

11226



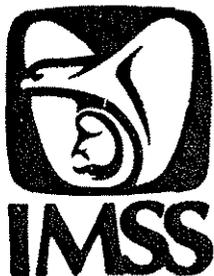
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO**

185

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONGRUENCIA CLINICO-TERAPEUTICA DE LAS
INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. CARLOS SANCHEZ IBARRA**



MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

Agradecimientos.

A Dios por permitirme lograr alcanzar una meta más en mi vida

A mis padres y hermanos por brindarme siempre su cariño, apoyo y consejos.

A El I.M.S.S. por ser en esta etapa de mi formación la mejor Institución

A mis maestros por la educación brindada y por su apoyo para conseguir alcanzar los fundamentos de la Medicina Familiar

A mis compañeras de hoy y siempre: Verónica, Azucena, Marisol y Martha por su paciencia, apoyo, cariño. Gracias por ser la mejor guardia. Por los momentos tan agradables que convivimos y estar presentes y juntos en los momentos difíciles de esta etapa. Gracias

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

[Handwritten signature]

Autorización.

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M



[Handwritten signature]

Dra. Martha Bojsejuncu Gárdenas
Directora
Unidad de Medicina Familiar No. 21

[Handwritten signature]

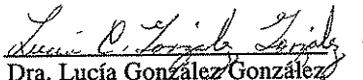
Dra. Maricela García Meneses
Jefe de Educación Médica
Unidad de Medicina Familiar No. 21

[Handwritten signature]

Dr. Jorge Meneses Garduño
Titular de la Residencia
Unidad de Medicina Familiar No. 21

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asesor de Tesis.


Dra. Lucía González González
Maestría en Salud Pública


Dr. Carlos Sánchez Ibarra
Residente de Medicina Familiar
U.M.F. No. 21

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Indice

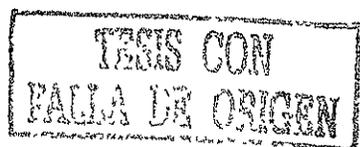
1. Introducción	5
2. Objetivo	11
3. Material y Métodos:	12
3.1. Universo de estudio	
3.2. Tamaño de la muestra	
3.3. Criterios de selección	
3.4. Variables	
3.5. Captación de la información	
3.6. Cronograma de actividades	
4. Diseño estadístico	17
5. Resultados	18
6. Conclusiones	23
7. Sugerencias	24
8. Bibliografía	25
9. Anexo 1: Cédula para identificar factores de riesgo en mujeres derechohabientes que acuden a la consulta externa de la UMF No. 21	
Anexo 2: Cuadros y Gráficas	



Introducción.

Las infecciones de vías respiratorias altas son padecimientos que se encuentran dentro de las primeras dos causas de morbimortalidad en México, en los grupos de recién nacido hasta la edad preescolar, a pesar de los avances en prevención y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, éstas constituyen la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años. Las infecciones de vías respiratorias altas son clasificadas de acuerdo a las regiones afectadas en: Rinofaringitis, laringotraqueobronquitis, adenoiditis, faringoamigdalitis aguda, otitis y sinusitis. Son principalmente de origen viral (hasta 70 % de los casos), aunque se piensa que muchas veces se trata de infecciones mixtas (virales y bacterianas). La frecuencia de estas enfermedades en niños se atribuye a falta de madurez del sistema inmunológico y la facilidad con la cual se transmiten los patógenos de un niño a otro, hay factores predisponentes como hacinamiento, tabaquismo en casa, asistencia a guarderías. La historia natural de estas infecciones tiene una evolución favorable en los pacientes inmunocompetentes, la mejoría y curación espontánea se observa en gran número de niños sin tratamiento antimicrobianos. La posibilidad de complicación por mal uso de antibióticos, aunado a la creciente aparición de patógenos comunes con resistencia a antimicrobianos y la disponibilidad de potentes y nuevos antibióticos con sus riesgos naturales de tolerancia, hace ver la importancia de que el clínico tenga a la mano información actualizada para una correcta decisión terapéutica. (1-5,19)

