

11226
24. 74



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

USO INADECUADO DE LA PENICILINA PROCAINICA
EN RINOFARINGITIS Y AMIGDALITIS AGUDAS
EN LACTANTES Y PRE-ESCOLARES

T E S I S R E C E P C I O N A L
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. GEORGINA EMMA HERRERA RAMIREZ



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1987



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.

INDICE

	PAG.
CAPITULO I.	
1.1 OBSERVACION.	1
1.2 OBJETIVO	1
1.3 TIPO DE ESTUDIO	1
CAPITULO II.	
MARCO TEORICO	2
CAPITULO III.	
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
3.2 HIPOTESIS	5
CAPITULO IV.	
4.1 UNIVERSO DE TRABAJO	6
4.2 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXLUSION	6
CAPITULO V.	
SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION	7
CPAITULO VI.	
6.1 LIMITES DE LA INVESTIGACION	9
6.2 RECURSOS	9
CAPITULO VII.	
ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS	10
CAPITULO VIII.	
DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO	11
CAPITULO IX.	
ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS	12
CAPITULO X.	
CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS DE NULIDAD	26

CAPITULO XI.

CONCLUSIONES

27

CAPITULO XII.

SUGERENCIAS

28

BIBLIOGRAFIA

29

CAPITULO I.

PREAMBULO

1.1 OBSERVACION.

En la práctica diaria cuando el Médico Familiar diagnostica Rinofaringitis y Amigdalitis agudas, en niños menores de 5 años de edad, utilizar como terapéutica de elección Penicilina Procaínica; a pesar de que la etiología más frecuente es de origen viral en un 100% de los casos de Rinofaringitis y en un 80% de los casos para Amigdalitis agudas.

1.2 OBJETIVO.

El presente trabajo pretende demostrar que el tratamiento con Penicilina Procaínica, como fármaco de primera elección, en Rinofaringitis y Amigdalitis agudas en lactantes y preescolares no está plenamente justificada.

1.3 TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio será una investigación retrospectiva, transversal, descriptiva y observacional; será por tanto una Encuesta Descriptiva.

CAPITULO II.

MARCO TEORICO

Los antimicrobianos en Medicina se utilizan con tanta libertad y en tan variadas situaciones clínicas, no siempre justificadas, que es necesario racionalizar con criterio la anarquía existente

Un hecho trascendental lo constituye el abuso que se hace los antimicrobianos, sobre todo para procesos que no tienen una base infecciosa.

Lo anterior origina entre otros inconvenientes: alteración en el equilibrio de floras, aparición de cepas resistentes, selección de clonas bacterianas que emergen como nuevos gérmenes patógenos (1).

La práctica de usar antibióticos en caso de duda o con fines profilácticos y la adición de antibióticos a los alimentos para animales, han propiciado la proliferación de cepas resistentes, la inutilización de antibióticos otrora eficaces, y la ocurrencia de cuadros clínicos que se complican o llevan a la muerte por la carencia de agentes antimicrobianos eficaces (2).

La investigación que se presente pretende analizar las aseveraciones citadas en párrafos anteriores utilizando dos patologías específicas: Rinofaringitis y Amigdalitis agudas, así como un antibiótico determinado: Penicilina Procaínica.

Hechos los señalamientos anteriores, se mencionan algunas generalidades relativas a estos padecimientos con la intención de demostrar la ineficacia de la terapéutica utilizada tradicionalmente. Prosiguiendo con las indicaciones y contraindicaciones de la Penicilina Procaínica.

La rinofaringitis aguda es una enfermedad del tracto respiratorio superior que afecta principalmente la mucosa de la nariz, los senos paranasales y la faringe. Y cuya etiología es viral, (1), (3), (5), (6), (7), (8), (11), (12), (13), (14) y (15).

Clínicamente encontramos rinorrea, estornudos y obstrucción nasal. Habitualmente el paciente experimenta una aparición brusca de rinorrea líquida transparente o mucoide más fiebre. Finalmente se desarrolla dolor de garganta y tos seca. Aunque habitualmente la fiebre es mínima en los niños de mayor edad, durante los primeros 5 o 6 años de vida puede ser tan alta que llegue a 40.6°C. La nariz y la garganta se inflaman por lo general. Existe el antecedente del contacto con otros miembros de la familia enfermos (11).

Por desgracia no existe la forma de evitar los resfriados, ni ningún método por el cual pueda abreviarse su duración, ni medio por el cual puedan evitarse las infecciones bacterianas secundarias, por tanto están prescritos los antibióticos y el tratamiento debe ser sintomático (3), (4), (5), (6), (8), (11), (12), (13), (14) y (15).

El tratamiento recomendable a juicio de varios autores consiste en un aporte suficiente de líquidos y calorías, control de la fiebre y mantener las vías aéreas permeables.

Por lo que se refiere a Amigdalitis aguda que éste es uno de los síndromes más frecuentemente atendidos por el pediatra y el médico general, siendo una enfermedad de curso febril habitualmente limitada por sí misma. (6), (14).

