.92 % (20 incapacidades) fueron subsecuentes. El promedio de días por incapacidad fue de 2.34, tomando en cuenta iniciales y subsecuentes ya que no hubo variación entre ambas.

Además de los datos mencionados, otras observaciones en contradas fueron las siguientes:

- Se encontraron pacientes a quienes después de 1 ó 2 días de iniciado el antibiótico de primera elección, ya sea de amplio o reducido espectro, se cambió a otro sin investigar etiología y sin esperar evolución del padecimiento, aún teniendo un cuadro clínico con características virales y afebril.

- Como resultado de lo anterior algunos enfermos presentaron cuadros de moniliasis oral secundarios, principalmente en niños.

- Pacientes lactantes a cuyas madres se les proporcionaba dotación láctea periódica, presentaron cuadros de rinofaringitis frecuentes y sin promover la alimentación al seno materno a pesar de no haber encontrado contraindicación para ello.

- Utilización de primera elección, de antibióticos de amplio espectro como gentamicina, tetraciclina, ampicilina y trimetropim con sulfametoxazol en lactantes por cuadros de rinofaringitis.

- En un caso se utilizó cloramfenicol de segunda elección sin cultivo que lo justificara.

- Se encontraron 4 casos con diagnóstico de "amigdalitis en pacientes amigdalectomizados.

## CUADROS.

## CUADRO No. 1.

Total de pacientes con infección respiratoria superior, del 1o. de Enero al 30 de Junio de 1984, en el Consultorio No. 4 de la UMF No. 7 del IMSS, Orizaba, Ver.

Mes	Tot. de consultas	Inf. Resp. Sup.	%
Enero	1087	250	23.90
Febrero	973	217	22.30
Marzo	1013	174	17.18
Abril	899	105	11.68
Mayo	967	125	12.93
Junio	855	129	15.09
Total	5794	1000	17.25

## CUADRO No. 2.

Distribución de los síndromes por grupo de edad durante el mes de Enero.

Edad	Rinofaringitis	Faringoamigdalitis	Laringotraquea
0-5	13	10	7
6-10	3	16	1
11-15	0	9	4
16-20	2	12	0
21-25	0	4	0
26-30	8	13	3
31-35	7	35	1
36-40	3	21	3
41-45	2	13	0
46-50	4	10	2
51-55	3	10	2
56-60	2	10	0
61-65	7	6	0

66-70	0	2	0
71-75	0	2	0
76+	0	0	0
Total	54	173	23

CUADRO No. 3.

Distribución por grupo de edad de los síndromes --  
durante el mes de Febrero.

Edad	Rinofaringitis	Faringoamigdalitis	Laringotraque
0-5	9	16	6
6-10	6	22	6
11-15	1	17	3
16-20	0	7	0
21-25	0	3	0
26-30	9	25	1
31-35	6	17	0
36-40	6	9	3
41-45	1	7	1
46-50	3	6	1
51-55	1	3	0
56-60	7	9	0
61-65	0	3	0
66-70	1	1	0
71-75	0	0	0
76+ +	0	1	0
Total	50	146	21

## CUADRO No. 4.

Distribución de los síndromes por grupo de edad --  
durante el mes de Marzo.

Edad	Rinofaringitis	Faringoamigdalitis	Laringotraque
0-5	9	12	2
6-10	3	9	1
11-15	3	6	0
16-20	3	8	0
21-25	2	2	0
26-30	0	17	0
31-35	2	19	4
36-40	2	16	0
41-45	3	14	0
46-50	0	12	0
51-55	3	6	0
56-60	3	6	0
61-65	0	3	0
66-70	0	2	0
71-75	0	0	0
76- +	0	2	0
TOTAL	33	134	7

## CUADRO No. 5.

Distribucion de los síndromes por grupo de edad --  
durante el mes de Abril.

Edad	Rinofaringitis	Faringoamigdalitis	Laringotraque
0-5	12	16	0
6-10	0	12	0
11-15	4	5	0
16-20	3	1	0
21-25	0	7	0
26-30	1	2	0
31-35	1	10	0
36-40	1	7	0
41-45	2	4	2
46-50	0	7	0
51-55	1	1	0
56-60	1	2	1
61-65	0	1	0
66-70	1	0	0
71-75	0	0	0
76- +	0	0	0
Total	27	75	3

## CUADRO No. 6.

Distribución de los síndromes por grupo de edad --  
durante el mes de Mayo.