Rinofaringitis. Considerada como la más frecuente, se conoce además como coriza, rinitis, resfriado común; su etiología es viral y autolimitante, la intensidad de las



manifestaciones depende de la edad del paciente, la integridad de sus mecanismos de defensa y las condiciones ambientales. Su etiología es básicamente rinovirus, entre los que se incluyen más de 100 tipos que producen del 15-30 % de los resfriados en todos los grupos de edad, otros como coronavirus, adenovirus, coxaquie, etc. Los pacientes menores de 5 años constituyen la mayoría de las víctimas por infecciones respiratorias agudas, según estudios se estima provocan 2.2 millones de muertes al año. Los virus se transmiten por contacto directo a través de secreciones bucofaríngeas de un individuo a otro mediante gotitas expulsadas al hablar o toser, contacto con fomites y ropas. El cuadro clínico oscila de 1-3 días y se presenta: congestión nasal, obstrucción y rinorrea, estornudos, dolor o prurito faríngeo; al efectuar examen físico se observa mucosa nasal edematosa, hiperemica, hiperplasia linfoide. Los casos complicados rara vez exceden de una semana de duración. El tratamiento es únicamente sintomático que incluye hidratación, reposo, limpieza de secreciones nasales y control de la fiebre. (1,2)

Laringotraqueobronquitis. (Crup): Esta enfermedad constituye un proceso inflamatorio agudo que afecta las partes anatómicas que le dan el nombre, por lo general se inicia en laringe y puede descender con rapidez a faringe y bronquios, lo que ocasiona obstrucción de la vía aérea en grado variable, produciendo un complejo sintomático caracterizado por tos traqueal, disfonía y estridor inspiratorio, el síntoma principal lo produce la necesidad de tomar aire. Su etiología es viral tipo parainfluenza 1,2,3,4, así como de parainfluenza A, virus sincisial respiratorio, etc., menos frecuente son bacterianos ocurre mas frecuentemente entre los 6 meses y los 3 años de edad, la obstrucción de la vía aérea se explica por el reducido diámetro en la vía aérea subglótica y tráquea de los niños



así como por presiones negativas durante la inspiración y falta de rigidez en los anillos traqueales. La mucosa edematosa hiperemica e infiltrada por neutrófilos, el epitelio puede mostrar áreas de necrosis y ulceración de grado variable, cubierta con exudados, el diagnóstico se basa en el cuadro clínico y el tratamiento en medidas generales y permeabilidad de la vía aérea. (1,2)

Adenoiditis: El tejido linfoide que circunda la faringe en su porción posterior y superior, constituye las amígdalas faríngeas junto con las palatinas y el tejido linfoide de la base de la lengua integran el anillo de Waldeyer, éste sirve de defensa contra la infección, el problema que se presenta en las amígdalas faríngeas (adenoides) o adenoiditis es un padecimiento frecuente en las edades pediátricas, el cuadro clínico presentado es rinitis persistente, respiración oral, ronquido y ptialismo. El diagnóstico se realiza con los datos clínicos y se puede confirmar con una radiografía de cuello lateral con técnica para partes blandas. El tratamiento dependerá de la causa viral o bacteriana y del grado de obstrucción que puede ser sintomático hasta incluso quirúrgico. (2)

Faringoamigdalitis aguda: Frecuentemente sobrediagnosticada, su etiología se clasifica en viral y bacteriana, las virales son las más comunes, y otros agentes que se pueden considerar como flora normal de la orofaringe. En términos generales se puede afirmar que los agentes virales son más frecuentes en niños menores de 4 años de edad, agente bacteriano puede ser: Streptococo B hemolítico del grupo A, el cuadro clínico es variable y dependerá del agente causal. Viral: se caracteriza por un inicio gradual, fiebre moderada, dolor faríngeo cefalea, ataque al estado general, tos, disfonía, presenta una faringe hiperemica, rinitis con rinorrea hialina conjuntivitis sin exudado faríngeo.



Bacteriana: es de inicio súbito con fiebre elevada, dolor faríngeo, disfagia, cefalea, ataque al estado general, dolor abdominal, náusea y vómito mialgias, artralgias, se observa hiperemia faríngea con exudado purulento, moteado petequial en paladar, hipertrofia de amígdalas y de papilas gustativas, además de adenitis cervical. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico apoyándose en estudios como biometría hemática, cultivo de exudado faríngeo. El tratamiento dependerá de la etiología y se basa en medidas generales, líquidos abundantes, analgésicos y antipiréticos; En la estreptococcica el tratamiento de elección es la penicilina, se puede utilizar: Azitromicina Eritromicina, Cefalosporinas, Claritromicina, Amoxicilina, en los casos que la penicilina falle en el curso de la terapia. (1,8,9,11)