El agente causal más frecuente está representado por los virus (14). - Algunos autores mencionan que en más del 90% de los casos de niños con amigdalitis agudas la etiología es viral (11). Los porcentajes varían y para algunos el 70% de estos padecimientos es viral (7); mientras que otros más agregan que de 100 casos de amigdalitis agudas 85% son de origen viral.

De acuerdo con estas afirmaciones puede concluirse que la etiología predominante en los casos de amigdalitis aguda en niños menores de 5 años de edad es producida por virus.

El cuadro clínico inicial y la intensidad de las manifestaciones locales, son muy variables, pero en general, las infecciones virales tienen un principio menos abrupto y producen manifestaciones inflamatorias de la faringe menos estensibles, con un cuadro más benigno, de menor duración y con menos complicaciones (14).

Cuando se encuentre en la exploración física las amígdalas tumefactas, enrojecidas, crecidas, con inflamación periamigdalina pero sin que forme exudados blanquesinos en ningún momento, se estará frente a amigdalitis aguda de etiología viral.

Por el contrario hablaremos de amigdalitis bacteriana cuando las amígdalas son asiento de una intensa congestión e inflamación difusas, y las partes continuas a los pilares aparecen enrojecidos y edematosos. A partir del segundo o tercer día se forman puntos blancos amarillentos debido a la supuración de las criptas amigdalinas.

Los puntos blancos pueden extenderse toda la superficie amigdalina cubriéndola con detritus formado por el epitelio desprendido, leucocitos y material necrótico (6).

En el transcurso de las infecciones virales, la fiebre generalmente dura sólo días y alcanza su máximo entre el tercero y el cuarto. El dolor de garganta ausente primero, puede hacerse intenso después.

En las infecciones bacterianas hay con frecuencia un exudado folicular coalescente que cubre las amígdalas, la adenitis cervical es dolorosa - a la presión, con tendencia a supurar y la otitis media es un acompañante frecuente.

Las infecciones virales rara vez se complican. En tanto que las infecciones bacterianas es frecuente la sinusitis (14).

El tratamiento va encaminado a un aporte suficiente de líquidos y calorías, así como control de la temperatura.

Sólo en los casos en los que se sospeche de etiología bacteriana y sin olvidarse del cuadro clínico, se utilizarán antimicrobianos (3), (4), (5), (6), (8), (11), (12), (13) y (14).

Las penicilinas naturales son producidas por los hongos del género - - *Penicillium*, su mecanismo de acción es inhibiendo la síntesis de la pared celular impidiendo la unión carboxietil-peptídica del tetra o pentapéptido.

Es el antibiótico de elección para los siguientes gérmenes: a) *Streptococcus B* hemolítico, b) *Streptococcus neumonias*, c) *Neisseria meningitidis* y gonorreo beta lactamasa negativa, d) *Treponema pallidum*, e) - *Clostridium tetani*, f) *Corynebacterium diphtheriae*, g) *Leptospira icterohemorrágica* y h) Anaerobios excepto *B. fragilis*.

La dosis de la penicilina procaínica es de 400,000 UI cada 12 horas o bien 800,000 UI cada 24 horas, NO DEBE USARSE EN NIÑOS MENORES DE 3 MESES DE EDAD, posteriormente a cualquier edad. La toxicidad a la penicilina prácticamente es nula. Cuando existen casos de alergia está contra indicado su uso.

Pueden presentarse en raras ocasiones: alergia ala procaína, reacción tipo Herxheimer, nefropatía con administración masiva, anemia hemolítica, pancitopenia y lesiones nerviosas en raíces ciáticas por aplicación intramuscular glútea.

CAPITULO III.

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Está justificada la prescripción de penicilina procaínica como -
terapéutica de primera elección en los casos que se diagnostica Ri-
nofaringitis y Amigdalitis agudas en niños menores de 5 años de --
edad?

3.2 HIPOTESIS.

El criterio que utiliza el médico familiar al prescribir como tera-
péutica de elección a la penicilina procaínica en Rinofaringitis y
Amigdalitis agudas en menores de 5 años de edad no se encuentra --
justificado.

CAPITULO IV.

4.1 UNIVERSO DE TRABAJO.

El universo seleccionado lo constituye un grupo de derechohabientes menores de 6 años de edad que acudieron a la consulta externa de la U.M.F. # 33 "El Rosario", en diciembre de 1985 y enero de 1986 y a los que se les diagnosticó Rinofaringitis o Amigdalitis agudas.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

4.2.1 Criterios de Inclusión de los Sujetos Experimentales.

- a) Pacientes derechohabientes del I.M.S.S., cuya unidad de - adscripción sea la U.M.F. # 33.
- b) Sin distinción de sexo.
- c) Menores de 6 años de edad.
- d) Que hayan acudido a solicitar atención médica en la U.M.F. # 33, en el período comprendido de diciembre de 1985 y enero de 1986.
- e) Que su diagnóstico haya sido Rinofaringitis o Amigdalitis Agudas.
- f) Que se encuentren registrados en la Forma 4-30-6 del I.M. S.S. en diciembre de 1985 y enero de 1986.

