



UNAM

11226
7
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de
los Trabajadores del Estado**

UNIDAD ACADEMICA

HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE MERIDA YUCATAN

**INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE
VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES EN NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS REALIZADO EN EL CONSULTORIO 6-V DEL
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE MERIDA YUCATAN.**



ISSSTE

TRABAJO DE INVESTIGACION
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JEANINE WIGELMI / ARJONA TORRES

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL "MERIDA"

MERIDA, YUCATAN, MEXICO.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

**INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE
VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES EN NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS REALIZADO EN EL CONSULTORIO 6-V DEL
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE MÉRIDA YUCATÁN.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA**

DRA. JEANINE WIGELMI ARJONA TORRES

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.**

**DR. ARNULFO TRIGOYÉN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

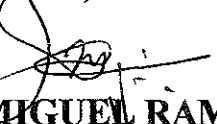
**INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE
VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES EN NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS REALIZADO EN EL CONSULTORIO 6-V DEL
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE MÉRIDA YUCATÁN.**


**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

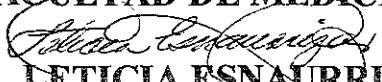
PRESENTA

DRA. JEANINE WIGELMI ARJONA TORRES


**DR. JACINTO MIGUEL RAMÍREZ BAHENA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
MÉRIDA, YUCATÁN.**


**DR. JACINTO MIGUEL RAMÍREZ BAHENA
ASESOR DE TESIS ISSSTE.**


**DRA. MARIA DEL CARMEN CARRANZA CERVANTES
ASESORA DE TESIS
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.**


**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
MÉDICA CONTINUA
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE**

MÉRIDA, YUCATÁN OCTUBRE DE 2000.

**I. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

22.ENE. 2001

V. o. B. o.

ÍNDICE

Marco Teórico	5
Planteamiento del problema	15
Justificación	16
Objetivos	17
Hipótesis	18
Metodología	
Tipo de Estudio	18
Población, Lugar y Tiempo	19
Tipo y tamaño de la muestra	20
Criterios de selección, inclusión, exclusión y eliminación	20
Variables	21
Resultados	
Resultados	22
Tablas y gráficas	24
Discusión	48
Sugerencias	50
Conclusiones	51
Bibliografía	52
Anexo	56

MARCO TEÓRICO

La faringitis es una enfermedad inflamatoria de las membranas y las estructuras subyacentes de la garganta ⁽¹⁾.

Las infecciones de vías respiratorias altas se presentan principalmente en el lactante y preescolar, su frecuencia se determina por particularidades anatómicas de la encrucijada rinofaríngea; rinofaríngea pequeña, relación estrecha de la rinofaringe con estructuras circunvecinas (senos para nasales, faringe, etc.) tejido linfoide abundante; por condiciones fisiológicas, deficiente ventilación funcional, principalmente en el lactante, el niño no sabe expectorar ni expulsar las secreciones de rinofaringe, las deglute o las vomita; por condiciones biológicas en la rinofaringe normal hay una flora microbiana muy variada, que en condiciones patológicas puede aumentar su desarrollo y virulencia y traer repercusiones locales y generales, muchas veces graves, debido principalmente a la inmunodeficiencia natural del niño pequeño ⁽²⁾.

Es más frecuente en lactantes y preescolares por las características anatómicas y fisiológicas mencionadas anteriormente, no hay predominio de sexo, como en todos los padecimientos infectocontagiosos, es más frecuente en casos de defecto inmunológico, en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor y en desnutridos. La presencia o ausencia de amígdalas no afecta la susceptibilidad, la frecuencia, el curso ni las complicaciones de la enfermedad ⁽³⁾.

La susceptibilidad a los agentes causantes es universal, pero por razones mal conocidas, varía en la misma persona de tiempo en tiempo. Aunque las infecciones se producen todo el año en el hemisferio norte hay pico de aparición en septiembre, aproximadamente en el inicio del curso escolar, a finales de enero y a finales de abril ⁽⁴⁾.

Son más frecuentes en regiones de climas variables y están favorecidas por el polvo, la contaminación ambiental, cambios bruscos de temperatura, como enfriamientos, exposición prolongada al calor o al frío, ingesta de nieve o bebidas heladas, falta de higiene y hacinamiento ⁽³⁾.

Diversos estudios avalan que las infecciones de vías respiratorias son la principal causa de morbimortalidad en los niños menores de cinco años. Un estudio realizado en 1995 reporta que la tasa de mortalidad IRA se encuentra en segundo lugar mundial. A nivel del área rural se reporta que los niños menores de dos años padecen de tres a seis episodios de IRA por año, correspondiendo dicha patología aproximadamente al 20% de consulta de primer nivel de atención ⁽¹⁾.

En el contexto de la transición epidemiológica, las infecciones respiratorias agudas han disminuido su importancia como causa de muerte en la población general, aunque todavía representan un problema importante de salud pública debido a la incapacidad, secuela y muerte que producen en los grupos etarios extremos de la vida.

Esta característica es compartida con países latinoamericanos en condiciones de desarrollo similares al de México ⁽⁵⁾.

Es importante evitar el contacto con los enfermos; la vía de entrada es la nariz por medio de las gotas de flügge y el polvo, el agente se instala y desarrolla en la mucosa de la misma, las características fisiopatológicas consisten en infiltrados inflamatorios y edema de la mucosa, congestión vascular, aumento de la secreción de moco y alteración de la estructura y función de los cilios ⁽⁴⁾.

Los agentes relacionados con las IRA son múltiples, pero se considera que predominan los virus hasta en el 95% de los cuadros en particular en los padecimientos que se localizan en las vías respiratorias superiores ⁽⁶⁾.

En el país se descubren con mayor frecuencia el virus Sincicial respiratorio, Adenovirus (Fiebre Faringoconjuntival) Rinovirus, Cocksackie, Echovirus, Citomegalovirus, Influenza, Parainfluenza B, Parainfluenza A, y entre la bacterias el Streptococcus Pyogenes, su frecuencia en niños es de 30% a 55% y en adultos de 10% a 20% siendo poco común después de 55 años. Tiene potencial capacidad de causar complicaciones graves no supurativas. Otros gérmenes: Streptococcus beta hemolítico no grupo A (grupo C y G),

Neisseria gonorrhoeae, Micoplasma neumoniae, Staphylococcus aureus, Streptococcus neumoniae y el Haemophilus influenzae no tipificable ⁽⁷⁾⁽²⁰⁾. El doctor Miguel A. Martínez encontró en un estudio realizado en el servicio de urgencias del hospital infantil de sonora que el diagnóstico más frecuente fue el de rinofaringitis. ⁽³¹⁾

Existen algunas diferencias cuando la etiología es viral o bacteriana, pero hay varios signos y síntomas que se presentan en ambas y por tal razón, en ocasiones es imposible distinguir clínicamente una forma de otra ⁽³⁾.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Catarro común (rinofaringitis): Sus manifestaciones clínicas son diversas, sin embargo casi siempre el comienzo es brusco, con rinórrea hialina, malestar general, lagrimeo conjuntival, y en ocasiones febrículas.

- Faringoamígdalitis viral: Los síntomas clásicos son, dolor de garganta, fiebre y molestias en la región anterior del cuello, y ocasionalmente, cefalea. No suelen tener tos intensa, rinoresaca ni ronquera. En niños menores de 3 años la faringoamígdalitis es menos evidente y suelen presentar disminución del apetito, irritabilidad, fiebre y antecedentes de contactos con otros niños en edad escolar. Los signos de la faringoamígdalitis son: eritema o tumefacción de la faringe posterior o de los pilares de las amígdalas, exudado faríngeo, adenopatías cervicales anteriores, grandes, y dolorosas petequias palatinas y fiebre. Puede aparecer el exantema característico de la escarlatina, de color rojo pálido y textura similar al papel de lija.
- En los niños, la mayor parte de las veces la faringoamígdalitis son enfermedades agudas con cuadros muy llamativos pero que se curan de manera espontánea ⁽¹⁾
- Faringoamígdalitis bacteriana: Los niños menores de 5 años tienen menos probabilidad de tener una faringoamígdalitis estreptocócica básicamente se presentan los mismos síntomas que en la viral a diferencia que en la bacteriana presentan exudado purulento fiebre más severa y mayor ataque al estado general.

Entre los pilares diagnósticos encontramos los siguientes:

- a) Clínica: No hace diagnóstico etiológico. La existencia de conjuntivitis, rinitis, laringitis, o bronquitis están en contra de la etiología estreptocócica.
- b) Paraclínica: Sirve para descartar o confirmar una causa bacteriana que requiera tratamiento antibiótico.

El hisopado faríngeo no se realiza en forma sistemática.

Existen pruebas rápidas que detectan antígenos de estreptococo grupo A directamente en el exudado. Estos test tienen muy buena especificidad (95%) pero su sensibilidad es variable, por lo que los resultados negativos deben confirmarse mediante cultivo. No está indicado realizar estudio de sensibilidad de *Streptococcus pyogenes* porque siempre es sensible a penicilina.

Ocasionalmente: hemograma, determinación de proteína C reactiva, transaminasas, AELO, reacción de Paúl Bunnell ⁽²⁰⁾.

Existe una prueba para diagnóstico de antiestreptolisin de laboratorios ABBOTS llamada: The clinical Laboratory Improvement

Amendments (CLIA) Es una prueba rápida y sencilla fue sacada al mercado en 1988. Esta prueba tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 95%, se elabora en 10 minutos y tiene un costo del 60% en comparación con otras pruebas ⁽²⁵⁾.

La faringoamígdalitis viral se presenta a cualquier edad, es de inicio gradual, hay fiebre de intensidad variable, malestar general, anorexia, dolor de garganta; son frecuente la tos seca, la disfonía, la rínorrea hialina y los vómitos: la inflamación de faringe y amígdalas puede ser ligera, pero en ocasiones es importante, pudiendo haber pequeñas úlceras en el paladar blando y en la pared posterior de la faringe: algunas veces hay puntillero blanquecino en las amígdalas, típico de etiología viral; en otras, exudado purulento indistinguible del que se presenta en la estreptocócica, también puede haber adenopatía cervical discreta. La duración del cuadro es variable; puede ser de 24 horas o de varios días; la persistencia del cuadro después de 5 a 7 días, independientemente del antimicrobiano que se use, es característico de etiología viral ⁽³⁾.

La faringoamígdalitis estreptocócica es rara en menores de 3 años, se caracteriza por inicio brusco con escalofrío, elevaciones térmicas de 39 a 40° C, cefalea, dolor faríngeo que se acentúa con la deglución, vómitos, halitosis y en ocasiones mialgias, artralgias, dolor abdominal y voz gutural. A la exploración física se encuentra faringe y amígdalas intensamente rojas, con o sin exudado purulento, edema de úvula y ganglios cervicales anteriores crecidos y dolorosos; la presencia de petequias en paladar blando y pilares anteriores, es características, aunque no exclusivas. Si se presenta la erupción típica de escarlatina, el diagnóstico es aún más sencillo. La rinitis, la tos traqueal y la disfonía casi nunca se presentan en la etiología bacteriana ⁽³⁾.

Entre las complicaciones frecuentes de las IRA encontramos a la Sinusitis aguda, estimándose el porcentaje entre 0.5 y 5.0% de las infecciones de vías aéreas superiores que se complican con Sinusitis, Flemón periamígdalino, otitis media, adenitis cervical, abscesos y flemones de cuello. Otra complicación puede ser la fiebre reumática aguda secundaria a la faringoamígdalitis estreptocócica, aunque el principal grupo de edad que interesa para detectar y tratar faringitis estreptocócica para prevenir fiebre reumática es de 5 a 15 años, es correcto ofrecer un tratamiento clínico similar a los niños menores, pues la fiebre reumática también ocurre en este grupo etareo ⁽⁹⁾⁽²⁰⁾.

Staphylococcus pyogenes puede causar complicaciones por mecanismos inmune.

El tratamiento apropiado de casos de infecciones de vías aéreas superiores es importante por las siguientes razones:

Aliviar el sufrimiento del menor.

Reducir las complicaciones.

Ayudar a la madre a cuidar a su hijo durante la enfermedad.

Reducir el uso indebido de antibióticos para las infecciones respiratorias (la mayoría de las infecciones respiratorias se deben a un cuadro viral y no se benefician con los antibióticos). Este es un objetivo importante de los programas para el control de la IRAS pues retrasa el desarrollo de las resistencias a los antibióticos y conservará recursos ⁽¹⁰⁾.