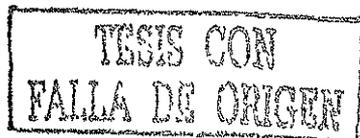
Otitis: Entidad con gran importancia epidemiológica en pediatría, ya que la mayoría de los niños han padecido al menos un cuadro de otitis al cumplir un año de vida y casi la mitad de los niños a los 3 años tienen antecedentes de 3 o más episodios de esta infección, se describen 2 formas clínicas de afección del oído medio: otitis media aguda y crónica. El cuadro clínico de la otitis media aguda presenta otalgia, irritabilidad, fiebre, con la aparición posterior de otorrea, que mejora la sintomatología al romperse la membrana; el examen de la membrana timpánica puede mostrar exudado purulento a través de la perforación, es necesario administrar antibiótico. Esta patología es mas frecuente en lactantes y preescolares. La visualización de la membrana timpánica es necesaria para realizar el diagnóstico. Otitis externa proceso inflamatorio del pabellón auricular y del conducto auditivo externo, se ve mas a menudo en verano, predispone el grado de humedad, ambiente caluroso, maceración de la mucosa. El tratamiento consiste en



irrigación del conducto auditivo externo e irrigar el canal externo; sin antibióticos, es importante conocer la importancia de *Streptococo pneumoniae* resistente a la penicilina como agente causal de la otitis media aguda en las cuales el tratamiento de elección es Amoxicilina, Trimetoprim con sulfametoxazol o Eritromicina. (1,12-17)

Sinusitis: Establecer un diagnóstico preciso de sinusitis bacteriana es un desafío, debido a que la sinusitis viral es 200 veces más frecuente que la infección bacteriana, deberá además pensarse en etiología alérgica, se han aislado de estos *Streptococos* y *Haemophilus influenzae* como flora normal, por lo cual la sobre infección es en forma secundaria al sobrecrecimiento de esta flora normal o puede diseminarse de forma directa. El origen micótico se asocia *Aspergillus*, *Mucor*, *Cándida* y *Penicillium*. Los síntomas que presentan incluyen rinorrea, dolor e inflamación facial el cual aumenta con movimientos de la cabeza, hiposmia, congestión nasal, tos, fiebre, se pueden realizar proyecciones radiográficas como Cadwell y Waters y una lateral de cráneo, en estas se observan niveles hidroaéreos, engrosamiento de la mucosa y opacidad del seno. Tratamiento se fundamenta en la erradicación del agente causal, mejorar ventilación, drenaje y disminuir dolor, además se cuenta con tratamiento quirúrgico. (1,10)

Las infecciones de vías respiratorias altas representan una situación en la cual se utilizan antimicrobianos con gran frecuencia, aunque desafortunadamente en muchos de los casos se hace de manera inadecuada, ya sea porque no existe infección bacteriana o porque el antimicrobiano elegido no sea el correcto o bien por que las dosis o los intervalos no estén bien indicados o porque fallen en el cumplimiento del tratamiento los responsables del menor. Las tres condiciones clínicas que con mayor frecuencia ameritan el uso de



antimicrobianos son: Faringítis, otitis y sinusitis, con el fin de proporcionar información adicional al médico familiar para un tratamiento más acorde con el padecimiento por el cual acude a consulta el menor de 5 años de edad, se plantea la realización del presente estudio con el fin de mejorar las condiciones de estos niños, así como sus tratamientos y la prevención de sus complicaciones. (1, 18,19)



Objetivo.

Conocer la congruencia clínico terapéutica de las infecciones de vías respiratorias altas en menores de 5 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 21.



Material y Métodos.

Tipo de estudio: retrospectivo, observacional, transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio: derechohabientes pertenecientes a la UMF 21, menores de 5 años de edad con diagnóstico infección de vías respiratorias altas y con tratamiento, que acudieron a consulta de medicina familiar, se realizará el estudio en el mes de noviembre del 2000.

Tipo de muestreo: Para el estudio se realizará un muestreo por cuota, el tamaño de la muestra se tomara de acuerdo a las consultas de atención de infecciones de vías respiratorias altas en la 1ª. Semana del mes de noviembre, en relación con la población menor de 5 años por turno y por consultorio y población que haya recibido atención médica.

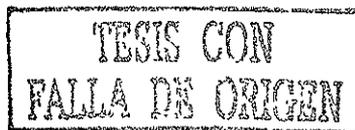
Información que se va a recolectar y método de observación: Se utilizará una guía para la recolección de la información.

Los criterios de Inclusión:

Menor de 5 años de edad con diagnóstico de infección de vías respiratorias altas derechohabiente de la UMF No. 21 que acuda a consulta en el lapso de la 1ª semana del mes de noviembre del 2000 que haya recibido atención médica.

Los criterios de Exclusión:

Que la información no se obtenga completa de los expedientes clínicos, o difícil de obtener por problemas en la lectura del expediente, en el período del estudio.



Los criterios de No inclusión:

Que no sea menor de 5 años, que no haya acudido por infección de vías respiratorias altas, que no sea derechohabiente de la UMF No. 21, que no acuda en el período señalado, que presente inmunosupresión, parálisis cerebral infantil, Síndrome de Down.