4.2.2 Criterios de Exclusión de los Sujetos Experimentales.

- a) Pacientes de derechohabientes del I.M.S.S., que no estén adscritos a la U.M.F. # 33.
- b) Que sean mayores de 6 años de edad.
- c) Que hayan acudido a solicitar atención médica antes de diciembre de 1985 y después de enero de 1986 a la U.M.F. # 33
- d) Que no tengan diagnóstico de Rinofaringitis o Amigdalitis Agudas.
- e) Que no se encuentren registrados en las Formas 4-30-6 del I.M.S.S. en diciembre de 1985 y enero de 1986.

CAPITULO V.

SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION

La recopilación de datos se llevó a cabo en la forma que se indica:

- A) Búsqueda en las Formas 4-30-6 del I.M.S.S. de los meses de diciembre de 1985 y enero de 1986; los nombres y los números de afiliación de los pacientes menores de 6 años de edad que presentaron diagnóstico de Rinofaringitis o Amigdalitis agudas.
- B) Se estudiaron los expedientes clínicos de los mencionados pacientes para detectar el criterio diagnóstico que utilizó el médico familiar para prescribir o no Penicilina Procaínica.

Los parámetros que se consideraron para descubrir el criterio-diagnóstico y el tratamiento que empleó el médico familiar en Rinofaringitis aguda se enumeran a continuación:

1. Ficha de identificación: sexo y edad.
2. Días de evolución.
3. Cuadro clínico: Rinorrea hialina o purulenta, estornudos, edínofagia y tos.
4. Exploración física: peso, temperatura, estado general, presencia de secreción en marinas, hiperemia faríngea y campos pulmonares.
5. Diagnóstico establecido.
6. Tratamiento que se estableció.
7. En los casos en los cuales se utilizó Penicilina Procaínica se verificó dosis, vía de administración y duración del tratamiento.
8. Control posterior.

Observación de los pacientes seguidos por el médico familiar para averiguar el criterio diagnóstico y el tratamiento utilizado en Amigdalitis aguda; esta es:

1. Ficha de identificación: edad y sexo.
2. Cuadro clínico: Odínofagia, fiebre, tos, antecedentes de otra infección de vías aéreas superiores reciente y días de evolución.
3. Exploración física: peso, temperatura, hipertrofia amigdalina expresada en grados, inflamación periamigdalina, presencia de exudado purulento, adenitis cervical presente dolorosa, campos pulmonares y estado general.

4. Diagnóstico establecido.
5. Tratamiento establecido.
6. Si se prescribió Penicilina Procaínica se comprobó dosis indicada, vía de administración y duración del tratamiento.
7. Control posterior.

CAPITULO VI.

6.1 LIMITES DE LA INVESTIGACION.

- A) Humanos: En esta fase de la investigación se incluyeron aquellos sujetos que reunieron los criterios de inclusión ya expuestos en capítulos anteriores.
- B) Geográficos: La entidad geográfica donde se realizó el estudio - es la Unidad de Medicina Familiar # 33 "El Rosario" del I.M.S.S. ubicada en Renacimiento y Lázaro Cárdenas, Azcapotzalco, D. F.
- C) Tiempo: La duración incluyó el período del 2 de mayo al 30 de noviembre de 1986.

6.2 RECURSOS.

- A) Humanos: Las personas que participaron en la elaboración de este trabajo fueron: la investigadora y los asesores.
- B) Materiales: Los recursos materiales empleados consisten en expedientes clínicos, Formas 4-30-6 del I.M.S.S., hojas tabulares, bolígrafos, lápices, bicolores, máquina de escribir, hojas de - papel, borradores, escuadras graduadas, transportador, calculadora, sacapuntas.
- C) Económicos: Los necesarios para la investigación.

CAPITULO VII.

ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS

H1:

La prescripción de Penicilina Procaínica, como fármaco de elección en Rinofaringitis y Amigdalitis agudas, en niños menores de 6 años de edad no está justificada.

H0:

La prescripción de Penicilina Procaínica, como fármaco de elección en Rinofaringitis y Amigdalitis agudas, en niños menores de 6 años de edad no está justificada.

Nivel de significancia: 0.05.

Nivel de confiabilidad: 95%

Prueba que se utilizó: χ^2 para 2 muestras independientes.

Los criterios de rechazo para H0 son:

$$\chi_r^2 \text{ mayor que } \chi_t^2$$

o

p menor que alfa

alfa = nivel de significancia.

CAPITULO VIII.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

La investigación se llevó a cabo en 11 etapas distribuidas en la forma que se enuncia:

1. La formulación, revisión y entrega del protocolo se realizó a partir de la segunda quincena de diciembre de 1985, concluyéndose en la segunda quincena de abril de 1986.
2. La recopilación de datos se efectuó en el mes de mayo de 1986 y la primera quincena de junio del mismo año.
3. El proyecto fue revisado por el asesor en la segunda quincena de junio.
4. En la primera quincena de julio se cuantificaron los datos obtenidos.
5. En la segunda quincena de julio el trabajo se somete a una segunda - revisión.
6. En agosto se analizan los resultados de la investigación.
7. En la primera quincena de septiembre se efectuó una revisión conjunta con el asesor.
8. En la segunda quincena de septiembre se entregan al Comité de Investigación los avances del trabajo.
9. En el mes de octubre se efectuó la redacción del trabajo.
10. En la primera quincena de enero de 1987 entrega del trabajo al Comité de investigación para la evaluación final.
11. Una vez aprobada la investigación, impresión de la misma en la segunda quincena de enero de 1987.