Las diferentes organizaciones de salud (O.M.S. y O.P.S.) han establecido pautas para el tratamiento de casos de IRA, estas pautas parten del supuesto de que existe una incidencia de faringitis bacteriana en niños que visitan las unidades de atención médica y que los factores de riesgo para la faringitis tal como la desnutrición y bajo peso al nacer son relativamente comunes, estas pautas establecen los siguientes:

- a) Uso de antibióticos en algunos niños sin una infección bacteriana grave, ya que la infección con un riesgo elevado de mortalidad es común y la reducción en las muertes se puede lograr con una terapia antibiótica económica.
- b) Desaniman el uso indebido de antibióticos en niños con infecciones respiratorias comunes, pero generalmente benignas como por ejemplo, catarro común, excreción nasal purulenta, faringitis.
- c) El empleo de antibióticos para las patologías antes mencionadas o para las fiebre sin ningún otro signo de infección grave, daría lugar a que se generalice su empleo sin obtener algún beneficio y con riesgo de efectos secundarios y mayor resistencia a los antibióticos. No se deberán usar para infecciones de vías aéreas superiores con objeto de evitar degeneren en neumonía bacteriana.
- d) Estas pautas están destinadas a los niños menores de 5 años de edad, el grupo beneficiario del programa IRA de la O.M.S. ⁽¹²⁾.

El objetivo principal del tratamiento es eliminar *Staphylococcus pyogenes* para acortar el período de enfermedad y evitar las complicaciones. El antibiótico de elección es la penicilina por vía oral o intramuscular. En casos de alergia la alternativa son los macrólidos, aunque eritromicina pueden tener mala tolerancia digestiva. La preferencia por los macrólidos tiene a favor la actividad de claritromicina y azitromicina contra *Staphylococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Corynebacterium spp* y flora anaerobia faríngea, a lo que se suma la comodidad de su administración oral. Está documentada la emergencia de

cepas *Staphylococcus pyogenes* resistentes a los macrólidos, que en nuestro medio es de 2 a 3%.

TRATAMIENTO:

- Antibiótico.- Penicilina, eritromicina, trimetóprima con sulfametoxazol, dicloxacilina, ampicilina, otro antibiótico utilizado.
- Antitérmico.-
- Antitusivo.-
- Antihistamínico.-
- Mucolítico.-

ANTIBIÓTICO:

Sustancia química producida por diferentes especies de microorganismos (bacterias, hongos o actinomisetos), que suprime el crecimiento de otros microorganismos y pueden eventualmente destruirlos. ⁽¹⁶⁾

PENICILINA:

Antibiótico bactericida betalactámico que destruye la pared celular de bacterias susceptibles no productoras de betalactamasa (enzima que destruye a la penicilina) vía de administración únicamente intramuscular, la dosis recomendada para niños menores de 5 años, 400,000 unidades cada 12 o 24 horas según severidad de cuadro. ⁽¹⁶⁾

AMPICILINA:

Se absorbe bien por vía oral, su dosis recomendada es de 25-100 miligramos por kilo día divididas en tomas cada 6 horas.

DICLOXACILINA:

Tiene gran efectividad contra *Staphylococcus pyogenes*

Su dosis recomendada es de 25-50 miligramos por kilo día divididas en tomas cada 6 horas. ⁽¹⁶⁾

ERITROMICINA:

Antibiótico bactericida o bacteriostático, dependiendo de la concentración del mismo y de la calidad del medio, pertenece al grupo de los macrólidos; es efectivo contra cocos grampositivos,

inhibiendo la síntesis protéica, uniéndose a subunidades ribosomales 50 de microorganismos sensibles.

Su dosis recomendada es de 30 a 50 miligramos por kilo día, divididas en tomas cada 6 horas vía oral. ⁽¹⁶⁾

TRIMETROPRIMA CON SULFAMETOXASOL:

La actividad antimicrobiana, resulta sobre los pasos de la vía enzimática para el ácido tetrahidrofólico.

Su dosis recomendada es de 8 miligramos por kilo día de trimetoprima con 40 miligramos kilo día de sulfametoxasol, administrado en dos tomas divididas cada 12 horas vía oral durante 10 días. ⁽¹⁶⁾

ANTITÉRMICO:

Droga que disminuye la temperatura corporal elevada, alivia el dolor y puede tener efecto antiinflamatorio en mayor o menor grado.

ANTITUSIVO:

Droga que puede afectar de modo directo o indirecto el mecanismo fisiológico de la tos (limpia las vías y secreciones excesivas) a consecuencia de la acción central o periférica en el sistema nervioso. ⁽¹⁶⁾

ANTIISTAMÍNICO:

Droga que suprime inhibe o bloquea los efectos de histamina. ⁽¹⁶⁾

MUCOLITICO:

Droga que tiene la capacidad de fluidificar el esputo y mejorar la expectoración.

El Dr. Miguel A. Martínez en estudio realizado en el servicio de urgencias del hospital infantil del estado de sonora encontró que los antimicrobianos fueron los medicamentos con más alta prescripción 76%, le siguieron en frecuencia los analgésicos y mucolíticos. De los antibióticos prescritos, la amoxicilina fue la más frecuentemente indicada con un 66.3%, en menor proporción se recetaron la penicilina procaínica con un 9.5%, la amoxicilina + clavulanato con un 6.3%, trimetoprima + sulfametoxasol con un 4.2% y la eritromicina con un 4.2% ⁽³¹⁾

Se han observado recurrencias y fallas en el tratamiento de faringitis estreptocócicas con penicilina, lo que se atribuye a varios factores:

No cumplimiento del tratamiento, mala absorción de la droga, persistencia del germen en la criptas amigdalinas, defectos inmunológicos, producción de beta-lactamasa por otras bacterias de la orofaringe (*Haemophilus influenzae*, *M. Catarrhalis*, bacterias anaerobias), que inactivan a la penicilina. En esta última situación resultan eficaces: amoxicilina/clavulanato, cefuroxime-axetil o clindamicina. Hay autores que ponen en duda la importancia de las bacterias productoras de betalactamasa en el fracaso del tratamiento de las faringitis ^{(21) (22) (23)}.

A continuación se mencionarán los lineamientos para el manejo de las infecciones respiratorias agudas, según la O.M.S. y bibliografía especializada ^{(12) (13) (14) (15)}.

La mayor parte de las faringitis no requieren tratamientos etiológico porque son de origen viral y no hay antivirales efectivos.

Rinofaringitis o catarro común: Debe ser en el hogar, no se deberá dar terapia con antibióticos, incluso para la carga nasal purulenta, fiebre o hipertermia de faringe.

Para la fiebre alta o dolor, se administrará paracetamol, limpieza de la nariz, si la misma presenta bloqueo con mucosidad o interfiere con la alimentación, evitar el uso de antihistamínicos orales, abundantes líquidos por vía oral ⁽¹⁹⁾.

Faringoamígdalitis viral: Es exclusivamente sintomático, ingesta de abundantes líquidos, reposo, analgésicos o antitérmicos ^{(13) (14)}.

Faringoamígdalitis bacteriana: Dependiendo de la etiología, pero en general, penicilina procaínica 400,000 unidades intramuscular durante 3 a 5 días, seguida de una inyección de penicilina benzatínica de 600,000 unidades intramuscular en el paciente menor de 6 años o con un peso menor de 25 kilos. En niños mayores de 6 años o con peso superior a 25 kilos, el tratamiento recomendado es penicilina procaínica de 800,000 unidades intramuscular durante 3 a 5 días, siguiendo una inyección de penicilina benzatínica de 1'200,000 unidades intramuscular.

También se utilizará la penicilina de tipo ampicilina de 50 a 100 miligramos/kilos de peso por día ^{(14) (15) (16)}.

En el tratamiento del aparato respiratorio destacan los gargarismos, nebulizaciones vaporizaciones y aerosoles sónicos. Consisten en romper la molécula del agua termal para poder acceder a las vías respiratorias profundas y así tratar las dolencias o prevenirlas. Son eficaces en procesos catarrales, bronquitis, Sinusitis, etc.

Las técnicas de tratamiento en procesos de las vías respiratorias se basa en la utilización de técnicas que intentan en poner en contacto el agua mineral medicinal con la mucosa del árbol respiratorio. Para ello se dispone de distintos aparatos que fraccionan el agua en partículas de distintos tamaños para intentar llegar a todas las vías respiratorias.

Puede existir una primera fase en la cual se acentuó la sintomatología local, para pasar a una siguiente fase de franca mejoría de la sintomatología clínica consiguiendo unos efectos antisépticos, anticatarrales y antiinflamatorios que en la mayor parte de los casos tienen una duración prolongada. ^{(22) (24)}

NEBULIZACION COLECTIVA: Indicado en Rinitis, Faringitis, Bronquitis, Asma

TÉCNICA DE APLICACIÓN: Es una sala cerrada en la que existe una atmósfera húmeda, llena de niebla obtenida mediante la fragmentación del agua golpeada a presión sobre una campana, consiguiéndose un ambiente lleno de pequeñas partículas de agua. La temperatura de esta sala nunca sobrepasa los 25° C. La duración es entre 15 y 20 minutos. ^{(22) (24)}

NEBULIZACION NASO FARINGEA: Indicado en Rinitis, Faringitis, Bronquitis crónica.

TÉCNICA DE APLICACIÓN: Consiste en la proyección de agua pulverizada a presión sobre la mucosa faríngea. Se utiliza una temperatura de 37° C – 38° C, Consiguiendo un efecto de limpieza y de estímulo local. La duración en entre 5 y 10 minutos.

PULVERIZACIÓN FARINGEA: Indicado en Faringitis crónicas, fundamentalmente las formas atróficas.

TÉCNICA DE APLICACIÓN: Con estos aerosoles se consigue la fragmentación del agua en partículas muy pequeñas, de 3 a 5 micras. Esta ruptura del agua se realiza mediante aire comprimido y a la vez se somete a las partículas a vibraciones en intervalos regulares por medio de ondas sonoras a una frecuencia de 100 hercios, aumentando su velocidad y capacidad de penetración. La duración es de 5 a 10 minutos. ^{(22) (24)}

VAPORIZACIONES: Indicado en Rinofaringitis, Sinusitis, procesos catarrales en fase subaguda, procesos bronquiales.

TÉCNICA DE APLICACIÓN: Consiste en la inhalación de un chorro de vapor de agua termal caliente, refrigerado con agua a 37° C, con lo que

se consigue depositar partículas de agua a nivel de la mucosa nasal, faríngea y bronquial. La duración es de 10 minutos.^{(22) (24)}

Moshe Nussinovitch y colaboradores, describieron un estudio prospectivo de 420 niños entre 3 meses y 5 años de edad, se les realizó cultivo de *Streptococcus* beta hemolítico, encontrándose que el 14.7 % de estos pacientes (61 pacientes) fueron positivos a *Streptococcus* beta hemolítico, a 5 niños no se les dio seguimiento. 33 de ellos tuvieron elevación de antiestreptolisin en sangre, la incidencia de infección verdadera y estado de portador se incrementó con la edad, pero también se encontraron con cuadros de faringitis estreptocócica en menores de un año.⁽²⁶⁾

Itzhac Brook y colaborador realizaron un estudio en el cual demostraron que tanto los cepillos de dientes como los aparatos ortodóncicos removibles son portadores de *Streptococcus* beta hemolítico, encontraron que entre un 17% y 19% de pacientes ya tratados con penicilina procaínica eran portadores de *Streptococcus* beta hemolítico.⁽²⁷⁾

Pichichero ME y colaboradores realizaron una recopilación de niños en la práctica privada de estados unidos para comprobar la incidencia de *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A. Se comprobó que el 2.5% de niños aparentemente sanos presentaban *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A. En niños con faringitis presumiblemente viral se encontró que el 4.4% eran portadores de *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A. En niños con infección respiratoria aguda se encontró que el 6.9% eran portadores de *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A.