Variables:

Variable Independiente: Infección de Vías Aéreas Altas

Variable Dependiente: Congruencia Clínico- Terapéutica

Cualitativa nominal

Cuantitativa discontinua

Definición conceptual.

Edad. Tiempo transcurrido del nacimiento al estado actual

Género. Se denomina como masculino o femenino

Rinofaringitis. Infección de vías respiratorias altas caracterizada por rinorrea, estornudos, prurito nasal

Faringitis congestiva. Inflamación de la faringe. acompañada de fiebre, malestar general, dolor faríngeo

Faringoamigdalitis. Inflamación de las amígdalas, acompañado de hiperemia o exudado

Otitis. Inflamación del conducto auditivo externo acompañado de otalgia, fiebre, otorrea

Laringitis. Disfonía y estridor laríngeo



Sinusitis. Dolor facial o cefalea, rinorrea mucopurulenta, fiebre más de 4 días o reaparición después de 4 días.

Bronquitis. Estertores bronquiales, tos productiva

Definición operacional.

Edad: Tiempo de vida en años y meses cumplidos

Género. Se denomina como masculino o femenino

Rinofaringitis. Infección de vías respiratorias altas caracterizada por rinorrea, estornudos, prurito nasal

Faringitis congestiva. Inflamación de la faringe, acompañada de fiebre, malestar general, dolor faríngeo

Faringoamigdalitis. Inflamación de las amígdalas, acompañado de hiperemia o exudado

Otitis. Inflamación del conducto auditivo externo acompañado de otalgia, fiebre, otorrea

Laringitis. Disfonía y estridor laríngeo

Sinusitis. Dolor facial o cefalea, rinorrea mucopurulenta, fiebre más de 4 días o reaparición después de 4 días.

Bronquitis. Estertores bronquiales, tos productiva

Tipo de Variable.

Edad: Variable cuantitativa ordinal



Género: Variable cualitativa nominal

Rinofaringitis: cualitativa nominal

Faringitis: cualitativa nominal

Faringoamigdalitis: cualitativa nominal

Otitis: cualitativa nominal

Laringitis: cualitativa nominal

Sinusitis: cualitativa nominal

Bronquitis: cualitativa nominal

Escala de Medición:

Edad en años y meses cumplidos

Género: Masculino o Femenino

Rinofaringitis: presente o ausente (viral o bacteriana)

Faringitis: presente o ausente (viral o bacteriana)

Faringoamigdalitis: presente o ausente (viral o bacteriana)

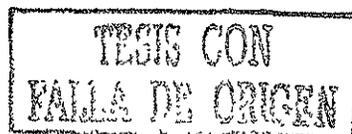
Otitis: presente o ausente (viral o bacteriana)

Laringitis: presente o ausente (viral o bacteriana)

Sinusitis: presente o ausente (viral o bacteriana)

Bronquitis: presente o ausente (viral o bacteriana)

Tratamiento: sintomático o antibiótico



Congruencia clínico-terapéutica: sí o no

Consentimiento informado escrito o verbal.

Consideraciones éticas: Dado que es un estudio observacional y no de tipo experimental, se solicitará de manera verbal el consentimiento a los médicos de cada consultorio, de acuerdo a la convención de Helsinki y su posterior ratificación en Tokio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Diseño estadístico.

Se realizarán tablas o cuadros de salida para el manejo de la información, las variables cualitativas se describen con porcentajes de lo estudiado, en la variable edad de tipo cuantitativo se obtendrá el promedio, desviación estándar.

Presupuesto:

El total del presupuesto corre a cargo del investigador.

Cronograma de actividades.

	mes											
Actividad	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero
1. Búsqueda de la información	**	**										
2. Elaboración del proyecto		**	**	**								
3. Recolección de la información					***	***						
4. Análisis de resultados							***	***				
5. Elaboración de tesis									***	***		
6. Presentación de resultados											***	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Resultados.

Los resultados se describen de la siguiente manera: los niños menores de 5 años, es la población con mayor incidencia de infecciones de vías respiratorias altas hecho que concuerda con bibliografía consultada.

Cuadro No.1

Distribución de acuerdo a la edad de pacientes atendidos en la UMF No.21
noviembre 2000.