Nota: El programa antes descrito sufrió modificaciones en virtud de que la investigadora tuvo rotación en la U.M.F. durante el segundo semestre del año escolar.

CAPITULO IX.

ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS

El desarrollo del trabajo se realizó acorde a los puntos establecidos en el cronograma de trabajo (Capítulo VIII), y de acuerdo al sistema de captación de la información enunciado en el Capítulo V.

Por separado se presenta la recopilación, ordenamiento, organización y análisis de los resultados obtenidos. Así como su representación descriptiva en forma tabular, gráfica, aritmética y por coeficiente de las edades, sexo, días de evolución, diagnóstico y tratamiento de los pacientes estudiados.

GRAFICA I

EDADES DE NIÑOS ESTUDIADOS CON RINOFARINGITIS AGUDA
 DICIEMBRE 1985-ENERO 1986
 U.M.F # 33

INTERVALO DE EDAD EN MESES	FRECUENCIA	FREC. ACUMULADA	% ACUMULADO
61-72	0	167	100
49-60	14	167	100
37-48	12	163	91.6
25-36	31	141	84.6
13-24	44	110	65.9
0-12	66	66	39.5

\bar{X} = 20.52

Mo = 6

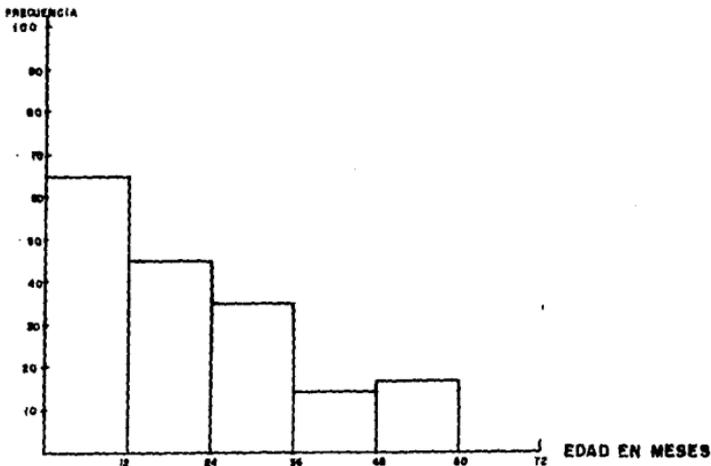
R = 67/12

Md = 17.66

S = 15.35

S² = 235.80

CV = 74.80



FUENTE: Investigación personal

La gráfica número 1 muestra que las edades más frecuentes de pacientes con Rinofaringitis aguda es la comprendida entre 0 y 24 meses de edad.

El comportamiento expuesto está acorde con la literatura médica que nos explica que los lactantes son más lábiles a padecer enfermedades infecciosas de etiología viral, ya que es bien conocido que su aparato inmunológico no se encuentra plenamente desarrollado.

En la presentación gráfica observamos una curva leptocúrtica con sesgo a la derecha, apoyados en el coeficiente de variabilidad ancho.

La media fue de 20.52, con una mediana de 17.68 y una desviación estándar de 15.35 que paoya la asimetría de la curva.

GRAFICA 2

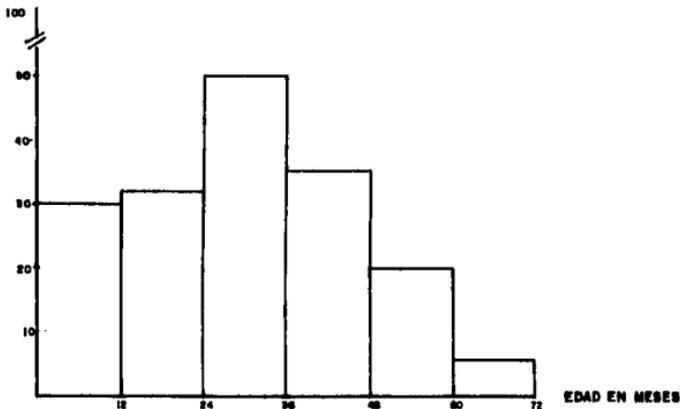
EDADES DE NIÑOS ESTUDIADOS CON AMIGDALITIS AGUDA
 DICIEMBRE 1985 - ENERO 1986
 U.M.F. # 33

INTERVALO DE EDAD EN MESES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMU.	% ACUMULADO
61-72	5	167	100
49-60	20	162	97.1
37-48	33	142	85.2
25-36	48	109	65.5
13-24	31	61	36.6
0-12	30	30	17.9

\bar{x} = 30.19
 s = 16.46
 CV = 54.50

Md = 30.6
 S = 270.71

Mo = 30.5
 R = 68



La gráfica número 2 muestra que la edad en que se presentó con mayor frecuencia los casos de Amigdalitis aguda estudiados, se encuentran -- comprendidos entre los 2 y 3 años de vida, originándose una curva con asimetría positiva, de forma leptocúrtica, con una media de 30.19, una mediana de 30.6, una moda de 30.5, una desviación estándar de 16.45, - varianza de 270.71, un rango de 68 y un coeficiente de varianza de 54.50.