Después de 10 días de tratamiento por faringoamígdalitis el 11.3% tratados con penicilina oral persistían con *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A. El 4.3% tratados con cefalosporina durante 10 días presentaron persistencia de *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A. El 7.1% tratado por 10 días con algún macrólido aun era portadores de *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A.⁽²⁸⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las faringitis tienen elevada frecuencia, de acuerdo a los resultados de la encuesta nacional de salud (E.N.S.), se estima que en México ocurren aproximadamente 280 millones de episodios de I.R.A. al año, de los cuales se sabe que la incidencia en menores de un año es de cinco episodios de I.R.A. al año, son fácilmente identificadas y manejadas por el médico, incluso por la población en general, sin embargo frecuentemente son tratadas en forma erróneas pues se abusa de diversos medicamentos, sobre todo los antibióticos debido a que:⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

a) Es imposible establecer el diagnóstico etiológico en la inmensa mayoría de los casos. ⁽³⁾

b) El desconocimiento de los efectos indeseables de los antimicrobianos en la población general, como automedicación.⁽¹²⁾

c) El temor por la creencia por parte del médico de que se compliquen por el uso tardío de aquellos. ⁽¹²⁾

d) La venta indiscriminada de antibióticos y sintomáticos sin receta a la población en general. ⁽¹³⁾

De esta manera, si se conoce cual es el comportamiento y manejo de las infecciones respiratorias agudas en el consultorio N° 6 del Hospital Regional ISSSTE de Mérida, Yucatán , se pueden establecer pautas de manejo adecuado a las recomendadas por la OMS para abatir la morbilidad por Faringitis, en base a lo anteriormente dicho se puede plantear la siguiente pregunta.

¿Cual es la incidencia de las infecciones respiratorias altas y el tratamiento utilizado actualmente en las infecciones respiratorias altas en niños menores de 5 años en la población pediátrica en el consultorio N° 6 - V del Hospital Regional ISSSTE de Mérida, Yucatán?

JUSTIFICACION

MAGNITUD:

Se reporta que el continente Americano alberga alrededor de 713 millones de habitantes de los cuales el 11% son menores de 5 años de edad. ⁽¹⁷⁾ Por eso la salud infantil representa una prioridad enunciada por los gobiernos, para la ejecución de acciones destinadas para reducir el sufrimiento humano expresado a través de la morbimortalidad infantil. Uno de los principales problemas de salud que afectan a la edad pediátrica principalmente en niños menores de 5 años son las infecciones respiratorias agudas (I.R.A.), el mayor porcentaje (68.9%) x 100,000 habitantes corresponde a países en vías de desarrollo, entre ellos México. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Se ha considerado que para tener un impacto en la disminución de la morbilidad de las I.R.A.S., es esencial el adecuado manejo de estas a través de una identificación temprana de los niños con cuadros infecciosos respiratorios y consecuente manejo terapéutico.

Organizaciones como la O.M.S. han establecido lineamientos para un adecuado manejo de las faringitis, por lo que este estudio esta enfocado para valorar si se están cumpliendo estas pautas.

TRASCENDENCIA:

Así mismo, las I.R.A.S. ocupan el primer lugar en cuanto a patologías que se atienden a nivel de la consulta externa. Por lo que considero pertinente realizar el presente trabajo que tiene como finalidad conocer el tratamiento y la incidencia de esta patología en niños menores de 5 años del consultorio No. 6-V de medicina familiar del hospital regional ISSSTE en Mérida Yucatán.

Así como tener una base para estudios futuros que son necesarios para un mejor tratamiento de esta patología.

FACTIBILIDAD:

Para responder al problema planteado se requiere de un estudio descriptivo enfocado a la revisión de expedientes clínicos y no requiere de estudios de laboratorio y gabinete ni de situaciones que pudieran poner en peligro la vida del paciente, por lo que consideramos que es factible su realización.

OBJETIVOS

GENERAL.

Determinar la incidencia y el tratamiento establecido en faringitis en una población menor de 5 años en el consultorio N° 6 - V del Hospital Regional ISSSTE en Mérida, Yucatán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Manifiestar el número de casos reportados por grupo de edad.
- 2.- Cuantificar la incidencia de infección respiratoria aguda en la población menor de 5 años del consultorio No. 6 – V .
- 3.- Señalar la edad del grupo estudiado.
- 4.- Determinar el sexo del grupo estudiado.
- 5.- Especificar el uso de antibiótico utilizado.
- 6.- Mencionar el porcentaje de medicamentos utilizados en faringoamígdalitis viral.
- 7.- Estudiar el tratamiento adecuado e inadecuado del grupo estudiado en faringoamígdalitis viral.
- 8.- Indicar el porcentaje de medicamentos utilizados en faringoamígdalitis bacteriana.
- 9.- Determinar el tratamiento adecuado e inadecuado del grupo estudiado en faringoamígdalitis bacteriana.
- 10.- Investigar el porcentaje de medicamentos utilizados en catarro común.
- 11.- Corroborar el tratamiento adecuado e inadecuado del grupo estudiado en catarro común.

HIPOTESIS

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo no requiere hipótesis.

METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO.

Este estudio es de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, y transversal.

OBSERVACIONAL.- Se hace a partir de la observación de los fenómenos que se presentan en el ejercicio diario.

PROSPECTIVO.- Porque se iniciara a partir de una fecha establecida por el investigador.

DESCRIPTIVO.- Se redactara la presencia del fenómeno en los términos que se establezcan.

TRANSVERSAL.- Se establecerá una fecha en que se dará por terminada la observación del fenómeno a estudiar.

HIPOTESIS

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo no requiere hipótesis.

METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO.

Este estudio es de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, y transversal.

OBSERVACIONAL.- Se hace a partir de la observación de los fenómenos que se presentan en el ejercicio diario.

PROSPECTIVO.- Porque se iniciara a partir de una fecha establecida por el investigador.

DESCRIPTIVO.- Se redactara la presencia del fenómeno en los términos que se establezcan.

TRANSVERSAL.- Se establecerá una fecha en que se dará por terminada la observación del fenómeno a estudiar.

B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

En base a la pirámide poblacional del consultorio No. 6-V de medicina familiar del Hospital Regional ISSSTE en Mérida, Yucatán. Se encuentran 1929 derechohabientes de los cuales 78 son menores de 5 años, 42 del sexo masculino y 36 del sexo femenino (gráfica de pirámide poblacional, figura No. 1).

FIGURA No. 1

PIRÁMIDE POBLACIONAL

HOMBRES	EDAD	MUJERES
42	0-4	36
73	5-9	74
97	10-14	119
97	15-19	114
50	20-24	52
17	25-29	39
14	30-34	42
39	35-39	104
69	40-44	172
69	45-49	90
51	50-54	86
45	55-59	80
49	60-64	54
6	65-69	30
7	70-74	17
12	75-79	35
17	+ 80	31
754		1175

La muestra fue de 58 pacientes en el período comprendido del 1° de marzo al 30 de noviembre de 1998, que acudieron a la consulta y que presentaron infección de vías respiratorias altas.

C) TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Niños menores de 5 años de ambos sexos tomados del consultorio No. 6 de medicina familiar y que tuvieran diagnóstico de infección de vías respiratorias altas (la muestra fue de 58 pacientes).

D) CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Pacientes que acudieron a consulta de marzo a noviembre de 1998.

1) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- a) EDAD: menores de 5 años, clasificados por grupos de edad.
- b) SEXO: masculino, femenino
- c) POBLACIÓN ADSCRITA: al consultorio N° 6 del Hospital Regional ISSSTE Mérida y que presento infección de vías respiratorias altas.

2) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- a) EDAD: Mayores de 5 años
- b) MENORES: De 5 años con otro diagnóstico diferente.
- c) DIAGNOSTICO: Que el cuadro respiratorio sea de origen alérgico o inmunológico.
Pacientes que acudieron a consulta y no presentaron infección de vías respiratorias altas.

3) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- a) Derechohabientes de otros consultorios de medicina familiar
- b) Letra Ilegible en nota medica.

4) VARIABLES A ESTUDIAR

a) EDAD: Menores de 5 años clasificados por grupos de edad

- de 0 a 11 meses
- de 12 a 23 meses
- de 2 a 5 años.

b) SEXO:

- Masculino
- Femenino

c) EVOLUCIÓN:

- CURACIÓN: Retorno de la salud del paciente en un período no mayor de 2 semanas.
- CRONICIDAD: Continuidad de la enfermedad del paciente por más de 2 semanas.

RESULTADOS:

El total de la población infantil menor de 5 años fue de 78 niños de los cuales 36 correspondieron al sexo femenino (46.15%) y 42 niños del sexo masculino (53.84%).

De dicha población se encontró que 20 niños (25.64%) acudieron a consultar por algún padecimiento no relacionado con infección respiratoria aguda (I.R.A.) estos niños se encuentran representados en el cuadro No. 1. 58 niños acudieron a consulta por infección respiratoria aguda (I.R.A.)(74.36%).

Se revisaron 58 expedientes correspondientes a igual número de pacientes menores de 5 años de marzo a noviembre de 1998. Estos niños se representan en la figura No. 2, cuadro No. 2 , No. 3.

Los niños que acudieron a consulta por I.R.A presentaron de 1 a 4 episodios siendo en total 97 episodios de los cuales 52 episodios correspondieron al sexo masculino (53.60%) y 45 al sexo femenino (46.39%). Como puede observarse del total de 30 niñas presentaron 45 episodios y de 28 niños con 52 episodios, esto significa que los niños presentaron más episodios que las niñas (cuadro No. 4, figura 3, 4 y 5).⁽¹²⁾

De los 97 episodios de I.R.A.S, encontramos con mayor frecuencia las siguientes: faringoamígdalitis viral con 31 episodios, faringoamígdalitis bacteriana con 38 episodios, catarro común con 27 episodios y laringitis con un caso solamente. (cuadro No. 5, figura No.7, figura No. 8). El primer lugar fue ocupado por la faringoamígdalitis bacteriana como puede apreciarse es poco frecuente en menores de 3 años lo cual concuerda con lo descrito por varios autores.^(13, 14, 15)

Como puede apreciarse en el cuadro No. 5 en el grupo de 0-11 meses la I.R.A. predominante fue el catarro común, quedando en segundo lugar la faringoamígdalitis viral y bacteriana, ninguno de estos pequeños presentó laringitis.

En la población de 12 a 23 meses el primer lugar lo ocupó el catarro común y la faringoamígdalitis viral, quedando en segundo lugar la faringoamígdalitis bacteriana, no presentaron ningunos de ellos cuadro de laringitis (cuadro No. 5).

En la población mayor de 2 a 5 años la I.R.A. que ocupó el primer lugar fue la faringoamígdalitis bacteriana, en segundo lugar la faringoamígdalitis viral, en el tercer lugar el catarro común y en cuarto lugar la laringitis (cuadro No. 5).⁽¹³⁾

En las figuras 8 y 9 se puede apreciar que el grupo de edad de 2 a 5 años fue el predominante para desarrollar alguna I.R.A.

En la figura No. 10 apreciamos el porcentaje de medicamentos utilizados en la faringoamígdalitis viral, se utilizó en un 58.2 % antibióticos siendo éste un manejo inadecuado, ya que la literatura indica usar sintomáticos y medidas generales ^(13, 14).

Como se aprecia en la figura No. 11 en la faringoamígdalitis viral, el empleo de antibióticos es alto (58.6%), siendo de estos los más frecuentes la ampicilina con un 86%, eritromicina con un 10%, y trimetoprima con sulfametoxazol en un 4%, otros medicamentos usados en orden de frecuencia fueron antitérmicos, antitusivos, mucosolíticos y antihistamínicos. El porcentaje de tratamiento adecuado es de 41.9%, lo cual se aprecia en la figura No.12, esto va en desacuerdo con varios autores, quienes señalan que el tratamiento de esta I.R.A. es exclusivamente sintomático. ^(12 y 13)

Del grupo de 0 a 11 meses 5 niños no recibieron antibiótico, del grupo de 12 a 23 meses 6 pacientes no recibieron antibiótico y del grupo de 2 a 5 años se encontró mayor índice de administración de antibiótico (15 pacientes). Esto va en desacuerdo con lo descrito por varios autores.

En la faringoamígdalitis bacteriana el 96.6% de estos casos fue tratado con antibióticos, los más utilizados fueron: en primer lugar la ampicilina con 57%, seguida por el trimetoprima con sulfametoxazol con un 20%, eritromicina con un 10%, penicilina con un 10% y por último dicloxacilina con un 3%, se aprecia que el uso reducido de la penicilina procaínica esta en desacuerdo con la literatura ya que dicho antibiótico debería de ser utilizado en primer lugar en esta I.R.A. ⁽³⁾ (figura No. 14,15).

En las figuras 16 y 17 observamos el tratamiento adecuado e inadecuado de la faringoamígdalitis bacteriana.