Edad	Número	Porcentaje
Menor de 1 año	11	11.45
1 año	14	14.58
2 años	11	11.45
3 años	17	17.70
4 años	43	44.79
Total	96	99.97

Promedio 3.19 Desv. Estándar 1.04

- Fuente Guía para evaluación de la congruencia clínico-terapéutica

La muestra que se obtuvo fue de 96 pacientes, en el lapso de la 1ª semana del mes de noviembre que acudieron a la consulta externa; se puede observar que el 44.79 %



corresponde a niños de 4 años, el 17.70 % a los de 3 años, 14.58 % a niños de 1 año y el 11.45 % a niños de 2 años y menores de 1 año, que acudieron a la consulta externa por problemas respiratorios.

De acuerdo con la revisión bibliográfica se encontraron porcentajes muy parecidos sobre todo en menores de 1 año, en donde concordamos que existe una menor susceptibilidad de enfermarse, dado que se encuentran en período de lactancia materna mismo que es un factor protector para ellos, no así en los niños de 3-4 años, quienes por su dinámica y que una gran proporción es enviada a la guardería, tienden a ser sujetos más frecuentemente de enfermedades respiratorias agudas, preferentemente de vías altas.

Cuadro No. 2

Distribución de acuerdo a género de pacientes atendidos en la UMF No. 21

Noviembre 2000

Género	Número	Porcentaje
Masculino	47	48.95
Femenino	49	51.04
Total	96	99.99

- Fuente Guía para evaluación de la congruencia clínico-terapéutica.

Así mismo se encontró que el 51.04 % de los menores pertenecen al género femenino y el 48.95 % al masculino, hecho que puede explicarse al observar la pirámide



poblacional de la unidad, de nivel estatal y nacional, donde existe un predominio del género femenino en todos los grupos de edad.

Cuadro No. 3

Distribución de acuerdo a diagnóstico y tipo de tratamiento de pacientes atendidos en la

UMF No. 21

Noviembre 2000

Tratamiento						
Diagnóstico	Sintomático	%	Antibiótico	%	Total	%
Rinofaringitis	12	34.20	23	65.71	35	36.45
Faringitis	8	36.36	14	63.63	22	22.91
Faringoamigdalitis	---		30	100.00	30	31.25
Otitis media	---		3	100.00	3	3.12
Sinusitis	---		5	100.00	5	5.20
Bronquitis	---		1	100.00	1	1.04
Total	20	20.86	76	79.16	96	100

• Fuente Guía para evaluación de la congruencia clinico-terapéutica.

En lo que relaciona al diagnóstico y tipo de tratamiento se constató que la rinofaringitis son la patología más encontrada y que además es sobre manejada o mal manejada con antibióticos, ya que el 65.71% de los pacientes que la presentaron se les



suministró algún tipo de antibiótico; hecho que va en desacuerdo con las normas y programas establecidos para la atención de la salud en el menor de 5 años.

En lo que se relaciona a la faringitis como segunda patología prioritaria encontrada, en esta, en el 63.63 % se prescribe antibiótico en forma inadecuada. Cabe hacer mención que el resto de padecimientos que fueron investigados la concordancia clínico-terapéutica fue adecuada.

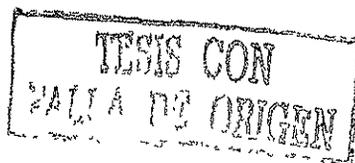
Cuadro No. 4

Presencia de congruencia clínico-terapéutica de pacientes atendidos en la UMF No. 21

Noviembre 2000

Diagnóstico	Congruencia	
	NO	SI
Rinofaringitis	23	12
Faringitis	14	8
Faringoamigdalitis	---	30
Otitis media	---	3
Sinusitis	---	5
Bronquitis	---	1
Total	37	59

• Fuente Guía para evaluación de la congruencia clínico-terapéutica.



Aunque la congruencia clinico-terapéutica obtenida con el estudio puede ser considerada como adecuada (61.45%), debe llamar la atención el porcentaje obtenido de no-congruencia (31.54%) sobretodo por tratarse de patologías cotidianas y frecuentes de la atención del médico familiar y que refleja la poca importancia que el médico le da a dicha patología y por ende el deficiente tratamiento.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Conclusiones.

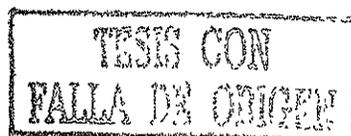
En el estudio efectuado se puede observar que la congruencia clinico-terapéutica es mayor que la que se a observado en otros estudios que han revisado las mismas patologías.