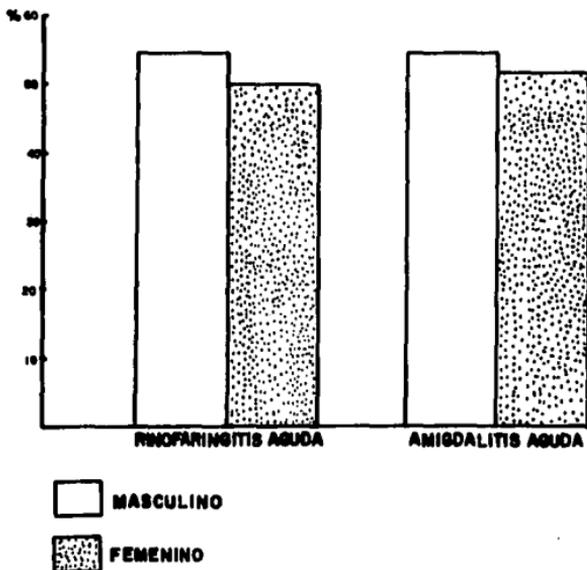
GRAFICA 3

DISTRIBUCION POR SEXO DE NIÑOS ESTUDIADOS
CON RINOFARINGITIS Y AMIGDALITIS AGUDAS

DICIEMBRE 1985 - ENERO 1986

U.M.F. # 33

PADECIMIENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	FREC.	%	FREC.	%	
RINOFARINGITIS AGUDA	86	51.50	81	48.50	167
AMIGDALITIS AGUDA	85	50.90	82	49.10	167
			TOT.		334



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

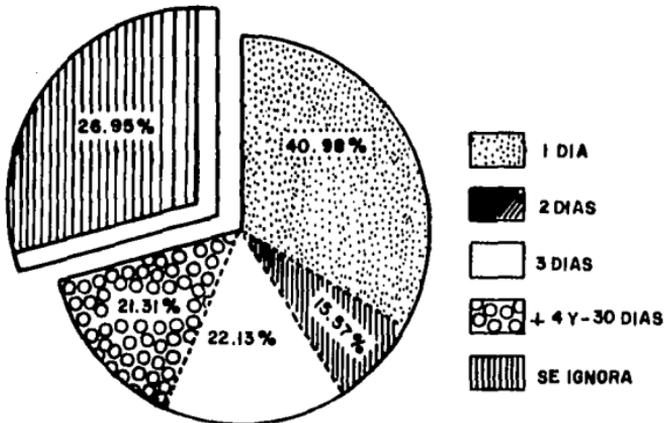
Interpretando la representación gráfica número 3 nos indica que la frecuencia por sexos de los pacientes con Rinofaringitis aguda considerados en este trabajo, nos percataremos que existe poca diferencia entre niños y niñas estudiadas pues el porcentaje de los primeros es de - - 51%, mientras que el de las niñas es de 48.50%.

Debe observarse que lo mismo sucedió con los casos de Amigdalitis aguda, pues el porcentaje de niños fue de 50.90% y el de niñas 49.19%.

GRAFICA 4

DIAS DE EVOLUCION DE RINOFARINGITIS AGUDA
 DICIEMBRE 1985-ENERO 1986
 U.M.F. #33

DIAS DE EVOLUCION	FRECUENCIA	%
SE IGNORA	45	26.95
1	50	40.98
2	19	15.57
3	27	22.13
+ 4 Y - 30	28	21.31
TOTAL	122	73.05



Un parámetro útil para el diagnóstico de Rinofaringitis aguda, es el tiempo de evolución, dato que auxilia a la verificación de una razonable certeza diagnóstica.

Los pacientes con Rinofaringitis aguda que según muestra escogida acudieron a la consulta externa fue de 167, de los cuales se presentaron con un día de evolución 50; igual a un 40.98% con 2 días de evolución 19; equivalente a un 15.57% y con 3 días de evolución 27, con un porcentaje del 22.13%, en términos de la gráfica número 4.

Llama la atención que el 21.31% de estos pacientes fueron llevados a la consulta externa cuando el tiempo de evolución oscilaba entre 4 y 29 días; lo cual se traduce en un padecimiento de distinta etiología menos viral.

Otro dato digno de mención es el hecho de que 45 pacientes de los 167 estudiados, es decir, más de la cuarta parte (26.95%) se ignoraban los días de evolución, puesto que no se consignaron en el expediente clínico, desconociéndose la razón de esto.