En la figura 18 se observa que se manejó en forma sintomática el catarro común ya que no se administró antibióticos en un 96.2% correspondiendo a 26 pacientes de los 27 encontrados en esta I.R.A. Lo cual va de acuerdo con la literatura en manejarse en forma sintomática.

En la figura 19 y 20 se representa el tratamiento adecuado e inadecuado del catarro común.

En la figura 21 se puede observar el porcentaje adecuado del total de tratamientos otorgados adecuadamente (79.38%) ya que de 97 episodios 77 fueron tratados en forma adecuada y solo 20 casos fueron tratados de forma inadecuada.

En la figura No. 22 se observa que el 92.78% correspondiente a 90 casos, remitieron en menos de 15 días. ⁽³⁾

TABLAS Y GRAFICAS

CUADRO No. 1
NIÑOS QUE ACUDIERON A CONSULTA POR OTRO
PADECIMIENTO

SEXO	GRUPOS DE EDAD			TOTAL
	0-11 MESES	12-23 MESES	2 A 5 AÑOS	
Masculino	0	4	10	14
				33.33%
Femenino	0	0	6	6
				16.6%
Total	0	4	16	20

Cuadro No. 1 porcentaje de niños que acudieron a consulta con diagnóstico diferente de infección respiratoria aguda de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: hoja de recolección de datos

FIGURA No. 2

PRESENTACIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LAS I.R.A.S.

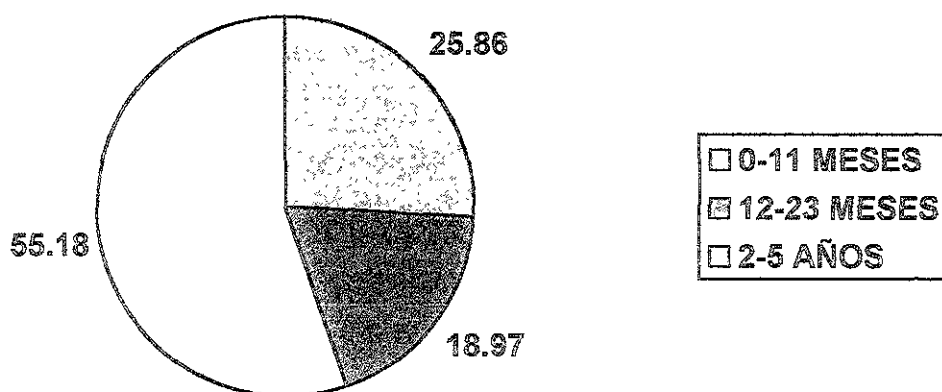


Figura No. 2 Presentación por grupos de edad de infección respiratoria aguda superior de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de consulta.

REPRESENTACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LOS
SIGUIENTES CUADROS No. 2 Y 3.

CUADRO NO. 2
NIÑOS QUE ACUDIERON A CONSULTA POR I.R.A.

SEXO	0-11 MESES	12-23 MESES	2 A 5 AÑOS	TOTAL
Masculino	9	3	16	28
Femenino	6	8	16	30
Total	15	11	32	58

Por número de niños

Fuente: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 3

SEXO	0-11 MESES	12-23 MESES	2 A 5 AÑOS	TOTAL
Masculino	15.51	5.17	27.58	48.26
Femenino	10.34	13.79	27.58	51.74
Total	25.85	18.96	55.16	100%

Porcentaje

Cuadro No. 2 y 3 Representación por grupos de edad y sexo de niños que acudieron a consulta por infección respiratoria aguda de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 4

NIÑOS QUE ACUDIERON A CONSULTA CON I.R.A.
PRESENTANDO DE 1 A 4 EPISODIOS POR GRUPO DE EDAD.

# EPISODIO	1-11 MESES	12-23 MESES	2 A 5 AÑOS	TOTAL
1	7	3	21	31
2	6	5	7	18
3	1	2	3	6
4	1	1	1	3
Total	15	11	32	58

Cuadro No. 4 Niños que acudieron a consulta por infección respiratoria aguda presentando de 1 a 4 episodios por grupo de edad de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hojas de recolección de datos.

FIGURA No. 3

PORCENTAJE DE EPISODIOS DE I.R.A. POR GRUPO DE EDAD

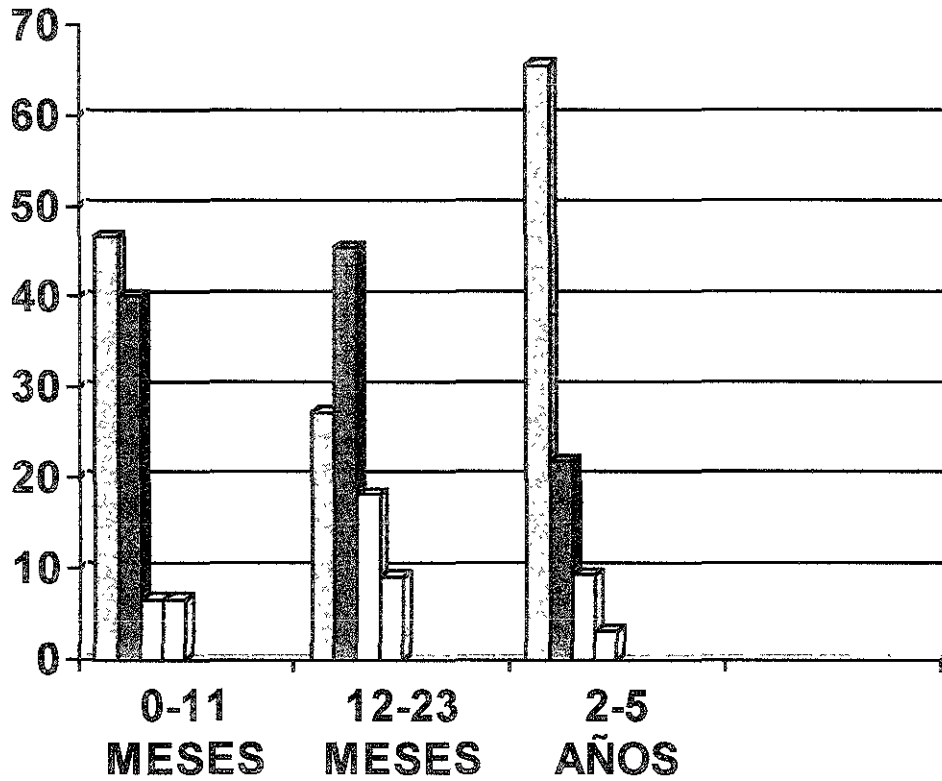


Figura No. 3 Porcentaje de episodios de infección respiratoria aguda por grupo de edad de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hojas de recolección de datos.

FIGURA No. 4

PORCENTAJE DEL TOTAL DE CADA EPISODIO DE I.R.A.

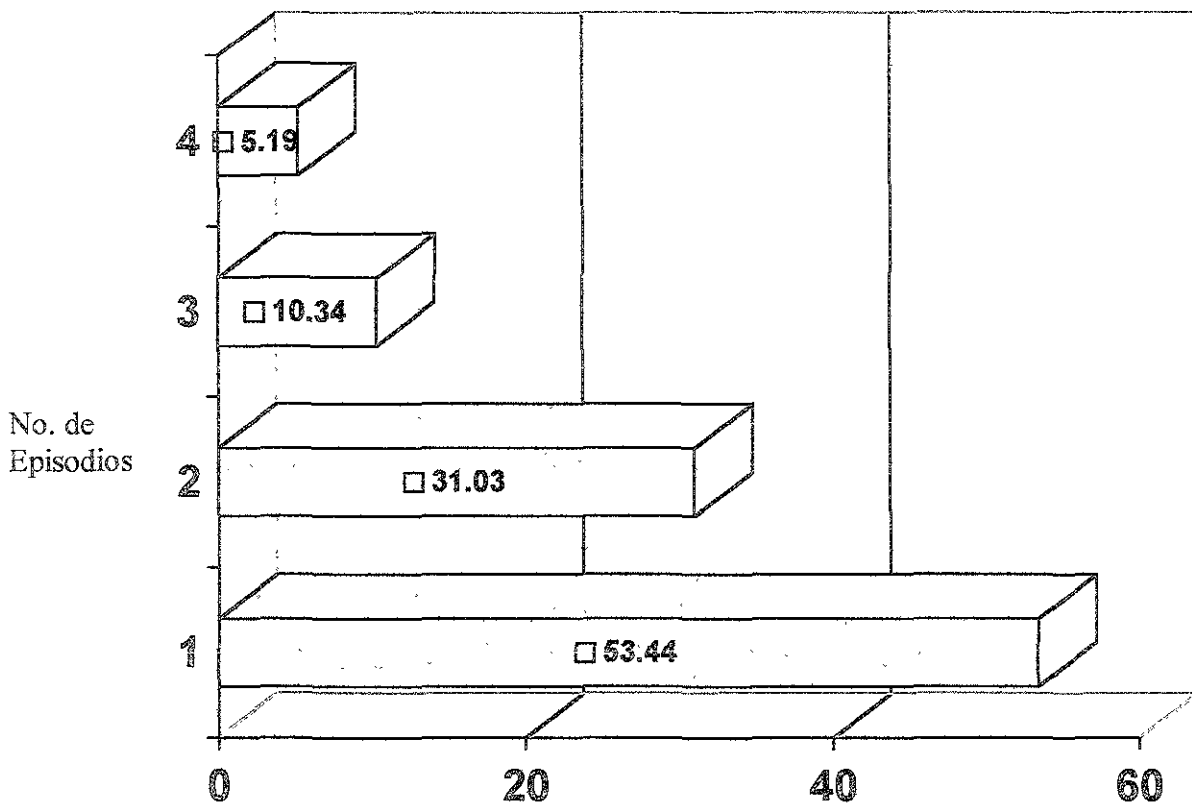


figura No. 4 Porcentaje del total de cada episodio de infección respiratoria aguda de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hojas de recolección de datos.

FIGURA No. 5
 PORCENTAJE POR GRUPOS DE EDAD QUE PRESENTARON DE 1
 A 4 EPISODIOS DE I.R.A.

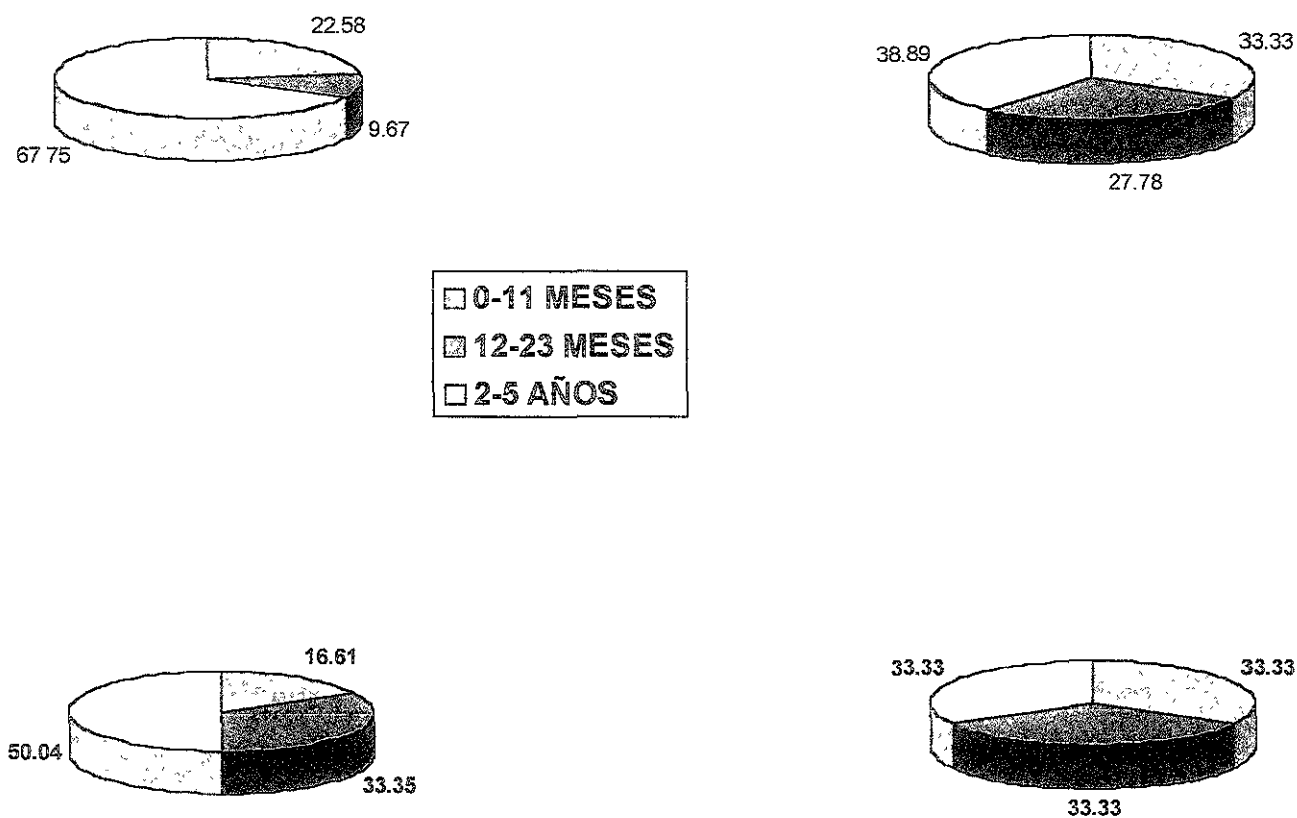


Figura No. 5 Porcentaje por grupos de edad que presentaron de 1 a 4 episodios de infección respiratoria aguda de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hojas de recolección de datos.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCIÓN DE I.R.A.S. POR GRUPO DE EDAD.