El estudio permite concluir que un alto porcentaje de las infecciones de vías respiratorias altas tiene tratamiento adecuado, que el resto que son inadecuadamente tratadas se deben considerar para replantear estrategias que permitan prevenir la drogo resistencia, la atención deficiente que lleven a una complicación más severa y en casos extremos a la muerte, es importante hacer mención que a pesar de existir normas, programas y manuales de procedimientos técnicos, para la atención de las infecciones respiratorias agudas aún existe un porcentaje considerable de incongruencia clinico-terapéutica que habla de la deficiente atención integral del paciente, afectando con ello a la población más vulnerable que es la menor de 5 años. Y si esto se extrapola a los costos de atención, los eleva por el uso de medicamentos innecesarios, contribuyendo así, a un mal uso o irracional uso de los recursos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recomendaciones.

1. Evaluación de los servicios de salud.
2. Programa de atención continua para el personal médico, con normas, manuales técnicos, uso y abuso de medicamentos.
3. Verificar el grado de conocimientos del personal médico sobre el programa del manejo de las infecciones de vías respiratorias altas.
4. Verificar el grado de uso y abuso de medicamentos.
5. Verificar la atención integral del paciente, considerando la relación médico-paciente y médico-familia a fin de mejorar la educación para la salud.
6. Realizar evaluaciones periódicas sobre la congruencia clinico-terapéutica, de los padecimientos que lo requieren y de mayor atención en el 1er nivel de atención.
7. Dar seguimiento de las indicaciones terapéuticas con citas posteriores, considerando el diagnóstico.
8. Difusión del presente trabajo entre el personal que labora dentro de la unidad de medicina familiar, así como en revistas médicas, a fin de encontrar posibles soluciones a esta deficiencia en la calidad de la atención médica, ya que como primer nivel de atención se atiende el mayor porcentaje de padecimientos, sería lo mejor realizarlo en forma adecuada con el fin de mejorar la atención de la población estudiada.



Bibliografía.

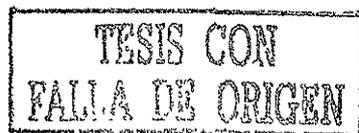
1. Comité de Expertos en Infectología, Academia Mexicana de Pediatría. Uso Prudente de antimicrobianos en infecciones de vías respiratorias altas en niños. Bol. Med. Hosp. Infant. Mèx. Vol. 56 (7) Julio 1999: 417-422.
2. Noé T. A., Rodríguez S. J., Mascareñas de los S. A. En: González Saldaña Napoleón. Infección de vías respiratorias altas. Infectología Clínica Pediátrica. Cap. 4: 69-97
3. Harrison C. J. Perspectives on newer oral antimicrobials: what do they add? *Pediatr Infect Dis J.*; 14 (5) May 1995: 436-44
4. Mohini K.Ch. Issues concerning antibiotic use in child care setting. *Pediatr Infect Dis J.*; 14 (4) April 1995:S34-8
5. Klein J.O. Antimicrobial therapy issues facing pediatricians. *Pediatr Infect Dis J.*1995; 14 (5) May 1995:415-8
6. Doern G.V. Resistance among problem respiratory pathogens in pediatrics. *Pediatr Infect Dis J.*; 14 (5) May 1995:420-23



7. Amando M., Guido T.J., Enrique B., Estudio comparativo de dos dosis de Amoxicilina en el tratamiento de infecciones respiratorias superiores en el niño. Revista de enfermedades infecciosas en Pediatría. Vol. 11(45)julio-septiembre 1998
8. López M.A. Carrillo C.A., Moreno S.F., Navarro J.F., Pacheco V.A. Corbalá F.C. Faringoamigdalitis aguda. Su tratamiento. Rev. Med IMSS 1998; 36 (4): 289-91
9. Gordon S.J. Management of pediatric patients with group A beta hemolytic Streptococcus pharyngitis: treatment options. Pediatr Infect Dis J.; 14 (4) April 1995:S57-61
10. Dowell S.F., Schwartz B. Phillips W.R. Appropriate use of antibiotics for URIs in children: Part I. Otitis media and acute sinusitis. American Family Physician. Oct. 1998 Vol. 58(5): 1113-18
11. Solórzano-Santos, Miranda Novales. Haemophilus influenzae colonizador inocente o patógeno verdadero. Bol. Med Hosp Infant Mex 1996; 53(11): 533-534
12. Gómez B.D., De la Torre G.C., Jiménez V.A., Alvarez N.H., Otitis media aguda. Tratamiento médico Bol. Med. Hosp. Infant. Mèx. Vol.54(11) Nov. 1997:556-565