GRAFICA 5

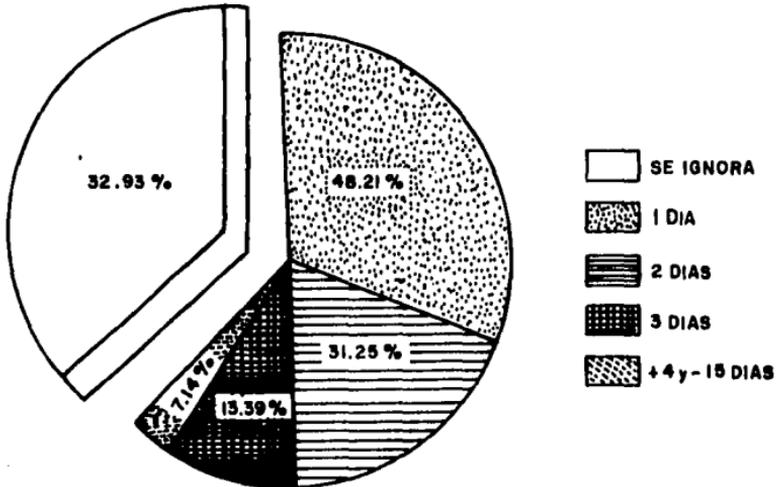
DIAS DE EVOLUCION DE AMIGDALITIS AGUDA
 DICIEMBRE 1985-ENERO 1986
 U.M.F. #33

DIAS DE EVOLUCION	FRECUENCIA	%
SE IGNORA	55	32.93
1	54	48.21
2	35	31.25
3	15	13.39
+ 4 Y-15	8	7.14
TOTAL	112	67.07

$S=1.86$
 $\bar{X}=2.04$

$\bar{S}=3.45$
 $Me=1$
 $CV=0.91$

$R=14$
 $Md=2$



FUENTE: Investigacion Personal

Para clasificar una enfermedad en aguda, subaguda o crónica, es necesario determinar en primer término, el tiempo de evolución, esto es, cuantificar el inicio de la enfermedad. Las conclusiones representadas en la gráfica número 5 en pacientes con Amigdalitis aguda arroja las siguientes cifras. De 167 pacientes se presentaron con 1 día de evolución el 48.25%, con 2 días de evolución el 31.25% y el 13.39% con 3 días de evolución. De estos casos podemos afirmar considerando exclusivamente el inicio de la enfermedad que el diagnóstico fue el adecuado.

Existe un porcentaje mínimo del 7.14% con un tiempo de evolución que varía entre 4 y 15 días, situación que dificulta el diagnosticar si el paciente sufre una enfermedad aguda.

La tercera parte de la población estudiada de las 167 personas referidas, el 32.93% se desconoce el inicio del padecimiento y por lo tanto es aventurado clasificarle como una entidad aguda.

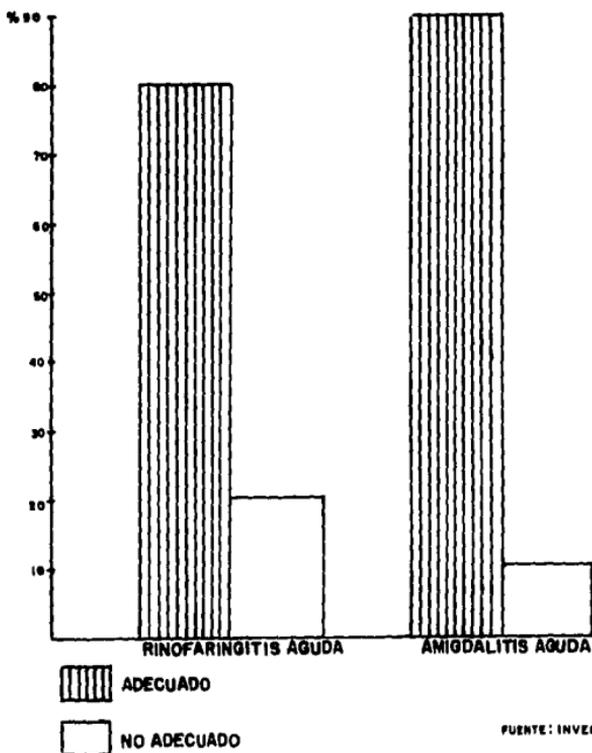
GRAFICA 6

DIAGNOSTICO DE RINOFARINGITIS Y AMIGDALITIS AGUDAS

DICIEMBRE 1985-ENERO 1986

U.M.F. # 33

PADECIMIENTO \ DIAGNOSTICO	RINOFARINGITIS AGUDA		AMIGDALITIS AGUDA	
	FREC.	%	FREC.	%
ADECUADO	129	77.25	143	85.63
NO ADECUADO	38	22.75	24	14.37
TOTAL	167	100	167	100