GRUPO DE EDAD	0-11 MESES	12-23 MESES	2 A 5 AÑOS	TOTAL
Faringoamígdalitis viral	6	8	17	31
Faringoamígdalitis bacteriana	6	6	26	38
Catarro común	8	8	11	27
Laringitis	0	0	1	1
TOTAL	20	22	55	97

Cuadro No. 5 Distribución de infección respiratoria aguda superior por grupos de edad de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 7

PORCENTAJE DE CASOS DE I.R.A.S POR GRUPO DE EDAD

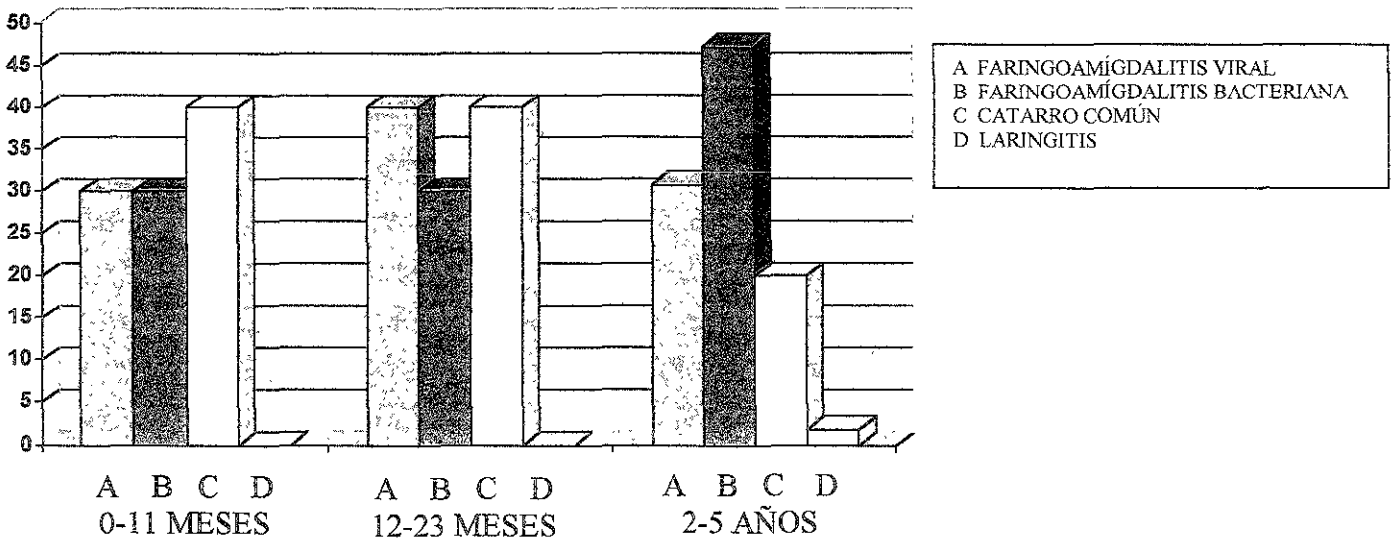


Figura No. 7 Porcentaje de casos de infección respiratoria aguda superior por grupos de edad de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 8

PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DEL TOTAL DE I.R.A.S

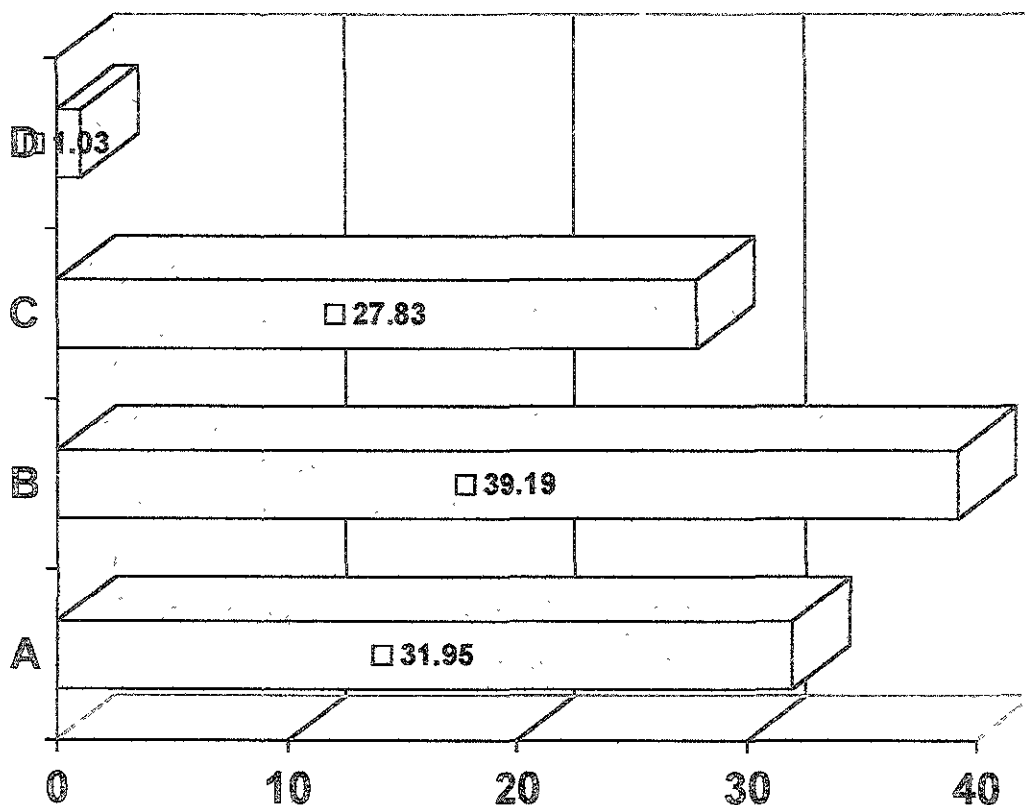
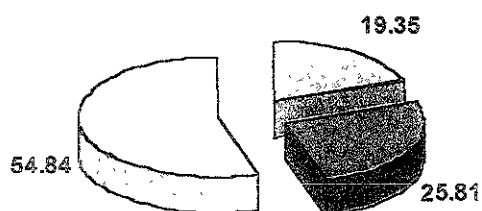


Figura No. 8 Porcentaje de presentación del total de infección respiratoria aguda superior de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

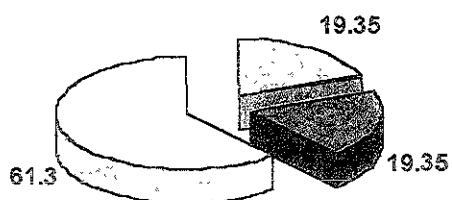
Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 9

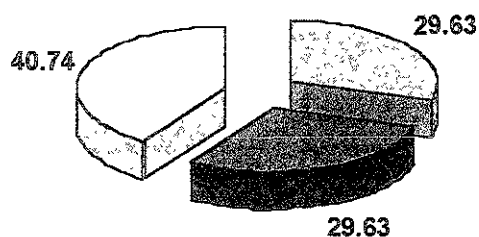
PORCENTAJE DEL GRUPO DE EDAD QUE REPRESENTA CADA I.R.A



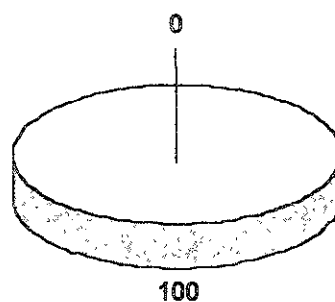
FARINGOAMIGDALITIS VIRAL



FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA



CATARRO COMÚN



LARINGITIS

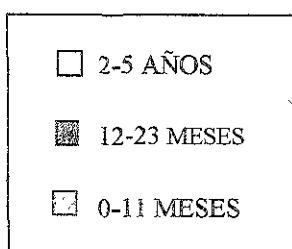


Figura No. 9 Porcentaje del grupo de edad que representa cada infección respiratoria aguda de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 10

PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA FARINGOAMIGDALITIS VIRAL

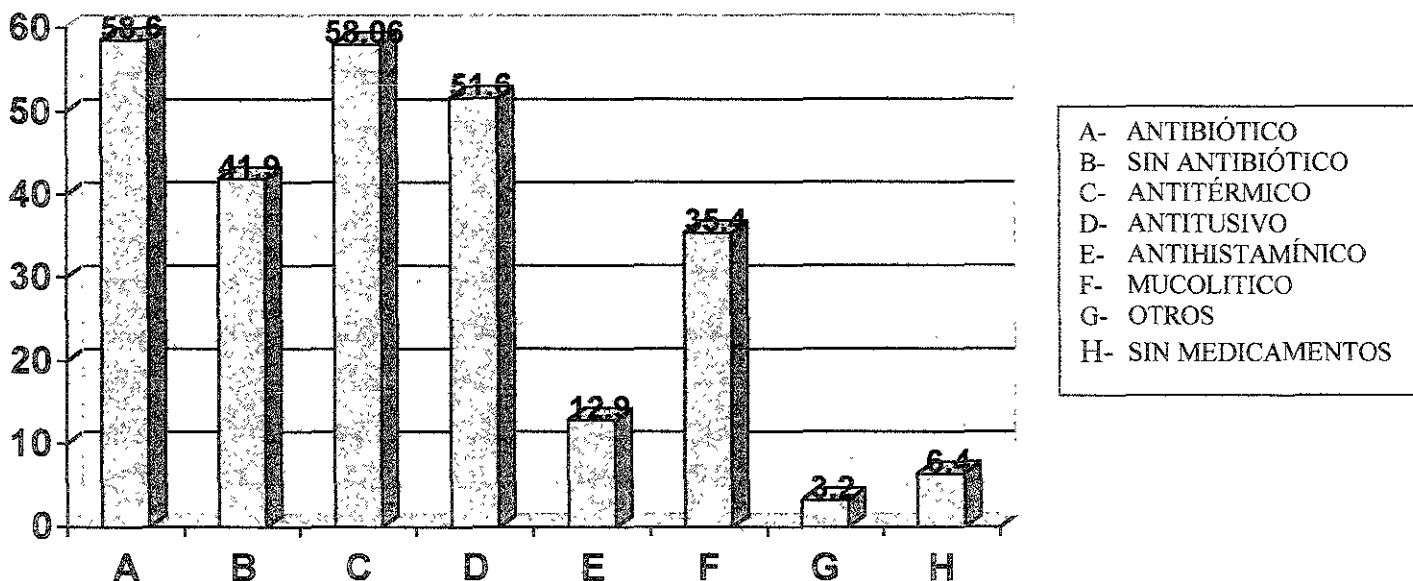


Figura No. 10 Porcentaje de medicamentos utilizados en la faringoamígdalitis viral de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 11