13. Berman S. Otitis media in children. The New England Journal of Medicine, vol. 332 (23), jun. 8 1995: 1560-1565
14. Harold C.N. Otitis media: Antibiotic resistance of causative pathogens and treatment alternatives. *Pediatr Infect Dis J.*; 14 (4) April 1995:S51-6
15. Paradise J.L. Treatment guidelines for otitis media: the need for breadth and flexibility. *Pediatr Infect Dis J.*; 14 (5) May 1995:429-35
16. Macarty J.M. Bacterial susceptibility and tympanocentesis in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J.*; 14 (4) April 1995:S45-50
17. Pichichero M.E., Pichichero C.L. Persistent acute otitis media: I.Causative patoghensis *Pediatr Infect Dis J.*; 14 (3) March 1995:178-83
18. Andalón-Perry S., García-Vigil J.L., Viniestra Velázquez L., Espinoza-Alarcón P., López-Siller M. Competencia clínica y conducta prescriptiva del médico familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Efecto de una estrategia educativa. *Rev Med IMSS(Mex)* 1997; 35(4): 295-302
19. Consejo Nacional de Vacunación. Infecciones Respiratorias Agudas. Programa de atención a la salud del niño. Manual de procedimientos técnicos. 1998.



20. Guía para la evaluación de niño(a) con infección respiratoria aguda. SSA-2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 1.

Guía. Para evaluar la Congruencia Clínico terapéutica de las Infecciones de Vías Respiratorias Altas en la UMF 21.

Folio: _____

1. Edad: (años y meses) _____ 1.
2. Género: 1. Masculino _____ 2. Femenino _____ 2.
3. Diagnóstico de infección de vías respiratorias altas _____ 3.
- A) Rinofaringitis:
- B) Laringotraqueobronquitis
- C) Faringitis
- D) Amigdalitis purulenta
- E) Otitis media aguda
- F) Sinusitis
4. Tipo de tratamiento: _____ 4.
1. Sintomático _____ 2. Antibiótico _____
5. Existe congruencia: 1. Sí _____ 2. No _____ 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Anexo 2. Cuadros y Gráficas

Cuadro No.1

Distribución de acuerdo a la edad de pacientes atendidos en la UMF No.21
noviembre 2000.

Edad	Número	Porcentaje
Menor de 1 año	11	11.45
1 año	14	14.58
2 años	11	11.45
3 años	17	17.70
4 años	43	44.79
Total	96	99.97

Promedio 3.19 Desv. Estándar 1.04

- Fuente Guía para evaluación de la congruencia clinico-terapéutica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 2

Distribución de acuerdo a género de pacientes atendidos en la UMF No. 21

Noviembre 2000

Género	Número	Porcentaje
Masculino	47	48.95
Femenino	49	51.04
Total	96	99.99

- Fuente Guía para evaluación de la congruencia clinico-terapéutica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 3

Distribución de acuerdo a diagnóstico y tipo de tratamiento de pacientes atendidos en la

UMF No. 21

Noviembre 2000

Tratamiento						
Diagnóstico	Sintomático	%	Antibiótico	%	Total	%
Rinofaringitis	12	34.20	23	65.71	35	36.45
Faringitis	8	36.36	14	63.63	22	22.91
Faringoamigdalitis	---		30	100.00	30	31.25
Otitis media	---		3	100.00	3	3.12
Sinusitis	---		5	100.00	5	5.20
Bronquitis	---		1	100.00	1	1.04
Total	20	20.86	76	79.16	96	100

- Fuente Guía para evaluación de la congruencia clinico-terapéutica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 4

Presencia de congruencia clinico-terapéutica de pacientes atendidos en la UMF No. 21

Noviembre 2000

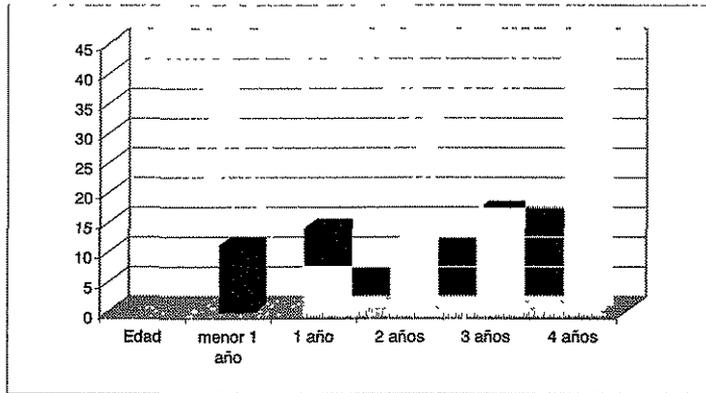
	Congruencia	
	NO	SI
Diagnóstico		
Rinofaringitis	23	12
Faringitis	14	8
Faringoamigdalitis	---	30
Otitis media	---	3
Sinusitis	---	5
Bronquitis	---	1
Total	37	59