Edad	Rinofaringitis	Faringoamigdalitis	Laringotraque
0-5	7	14	3
6-10	0	9	1
11-15	0	9	0
16-20	0	5	0
21-25	3	4	1
26-30	3	8	0
31-35	4	14	0
36-40	0	10	1
41-45	1	7	0
46-50	1	4	0
51-55	0	9	0
56-60	0	5	0
61-65	0	0	0
66-70	0	1	0
71-75	0	0	0
76- +	0	1	0
Total	19	100	6

## CUADRO No. 7.

Distribución de los síndromes por grupo de edad --  
durante el mes de Junio.

Edad	Rinofaringitis	Faringoamigdalitis	Laringotraque
0-5	9	12	2
6-10	5	16	0
11-15	1	11	0
16-20	0	1	0
21-25	0	2	0
26-30	4	13	0
31-35	2	17	0
36-40	0	4	0
41-45	1	4	0
46-50	0	6	0
51-55	1	5	0
56-60	0	5	0
61-65	2	2	0
66-70	0	1	0
71-75	0	0	0
76- +	2	1	0
Total	27	100	2



## CUADRO No. 8.

Distribución por sexo, de los síndromes durante el período estudiado.

Mes	Rinofaring.		Faringoamig.		Ltb.		Total.
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	
Enero	32	22	120	53	10	13	250
Febrero	24	26	85	60	8	14	217
Marzo	17	15	85	49	5	3	174
Abril	16	12	36	39	2	0	105
Mayo	6	13	61	40	2	3	125
Junio	12	15	63	37	1	1	129
Total	107	103	450	278	28	34	1000

## CUADRO No. 9.

Concordancia entre el cuadro clínico y el Diagnóstico durante el período estudiado.

Mes	Concuerta	No concuerda	Total
Enero	89	161	250
Febrero	70	147	217
Marzo	62	112	174
Abril	41	64	105
Mayo	38	87	125
Junio	44	85	129
Total	344	656	1000
	34.40 %	65.60 %	100 %

## CUADRO No. 10.

Tratamiento indicado con y sin antimicrobianos des de la primera entrevista durante el período estudiado.

Mes	Sin antimicrob.	Con antimicrob.	Total.
Enero	46	204	250
Febrero	33	184	217
Marzo	27	147	174
Abril	25	80	105
Mayo	30	95	125
Junio	31	98	129
Total	192	808	1000
%	19.20	80.80	100

## CUADRO No. 11.

Antimicrobianos utilizados de primera intención en el grupo de pacientes estudiados.

Antimicrobiano	Número	%
Penicilina	354	41.94
Eritromicina	221	26.18
Ampicilina	154	18.25
Sulfadiazina	41	4.86
Trimetropim y S.	33	3.91
Tetraciclina	15	1.78
Dicloxacilina	15	1.78
Gentamicina	11	1.30
Total	844	100.00

## CUADRO No. 12.

Antimicrobianos utilizados de segunda intención en el grupo de pacientes estudiados.

Antimicrobiano	Número	%
Penicilina	11	26.19
Trimetropim y S.	10	23.81
Eritromicina	5	11.90
Ampicilina	5	11.90
Gentamicina	3	7.14
Dicloxacilina	3	7.14
Sulfadiazina	3	7.14
Cloramfenicol	1	2.39
Tetraciclina	1	2.39
Total	42	100.00

## CUADRO No. 13.

Antimicrobianos utilizados en asociación en la primera y segunda entrevista en el grupo de pacientes estudiados.

Antimicrobianos	Número	%
Eritro y Sulfad.	19	24.35
Peni y Sulfad.	15	19.23
Peni y Trim./Sulfam.	11	14.10
Ertro y Trim/Sulfam.	11	14.10
Genta y Sulfad.	5	6.42
Ampi y Sulfad.	5	6.42
Ampi y Peni.	3	3.85
Ampi y Eritro.	3	3.85
Diclox. y Trim/Sulf.	2	2.56
Genta y Trim/Sulfam.	2	2.56
Genta y ampicilina	2	2.56
Total	78	100.00

**CUADRO No. 14.**

**Evolución del cuadro clínico, observada en el 5.2% del total de pacientes estudiados.**

<b>Tipo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Viral</b>	<b>27</b>	<b>51.92</b>
<b>Bacteriana</b>	<b>19</b>	<b>36.55</b>
<b>Complicada</b>	<b>6</b>	<b>11.53</b>
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 15.**

**Distribución de pacientes crónicos investigados y no investigados en el grupo de enfermos en estudio.**

<b>Pacientes</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Investigados</b>	<b>17</b>	<b>34.00</b>
<b>No investigados</b>	<b>33</b>	<b>66.00</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

## CUADRO No. 16.

Registro de pacientes a los que se les realizó cul  
tivo de exudado, su resultado y tratamiento.