PORCENTAJES DE ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS EN LA FARINGOAMIGDALITIS VIRAL

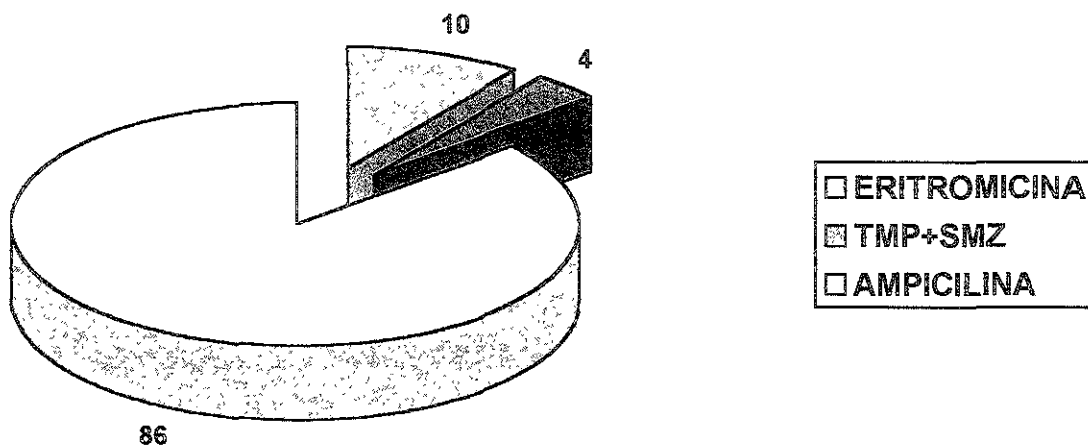


Figura No. 11 Porcentajes de antibióticos utilizados en la faringoamígdalitis viral de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 12

PORCENTAJE DEL TRATAMIENTO ADECUADO E INADECUADO POR GRUPOS DE EDAD EN LA FARINGOAMIGADALITIS VIRAL

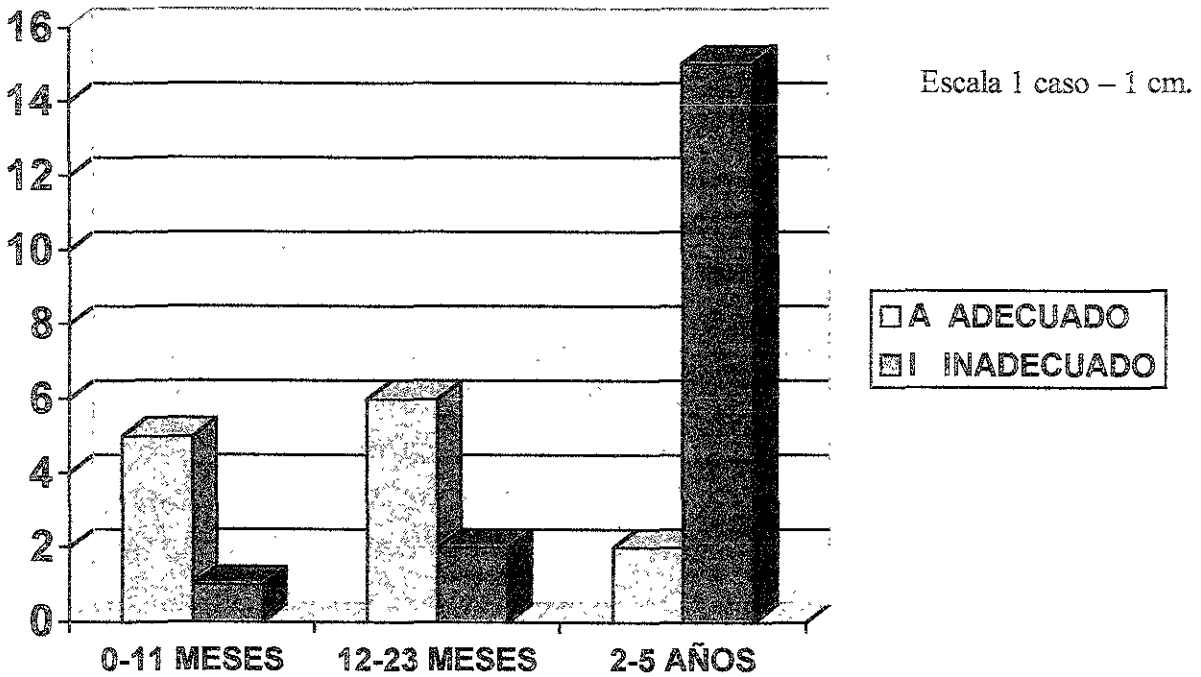


Figura No. 12 Porcentaje del tratamiento adecuado e inadecuado por grupos de edad en la faringoamígdalitis viral de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 13

TOTAL DE TRATAMIENTO ADECUADO E INADECUADO EN LA FARINGOAMÍGDALITIS VIRAL

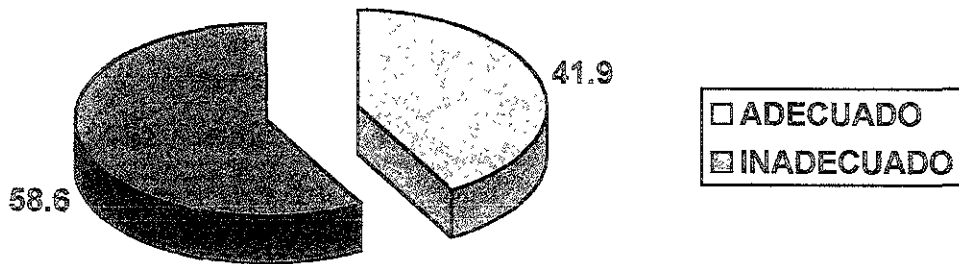


Figura No. 13 Total de tratamiento adecuado e inadecuado de la faringoamígdalitis viral de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 14

PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA FARINGOAMÍGDALITIS BACTERIANA

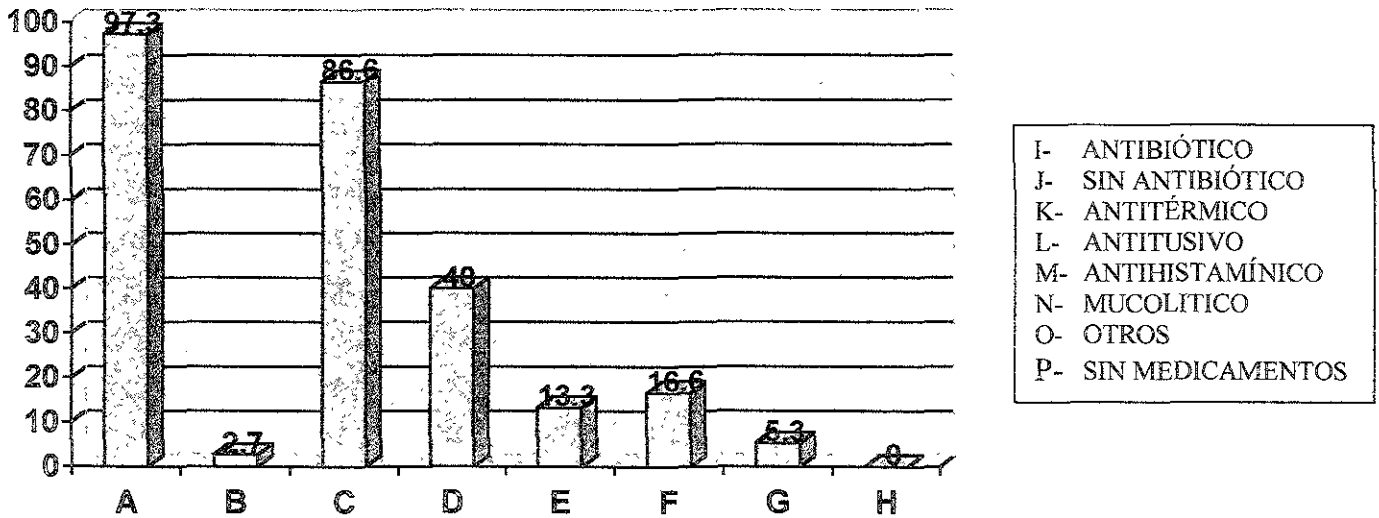


Figura No. 14 Porcentaje de medicamentos utilizados en la faringoamígdalitis bacteriana de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 15

PORCENTAJES DE ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS EN LA FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA

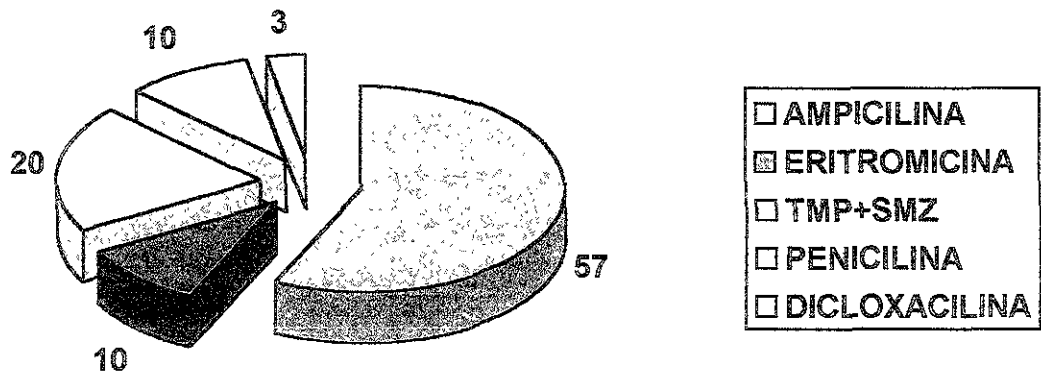


Figura No. 15 Porcentajes de antibióticos utilizados en la faringoamígdalitis bacteriana de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 16

PORCENTAJE DEL TRATAMIENTO ADECUADO E INADECUADO
POR GRUPOS DE EDAD EN LA FARINGOAMIGDALITIS
BACTERIANA

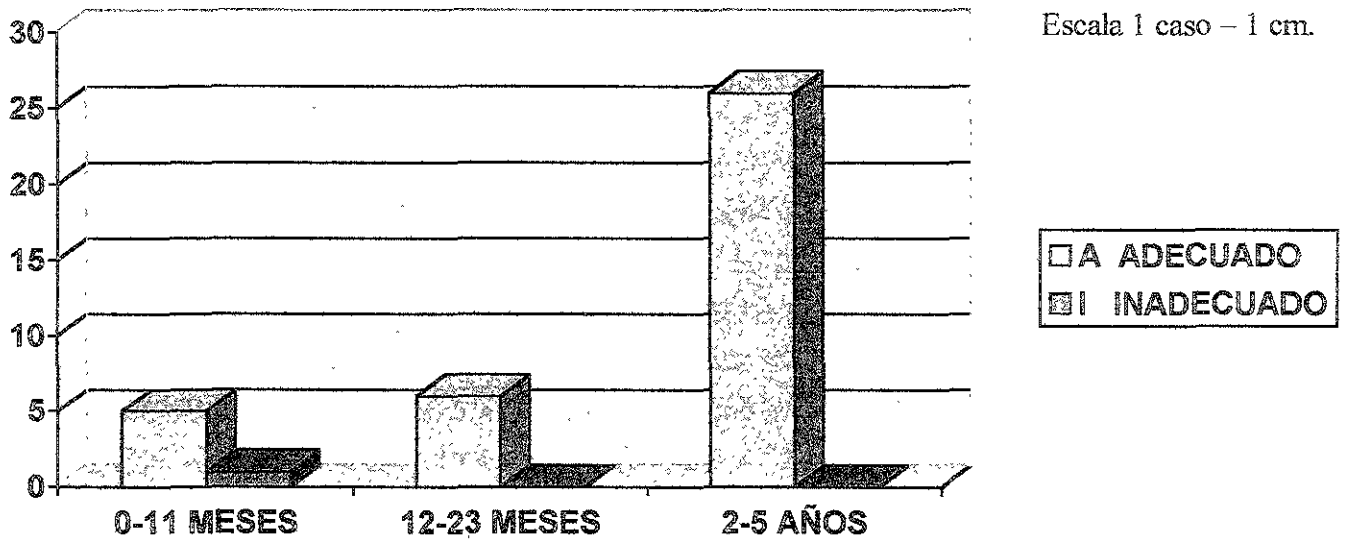


Figura No. 16 Porcentaje del tratamiento adecuado e inadecuado por grupos de edad en la faringoamígdalitis bacteriana de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 17