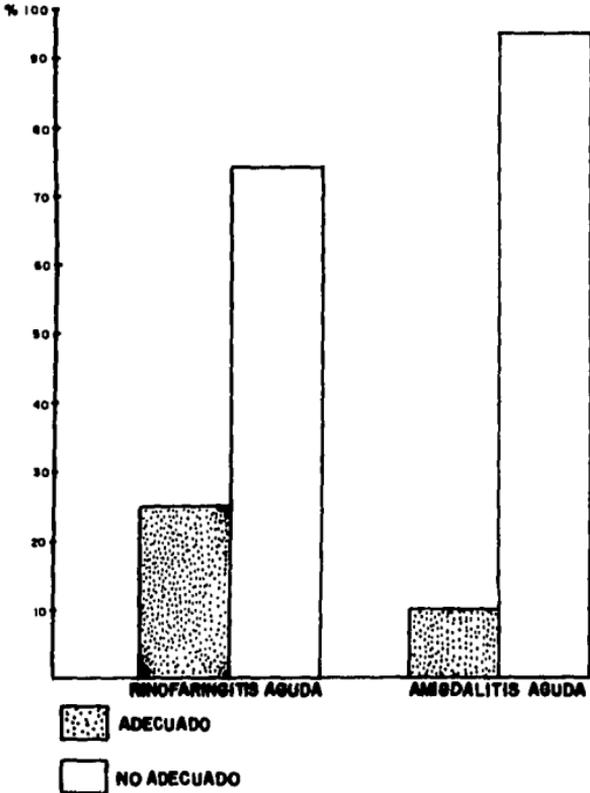
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

GRAFICA 7

TRATAMIENTO DE RINOFARINGITIS Y AMIGDALITIS AGUDAS.
DICIEMBRE 1985 - ENERO 1986

U.M.F. / 33

PADECIMIENTO DIAGNOSTICO	RINOFARINGITIS AGUDA		AMIGDALITIS AGUDA	
	FREC.	%	FREC.	%
ADECUADO	45	26.95	16	9.58
NO ADECUADO	122	73.05	151	90.42
TOTAL	167	100	167	100



La gráfica número 6 relativa a diagnóstico, señala que un 77.25% de los 167 pacientes con Rinofaringitis aguda, se les practicó un diagnóstico acertado; mientras que el 22.75% restante, reflejó diagnóstico inadecuado. Asimismo, por lo que se refiere al diagnóstico aplicado a los pacientes (167) con padecimiento de Amigdalitis aguda, el 85.63% fue correcto y el 14.37% incorrecto.

Por lo que se refiere a la gráfica número 7, relacionada con la efectividad del tratamiento, el 26.95% y el 73.05% corresponden a un tratamiento eficaz e ineficaz respectivamente, de los 167 pacientes con Rinofaringitis aguda.

De los restantes 167 pacientes de Amigdalitis aguda, la relación fue del 9.58% y 90.42% con tratamiento apropiado e inapropiado respectivamente.

En vista de los porcentajes determinados en las gráficas 6 y 7, es significativo el hecho de que en la mayoría de los pacientes se realizó un diagnóstico correcto, mientras que el tratamiento fue negligente -- igualmente en su mayoría.

CAPITULO X.

CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS DE NULIDAD

HO: La prescripción de Penicilina Procaínica, como fármaco de elección en Rinofaringitis y Amigdalitis agudas, en niños menores de 6 años de edad está justificada.

HI: La prescripción de Penicilina Procaínica, como fármaco de elección en Rinofaringitis y Amigdalitis agudas, en niños menores de 6 años de edad no está justificada.

	RINOFARINGITIS AGUDA		AMIGDALITIS AGUDA		TOTAL
	VIRAL	NO VIRAL	VIRAL	NO VIRAL	
P E N A I D I C M I O L N I N A	+ 35	3	100	6	144
	- 123	6	54	7	190
	158	9	154	13	N = 334
	GL = 3	P menor que 0.005		CONF. = 95	

$$\chi^2_t = 6.25$$

$$\chi^2_r = 58.60$$

Se rechaza la hipótesis de nulidad (HO), ya que chi cuadrada real (χ^2_r) es mayor a chi cuadrada teórica (χ^2_t), aceptando hipótesis alterna -- (HI); con P 0.005 y una confiabilidad de 95%.

CAPITULO XI.

CONCLUSIONES

Se ha mencionado al principio de este trabajo que los antimicrobianos se utilizan en forma anárquica, conllevando a serios efectos colaterales. Esta aseveración pretendió validarse mediante la investigación de campo, llegándose a las siguientes conclusiones:

1. Previo a la emisión de un diagnóstico, es importante determinar el tiempo de inicio del padecimiento, ya que al realizar este trabajo, se verificó que este dato se desconoce en un porcentaje elevado -- (26.95% en los casos de Rinofaringitis aguda y 32.93% en Amigdalitis aguda), ignorándose el motivo de esta omisión. Posiblemente una justificación se encuentre en el hecho de que no se encuentre consignado en el expediente clínico, sin embargo y por considerarse importante, el dato de referencia no debiera obviarse en una nota médica.
2. Se catalogó como cuadros agudos a pacientes con tiempo de evolución mayor de 15 días y hasta 30 días, lo que no es compatible con los padecimientos motivo de nuestro estudio.
3. Se realizó una evaluación del diagnóstico que se emitió, tomando en consideración evolución, cuadro clínico y hallazgos de la exploración física, para corroborar si éste era adecuado o no; aún cuando en la mayoría éste fue acertado, hubo un porcentaje mínimo en los que el diagnóstico no fue el correcto (18.5% del total de pacientes estudiados). Esta rutina no debiera ocurrir, puesto que estos padecimientos son muy frecuentes en la práctica diaria.
4. Finalmente, se valoró el manejo de los pacientes, comprobándose que éste no fue el correcto en una cifra por demás alarmante (77.25% para Rinofaringitis aguda y 85.63% para Admgdalitis aguda), tomando en consideración el diagnóstico emitido. En estos pacientes se utilizó inadecuadamente la Penicilina Procaínica; sin embargo, otro hecho digno de mención es el empleo de otros antibióticos en los que no se encontraba justificado su uso (no se encontraron datos clínicos ni de laboratorio que apoyaran su empleo). Los antimicrobianos que se emplearon fueron: Ampicilina, Eritromicina, Diclloxacilina y Trimetropin con Sulfametoxasol.

CAPITULO XII.

SUGERENCIAS

A) MEDICOS FAMILIARES

Dar difusión sobre los efectos colaterales, contraindicaciones o indicaciones de todos los antibióticos.

Favorecer la asistencia a cursos de actualización.

Favorecer el acceso a la bibliografía médica actualizada en los centros de trabajo.

Orientar al médico familiar para mejorar la relación médico-paciente.

B) PACIENTES

Orientar a los pacientes y a los familiares sobre las medidas preventivas para evitar infecciones del tracto respiratorio superior.

Orientar a los pacientes y a los familiares sobre medidas especfficas, para evitar la propagación y las complicaciones de las enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior.

1. Calderas JE. Aplicación Clínica de Antibióticos y Quimioterápicos. 3ra. ed. México: Francisco Méndez Cervantes, 1984: 11122.
2. Ediciones del Instituto Syntex. Relación Huésped Parásito: Situación de los Ochentas: Laboratorio Syntex, 1984.
3. Serafín F. Infecciones del Tracto Respiratorio Superior. En Kumate J. Gutiérrez G, Manual de Infectología. 6ta. ed. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1978 90-98.
4. Calderas JE. El Niño con Infección Respiratoria. En Rodríguez RS, - Nueva Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Pediátrico. 5ta. ed. México: Francisco Méndez Cervantes, 1983: 451-455.
5. Mckay RJ. Respiratory Infections. In Vaughan VC, Mckay RJ, Nelson - WE, Textbook of Pediatrics. 6th. ed. México: Salvat Mexicana Ediciones, S. A. de C.V., 10981: 1432-1450.
6. Cervera BJ. Otorrinolaringología Elemental. México: Francisco Méndez Cervantes, 1977: 141-220.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Infecciones del Arbol Respiratorio. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1981 (Guía para el Uso Práctico de Antimicrobianos. 2: Colección de Textos Médicos).
8. Valenzuela RH, López OJ, Infecciones de las Vías Respiratorias del Niño. En Valenzuela RH, Luengas BJ, Marquet SL, Manual de Pediatría 9na. ed. México: Interamericana, 1975:370 381.
9. Kimate J, Penicilinas. En Kimate J, Antibióticos y Quimioterápicos. 2a. ed. México: Francisco Méndez Cervantes, 1981: 83 115.
10. Calderón JE, Salas M, González N, Terapéutica Antimicrobiana en Pediatría. Rev. Fac. Med. Mex. 1979: 20(7): 415-8.
11. Kempe H, Hearing, Nose and Gullet. In Kempe H, Silver H, O'brien D, Diagnose and Treatment Pediatrics. 7th. ed. México Manual Moderno, 1980: 246-255.
12. Ramos GR. Infecciones Respiratorias Agudas. En Jasso GL, Muñoz HO, Ramos GR, Manual de Procedimientos Clínicos en Pediatría. 1ra. ed. México: Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1981: 113-115.
13. Paterson PY, Infections of Hig Respiratory Ways: General Considerations. In Youmans GP, Sommers HM, et al, Clinical Infectology. 2th. ed. México: Interamericana, 1982: 200-208.
14. Torroella OJ, Pediatría 1ra. ed. México: Francisco Méndez Cervantes, 1977: 283-284.

15. Mortiner EA. Coryza. In Gellis S, Kagan BM. Therapeutics Pediatrics. 6th ed. México: Salvat Editores, 1984: 132-133.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. Procedimiento para la Investigación Científica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1976 (Investigación Científica; Procedimientos y Normas).

FE DE ERRATAS

<u>DICE:</u>	<u>PAGINA:</u>	<u>DEBE DECIR:</u>
PREVENIR	HOJA INICIAL	PORVENIR
UTILIZAR	1	UTILIZA
PRESENTE	2	PRESENTA
EDINOFAGIA	7	ODINOFAGIA
MARINA	7	NARINA
HO: NO ESTA	10	ESTA
INFECCIONESE ^{SC.}	28	INFECCIONES
KIMATE	29	KUMATE