No.	%	Sitio de exudado		Resultado	Trat.
		M. nasal	E. Faring		
12	70.59	2	10	Flora no patog.	Penic
1	5.88	0	1	Coco Gram +	S/T.
1	5.88	0	1	Estrep beta Hem	Eritr
1	5.88	0	1	Estafil alb C +	Diclox
1	5.88	0	1	Colibacilos	S/T.
1	5.88	0	1	Klebsiella	S/T.
17	100.00	2	15	TOTALES.	

## CONCLUSIONES.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede concluir que el tratamiento indicado por el médico familiar en las infecciones del tracto respiratorio superior no es adecuado.

- No se toma en cuenta que la etiología en éstos padecimientos es en alto porcentaje (90-95) de tipo viral. Sin embargo los pacientes tratados sin antibiótico y en forma sintomática corresponden por el contrario a un porcentaje muy bajo (19.2%).

- El médico familiar ha olvidado los lineamientos básicos farmacológicos que rigen la prescripción de antimicrobianos.

- Se utilizaron antibióticos de reducido y amplio espectro para tratar padecimientos virales, que no los justifican. Siendo la relación según el número de enfermos, casi invertida a la esperada (80.8% de pacientes tratados con antimicrobianos).

- Como se muestra en el cuadro 13 no únicamente se indicaron antibióticos de primera intención, sino que además en algunos casos (78) se utilizaron asociaciones de ellos, sin ser compatibles entre sí en algunos casos.

- Los antimicrobianos por otra parte no se prescribieron durante el tiempo mínimo necesario en algunas ocasiones facilitando la producción de resistencias bacterianas.

- Se han utilizado antimicrobianos contraindicados en los niños.

- El seguimiento e investigación de los casos crónicos no se ha llevado a cabo en forma satisfactoria, así como también poco en los casos agudos, ya que sin esperar la evolución se cambia tratamiento de manera innecesaria.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- En los casos a los que se les realizó cultivo de exudado se confirmó la ausencia de bacterias patógenas en la mayoría de ellos.

- También se comprobó que la mayor frecuencia de presentación es en la época fría, en los menores de 5 años y además en los pacientes en edad productiva, lo que trae como resultado un alto porcentaje de incapacidades con disminución de la fuerza de trabajo y de la productividad.

- Se ha argumentado con respecto a la prescripción de antimicrobianos que los pacientes no se "conforman" si no se les dan. Esto refleja que existe deficiencia en la información de prevención para la salud por parte del médico familiar, ya que no ha educado ni hace del conocimiento al paciente de la historia natural de la enfermedad.

## ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

Considero que las alteraciones detectadas en el estudio son consecuencia principalmente de la rutinización de las actividades del médico familiar, lo que lleva a ver a los enfermos no en forma individualizada, sino como una carga más de trabajo, por lo que se hace necesario motivar el espíritu de servicio para con el enfermo.

Una medida adecuada es el de realizar sesiones clínicas de alto nivel educativo, con participación activa de los miembros médicos de la Unidad, estimulando el profesionalismo y la competencia constructiva.

El médico familiar debe tener un perfil, donde se incluyen no únicamente actividades técnicas médicas, sino que también debe promover el bienestar social. Para ello es necesario educar a la población sobre la evolución natural de la enfermedad y no dejar que sea el propio enfermo quien indique el tratamiento a seguir.