TOTAL DEL TRATAMIENTO ADECUADO E INADECUADO

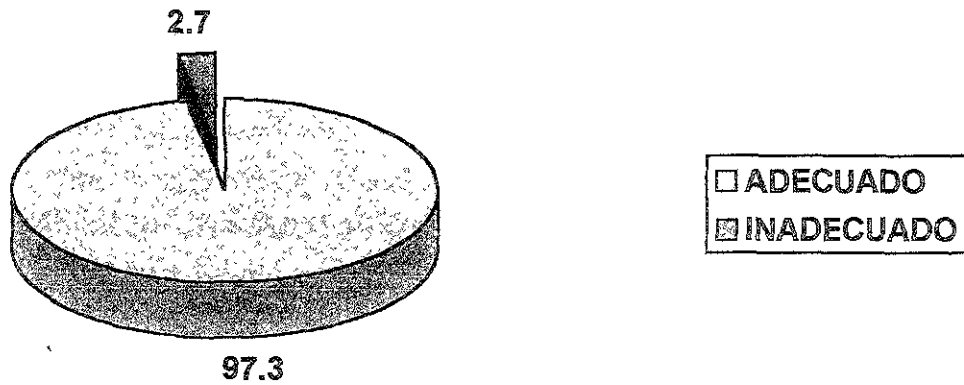


Figura No. 17 Total del tratamiento adecuado e inadecuado en la faringoamígdalitis bacteriana de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 18

PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL CATARRO COMÚN

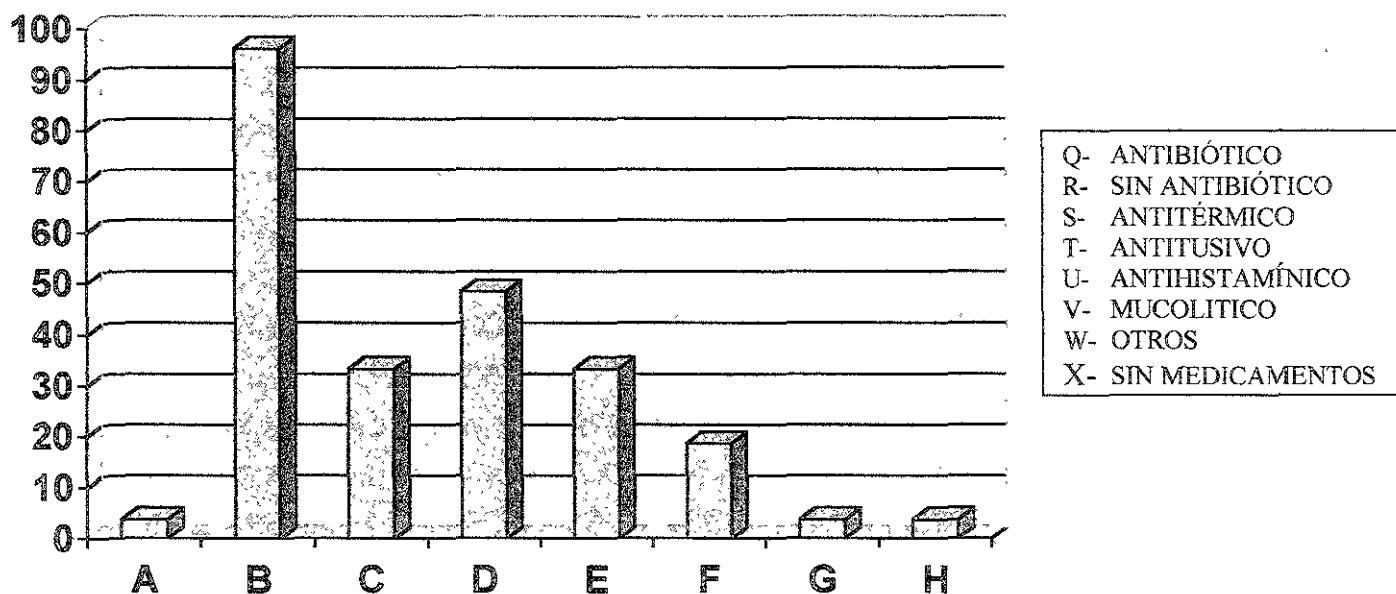


Figura No. 18 Porcentaje de medicamentos utilizados en el catarro común de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 19

PORCENTAJE DE TRATAMIENTO ADECUADO E INADECUADO
POR GRUPOS DE EDAD EN EL CATARRO COMÚN

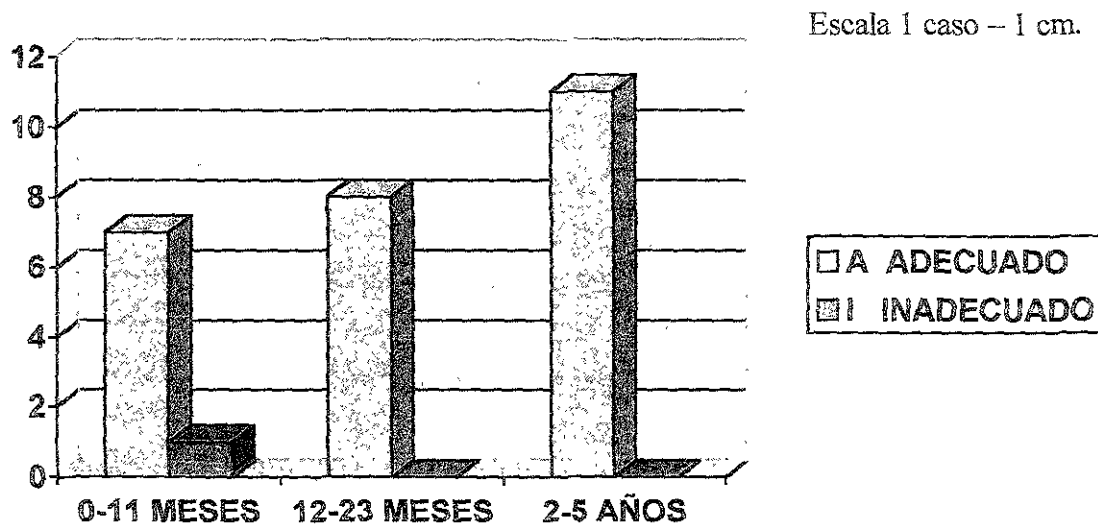


Figura No. 19 Porcentaje de tratamiento adecuado e inadecuado por grupo de edad en el catarro común de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 20

TOTAL DE TRATAMIENTO ADECUADO E INADECUADO EN EL CATARRO COMÚN

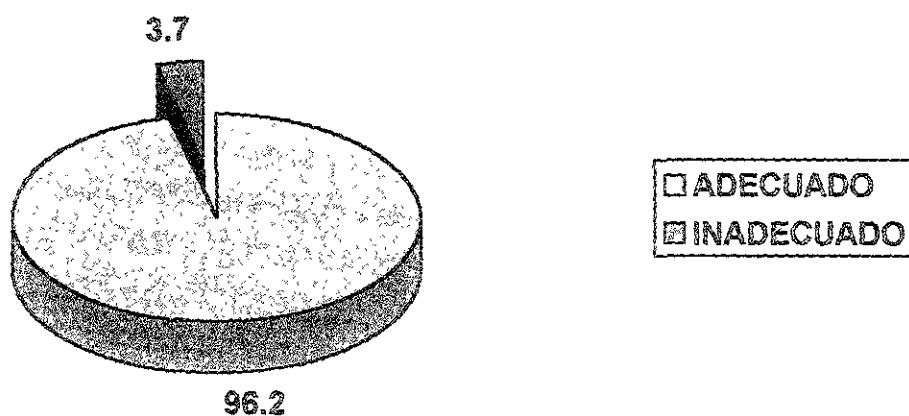


Figura No. 20 Total de tratamiento adecuado e inadecuado en el catarro común de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 21

PORCENTAJE DEL TOTAL DE TRATAMIENTO OTORGADO
ADECUADO E INADECUADO EN LAS I.R.A.S.

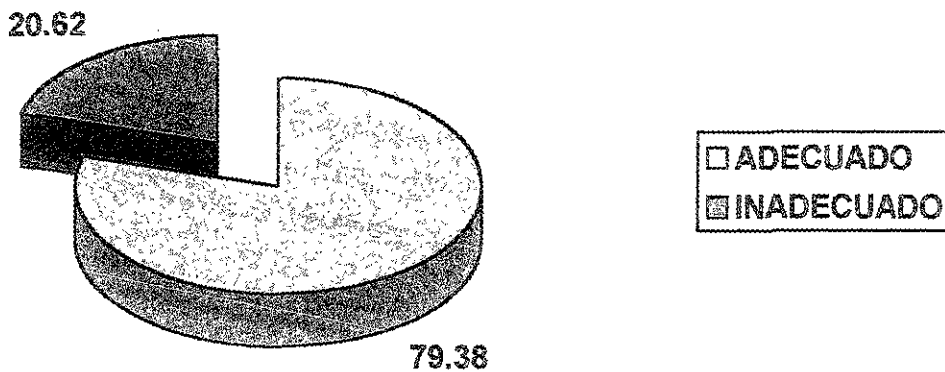


Figura No. 21 Porcentaje del total del tratamiento otorgado adecuado e inadecuado en las infecciones respiratorias agudas superiores de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 de noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

FIGURA No. 22
EVOLUCIÓN DE LAS I.R.A.S.

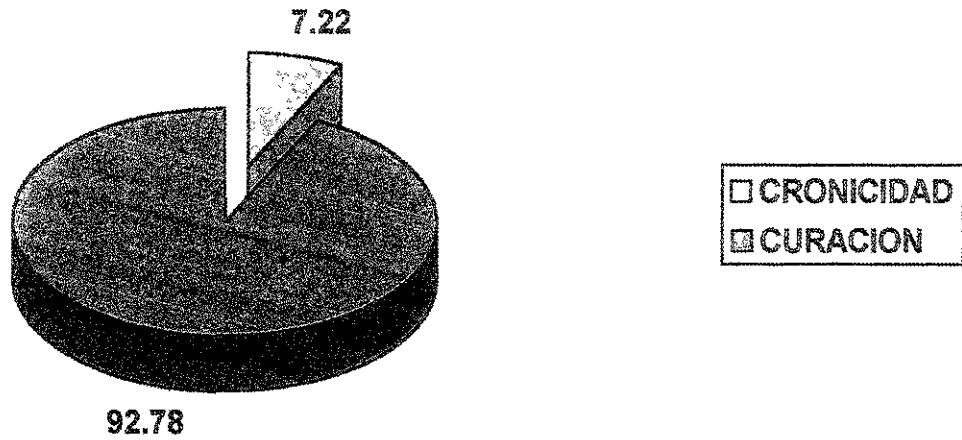


Figura No. 22 Evolución de las infecciones respiratorias agudas superiores de la consulta externa del consultorio 6-V de medicina familiar del hospital regional del ISSSTE Mérida del 1 de marzo al 30 noviembre de 1998.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

DISCUSIÓN

1. Como se reporta por Ricardo Juárez Ocaña en este estudio se comprobó que las infecciones respiratorias altas son la primera causa de consulta en niños menores de 5 años representando un 74.36%⁽¹⁾
2. El mismo autor menciona que el número de episodios de infección respiratoria aguda por año en el medio rural es de 3 a 6 episodios por año.⁽¹⁾ En este estudio se hizo una revisión de 8 meses y encontramos de 1 a 4 episodios de infección respiratoria aguda por año, siendo ligeramente mayores casos en niños de 2 a 5 años de edad.
3. En este estudio no se investigó por método de laboratorio la etiología, solo se realizó el diagnóstico en base a la evaluación clínica del médico.
4. La secretaria de salud reporta que los agentes relacionados con las infecciones respiratorias agudas son múltiples, pero considera que predominan los virus en un 95% de los casos.⁽⁶⁾ El Dr. Miguel A. Martínez Medina en un estudio para evaluar la conducta prescriptiva en niños con infección respiratoria aguda, realizado en el servicio de urgencias del hospital infantil del estado de sonora, se apoyaron en aspectos puramente clínicos encontrando que el 49.6% correspondió a rinofaringitis, el 23% a faringoamígdalitis, el 14.5% a otitis media, el 0.8% a laringotraqueitis, el 15.4% a bronquiolitis y el 5.1% a neumonías.⁽³¹⁾ En nuestro estudio de 97 episodios estudiados la faringoamígdalitis viral presentó 31 episodios, la faringoamígdalitis bacteriana 38 episodios, el catarro común 27 episodios y la laringitis 1 caso solamente. Aunque nuestra valoración es solamente clínica, apreciamos en nuestro estudio un predominio de los cuadros de faringoamígdalitis bacteriana, sin embargo en niños de 0 – 11 meses y de 12 – 23 meses como lo reporta la literatura fueron mas frecuentes los cuadros de faringoamígdalitis viral y catarro común, la faringoamígdalitis bacteriana se diagnosticó con más frecuencia después de los 2 años.⁽⁴⁾
5. El Dr. Miguel A. Martínez menciona que del tratamiento otorgado los antimicrobianos fueron los de más alta prescripción (76%), los analgésicos en un 44.8%, los mucolíticos en un 28%, los aines en un 24%, broncodilatadores en un 17.6%, descongestivos en un 10.4% y antivirales en un 9.6%.⁽³¹⁾ En nuestro estudio los niños que tuvieron diagnóstico de faringoamígdalitis viral, el empleo de

antibióticos es alto encontrando un 58.2%. En la faringoamígdalitis bacteriana se encontró un 96.6% de casos tratados con antibióticos. Los niños con diagnóstico de catarro común se manejaron en forma sintomática como lo indica la literatura. ⁽⁴⁾ Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con los resultados obtenidos por el doctor Miguel A. Martínez.

6. En cuanto al tipo de antibiótico utilizado en el estudio del doctor Miguel A. Martínez se encontró en primer lugar a la amoxicilina con un 66.3%, la penicilina procaínica con un 9.5%, amoxicilina + clavulanato con un 6.3%, trimetoprima + sulfametoxazol con un 4.2% y eritromicina con un 4.2%. ⁽³¹⁾ En este estudio encontramos en los casos de faringoamígdalitis viral el empleo de antibióticos en un 58.6% de los cuales ocupó el primer lugar la ampicilina con un 86%, la eritromicina con un 10%, trimetoprima + sulfametoxazol con un 4%. En los casos de faringoamígdalitis bacteriana se usó ampliamente antibióticos en un 96.6% de los cuales ocupó el primer lugar la ampicilina con 57%, trimetoprima + sulfametoxazol con un 20%, eritromicina con un 10%, penicilina con un 10% y por último dicloxacilina con un 3%. Existe una importante diferencia en el tipo de antibiótico utilizado, principalmente con la amoxicilina y esto en gran parte se debe a que no existía en el cuadro básico del instituto cuando se realizó el presente estudio, también debemos hacer notar que en el consultorio estudiado se hizo poco uso de la penicilina procaínica en comparación con el estudio realizado por el doctor Miguel A. Martínez, sin embargo debemos hacer notar que en este estudio ocupó el primer lugar la ampicilina que posee un espectro similar al de la amoxicilina.
7. De acuerdo a lo descrito por Soto PM se observó en nuestro estudio que el 92.78% correspondiente a 90 casos remitieron en menos de 15 días. ⁽³⁾
8. Entre las limitaciones de este estudio se encuentra que el diagnóstico fue basado únicamente en aspectos clínicos para el diagnóstico de la etiología, ya que un cuadro de faringoamígdalitis bacteriana puede simular un cuadro de faringoamígdalitis viral o viceversa, como lo menciona Soto PM en su estudio. ⁽³⁾ Otra limitación es el número de niños estudiados ya que de contar con mas recursos este estudio se podría ampliar a todos los niños de la consulta externa y así poder generalizar los resultados obtenidos en la investigación.

INSTITUTO VENEZOLANO
DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS

SUGERENCIAS:

1. Establecer protocolos de manejo para su cumplimiento, en el manejo de las infecciones respiratorias agudas, siguiendo los lineamientos de la OMS, adaptados a los recursos de la unidad.
2. Capacitación continua al personal médico sobre las pautas de manejo de las infecciones respiratorias agudas.
3. Capacitación a la población derechohabiente, mediante platicas informativas acerca de la historia natural de las infecciones respiratorias agudas superiores.
4. Capacitar a la población derechohabiente mediante platicas para mejoramiento de la alimentación y saneamiento ambiental.

CONCLUSIONES:

1.- Durante un período de 8 meses la incidencia de I.R.A.s en el consultorio No. 6-V es de un 74.36% de la población derechohabiente. La distribución por edad de las diferentes infecciones respiratorias agudas fue la siguiente:

- a) En el grupo de pequeños de 0 a 11 meses la I.R.A. predominante fue el catarro común con 8 casos ocupando el primer lugar, en segundo lugar se observa la faringoamígdalitis viral y faringoamígdalitis bacteriana con 6 casos cada uno. Este grupo no presentó ningún caso de laringitis.
- b) En el grupo de 12 a 23 meses la I.R.A. que se presenta en igual número de casos (8 cada uno) es la faringoamígdalitis viral y el catarro común en primer lugar, ocupando el segundo lugar la faringoamígdalitis bacteriana con 6 casos. En este grupo igualmente no se observó ningún caso de laringitis.
- c) En el grupo de 2 a 5 años la faringoamígdalitis bacteriana ocupó el primer lugar con 26 casos siguiendo en segundo lugar la faringoamígdalitis viral con 17 casos, en tercer lugar el catarro común con 11 casos, observándose solamente un caso de laringitis.

2.- El tratamiento fue adecuado en la mayoría de los casos, de cada una de las infecciones respiratorias agudas (79.38%), a excepción de la faringoamígdalitis viral observándose lo siguiente:

- En el catarro común se utilizó sintomáticos y medidas generales.
- En la faringoamígdalitis viral se observó el mayor número de casos tratados en forma inadecuada ya que se administró antibióticos en un 20.62% sin que estos fueran necesarios.
- En la faringoamígdalitis bacteriana se empleó adecuadamente los antimicrobianos y sintomáticos

3.- El 92.78% de los casos de infección respiratoria aguda estudiados, tendió a la remisión en menos de 2 semanas observándose sólo el 7.22% de persistencia de la sintomatología por más de 2 semanas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ricardo Juárez Ocaña y Colaborador. Actualidades en Medicina Interna. Infección de vías respiratorias altas. Buenos Aires: Panamericana, 1995: página 5-6.
- 2) Valenzuela RH, y Colaborador. Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores en el niño. En: Valenzuela RH, Marquetsl, Ed. Manual de Pediatría. 10ª. Ed. México. Nueva Editorial Interamericana 1983: página 370- 381.
- 3) Soto PM y Colaborador. Padecimiento de vías aéreas superiores. En: Martínez y Martínez R, ed.. La Salud del Niño y del Adolescente. 2ª. Ed. México. Salvat. 1991: 263, 625, 648-655.
- 4) Arnold J. Infección de Las Vías Respiratorias altas. En: Behrman R Klegmanr, Nelson W, ed. Nelson Tratado de Pediatría. 14ª. Ed. México. Interamericana. 1992: 2: 1285-1292.
- 5) Miguel Ángel Vaca Marín. Revista Institucional Nacional de Enfermedades Respiratorias Mexicana. Volumen 12. No. 2 Abril-Junio 1999: páginas 120 –128.
- 6) Secretaría de Salud, Instituto Nacional De Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Infecciones Respiratorias Agudas. México. 1995: página 605.
- 7) Chitano y Colaboradores. Effects of Oxidant. Air Pollutants on The Respiratory System: Eur Respir J. 1995; 8: página 1357- 1371.
- 8) Hernández – Garduño y Colaboradores, et al. Air Pollution and Respiratory Herat in México city. JOCM 1997; 39: página 299 – 307.
- 9) Jack L. Pulec M D. Anales de Otorrinolaringología Mexicana. Rinofaringitis infecciosa. Volumen 43, No. 2, Abril- Mayo 1998: México, D. F: página 89-100.

- 10) Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Agudas. 1996: México, D.F: página 12 –19.
- 11) Secretaría de Salud. Infecciones respiratorias agudas. Programa de Atención a la Salud del niño. 1998: México, D.F: página 12-20.
- 12) Chavarría J. Salas y Colaboradores. Infección Respiratoria Aguda en Menores de un año en San José Costarrica. Boletín Médico Hospital Infantil México 1995: 51; 167-172.
- 13) Pérez R. y Colaboradores. Calidad de la Atención Médica en Niños Hospitalizados por Infecciones Respiratorias Agudas. Boletín Médico Hospital Infantil México. 1995; 52; página 342- 348.
- 14) Martínez y Martínez R. La Salud del Niño y del Adolescente. Segunda Edición México: Salvat, 1991: 475-489, 643, 663.
- 15) González N. Tórrales A. Gómez D. Infectología Clínica Pediátrica. 5ª edición. México: Trillas, 1993: página 98.
- 16) Goodman A. Goodman I. y Colaboradores. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 7ª Edición México: Panamericana, 1986: página 505-506, 588-694, 643, 657, 911, 1017- 1132.
- 17) Mungía T. Bustos E. Papel del virus sincicial respiratorio en Infecciones Respiratorias Bajas en un Hospital Pediátrico de México. Boletín Médico Hospital México. 1995; 52: página 17- 21.
- 18) Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Vacunación. Infecciones respiratorias agudas. Programa de Atención a la Salud del Niño. Manual de Procedimientos Técnicos, 1998.
- 19) Infecciones Respiratorias Agudas en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. No. 25, México 1995: página 1 –3, 207- 210.
- 20) Gobernado M. Faringoamígdalitis en el Adulto. Revista Española Microbiología. 1998; 11 (2): página 105-109.

- 21) Romero J. Corral O. Rubio M. Evaluación de la Eficacia de Amoxicilina en comparación con Amoxicilina- ácido clavulánico en Faringitis estreptocócicas. *Revista Española Microbiología* 1995; 7 (2): página 117-122.

- 22) Brion J. P. Pison C. Bronchites aiguës Et Pneumopathies Infectieuses aiguës y Compris Nosocomiales. *Revista Prat (París)* 1999; 49: página 653 – 665.

- 23) Limia A., Jiménez M. L. Delgado T. Caracterización Fenotípica de la resistencia a Eritromicina en cepas del Género *Streptococcus* aisladas en nuestras Clínicas. *Revista Española Microbiología*. 1998; 11 (3): 216-220.

- 24) Crémiux A. (Coordination). *Guide. Du Bon usage des Antibiotiques*, Hospital Bichat – Bernard. 1996.

- 25) Mitchel L. Zoler. Simple Rapid Strep Meets Current Standards Less Expensively. *Family practice News*, August 15, 1999: v29 i16 página 38

- 26) Moshe Nussinovitch y colaboradores. Group A Beta-Hemolytic Streptococcal Pharyngitis in Preschool Children Aged 3 Months to 5 years. *Clinical Pediatrics*, June 1999:v38 i6 página 357

- 27) Itzhak Brook y Colaborador. Persistence of Group A (Beta)-Hemolytic Streptococci in Toothbrushes and Removable Orthodontic Appliances Following Treatment of Pharyngotonsillitis. *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, Feb 24, 1999:v281 i8 página 688.

- 28) Pichichero ME y colaboradores. Children with Apparent Viral Upper Respiratory Infection and Pharyngitis are GABHS Carriers. (Group A (BETA)-Hemolytic streptococcus). *Physician Assistant*, September 1999:v23 i9 página 86.

- 29) Charles W. Henderson – Vaccine May Cover Most Prevalent Group A Streptococcus Strains. *Vaccine Weekly*, November 1, 1999: página NA.

- 30) John F. Brundage y Colaboradores. Epidemiology and control of acute respiratory diseases with emphasis on Group A Beta-Hemolytic Streptococcus: a decade of U.S. Army experience. Pediatrics, June 1996:v97 No.6 página964
- 31) Miguel A. Martínez Medina y Colaborador. Calidad de la atención médica en niños con infección respiratoria aguda. Investigaciones.htm. Enero – Mayo de 1997.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO _____

DIAGNOSTICO

Infección de vías aéreas superiores

- a) Faringoamígdalitis viral ()
- b) Faringoamígdalitis bacteriana ()
- c) Catarro común ()
- d) Laringitis ()

TRATAMIENTO

1.- Antibiótico

- a) Penicilina ()
- b) Eritromicina ()
- c) Trimetroprima con Sulfametoxazol ()
- d) Dicloxacilina ()
- e) Ampicilina ()
- f) Ningún medicamento ()

2.- Antitérmico ()

3.- Antitusivo ()

4.- Antihistamínico ()

5.- Mucolítico ()

6.- Otro medicamento ()

EVOLUCIÓN

- a) Curación ()
- b) Cronicidad ()