Para evitar el abuso de antimicrobianos en las infecciones respiratorias superiores es necesario tener lineamientos básicos sobre su tratamiento:

- No está justificado dar de primera intención antibióticos.
- Guiarse por el cuadro clínico cuando exista duda de participación bacteriana inicial.
- Esperar la evolución del cuadro clínico.
- Realizar cultivo de exudado para confirmar bacteria y descartar virus.
- Aplicar las medidas del tratamiento general que ameritan estas infecciones.
- Educación sobre la historia natural de la enfermedad al paciente para mejor aceptación del tratamiento.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- De la Loza, S.A. Principales características epidemiológicas de algunas enfermedades transmisibles en la población amparada por el IMSS. Rev. Méd., 1982; 20:195.
- 2.- De la Loza, S.A. Cambios en las enfermedades transmisibles en la población amparada por el IMSS. Serie de Folleto técnicos de Estadística No. 1. Jefatura Serv. Med. Prev. IMSS. 1978.
- 3.- Gómez, O.L., La encrucijada rinofaríngea. Boletín Méd. del Hosp. Inf. Méx.: 1983; 40:65.
- 4.- Ferguson, Ch.F., Kendig, E.L. Jr. Otorrinolaringología Pediátrica. Ed. Salvat. 1977; Vol. II.
- 5.- Nelson, W.E., Vaughan, V.C. y Mc Kay, R.J. Infecciones del tramo respiratorio superior. Tratado de Pediatría. - Ed. Salvat. 1975. Sexta Ed. Tomo II. Pgs. 903-915.
- 6.- Otorrinolaringología. Guías Diagnósticas Terapéuticas -- del IMSS; 1981. Pgs. 759-771, 783-788, 793-800, 813-819.
- 7.- Pío, A., Lewoski, J., Luelmo, F. Infecciones respiratorias agudas en la infancia. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Abr. 1984; 96:283.
- 8.- Levy, M.L., Ericksson, Ch. D. y Pickering, L.K. Infecciones de las vías respiratorias superiores. Clin Pediat of North Am Jan, 1983; Pgs. 153-171.
- 9.- Serafin, F. Infecciones del tracto respiratorio superior En: Kumate, J. y Gutiérrez, G. Manual de Infectología. - Mendez Cervantes Editor. 1981; Pgs. 93-101.
- 10.- González, G.M. Laringotraqueobronquitis. Rev. Méd. IMSS - 1981; 19:729
- 11.- Gardida, Ch. A. Lineamientos básicos para el tratamiento de los niños con infección aguda de las vías respiratorias. Rev. Méd. del IMSS 1982; 20:327.
- 12.- Chawack, R.M. y Parrott, R.H. Acute respiratory disease in infancy and childhood; Present understanding and prospects on prevention. Pediatrics 1965; 36:21.

- 13.- Glezen, W.P. y Denny, F.J. Epidemiology of acute lower respiratory disease in children. *N Engl Med* 1975; 288: 498.
- 14.- Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades víricas de las vías respiratorias. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra 1980 (Serie de informes técnicos No. 642).
- 15.- Sans-Sabrafen, J. Infecciones. En: Farreras, V.P. y Rozman, B.C. *Medicina Interna*. Ed. Marín 1978. Tomo II. - Cap. 10.
- 16.- Mc Dermott, W. Enfermedades microbianas. En: Besson, P. y Mc Dermott, W. *Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb*. Ed. Interamericana 1972; Tomo I. Pág. 377.
- 17.- Saude, M.A., Maudell, G.L. Quimioterapia de las enfermedades microbianas. En: Goodman, G.A., Goodman, L.S. y Gilman, A. *Las bases farmacológicas de la Terapéutica*. Ed. Médica Panamericana 1980; Sexta Ed. Cap. 48 y 54.
- 18.- Garcia Ramos, E., Del Rey, E. y Acuno, S.C. Flora mixta y producción de beta-lactamasa en pacientes con amigdalitis recurrente. *Compendium de Investigaciones Clínicas Latinoamericanas*. Jul-Agost. 1984; 4:51.
- 19.- Salas, A.M. Los antibióticos en Pediatría. Guías para el Diagnóstico y terapéutica en pediatría. *La Prensa Médica Mex.* 1981; Cap. 71; Pags. 579.
- 20.- Salas, A.M. Terapéutica pediátrica. Síndromes Pediátricos. *Fisiopatología clínica y terapéutica*. *La Prensa Médica Mex.* 1981; Cap. 20. Pgs. 481.
- 21.- Cervantes, J. La función social del Médico en la Comunidad. *Rev Méd. IMSS* 1983; 21:266.
- 22.- Alcalá, H. Infección orofaríngea que oculta una leucemia. *Bol Méd. Hosp Inf Mex* Jun 1982; 39:451.