- Fuente Guía para evaluación de la congruencia clinico-terapéutica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 1.
Distribución por grupos de edad de pacientes atendidos en la U.M.F. 21
1a semana noviembre del 2000

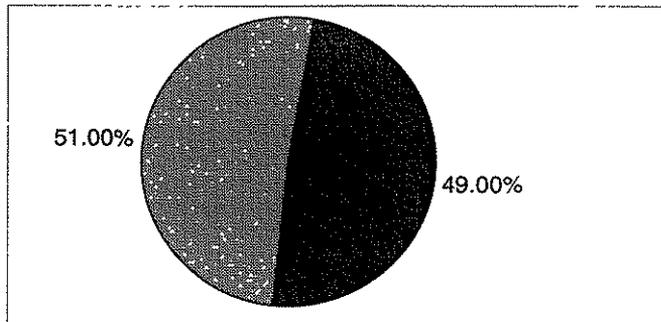
Edad	
menor 1	11
1 año	14
2 años	11
3 años	17
4 años	43



Fuente: guía para evaluación de la congruencia clínico terapéutica

Gráfico 2
Distribución de acuerdo a género de pacientes atendidos en la U.M.F.21
1a semana noviembre 2000

Género	
Masculino	49%
Femenino	51%



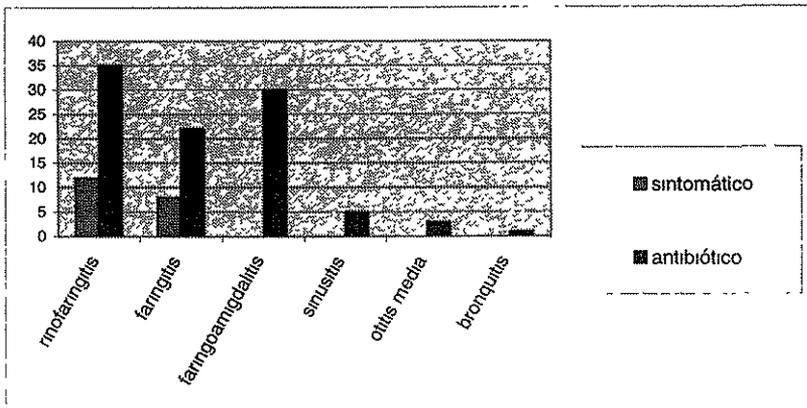
Fuente: guía para evaluación de la congruencia clínico terapéutica

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Gráfico 3

Distribución de acuerdo a diagnóstico y base de tratamiento de pacientes atendidos en la U.M.F. :
1a semana noviembre 2000

	sintomático	antibiótico
rnofaringitis	12	35
faringitis	8	22
faringoamigdalitis		30
sinusitis		5
otitis media		3
bronquitis		1



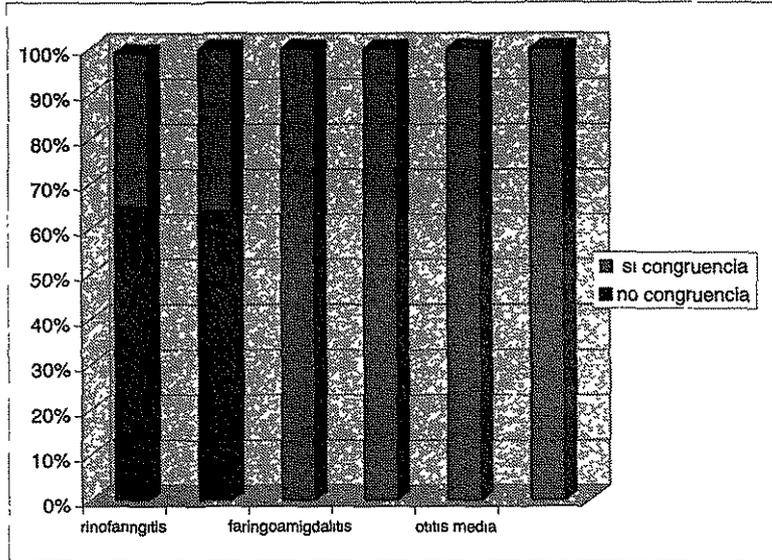
Fuente guia para la evaluación de la congruencia clinico terapeutica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfico 4

Presencia de congruencia clínico terapéutica en pacientes atendidos en la U.M.F. 21
1a semana noviembre 2000

	no congruencia	si congruencia
rino faringitis	65%	34%
faringitis	64%	36%
faringoamigdalitis	#####	#####
sinusitis	#####	#####
otitis media	#####	#####
bronquitis	#####	#####



*Fuente: guía para evaluación de la congruencia clínico terapéutica

36

TESIS CON FALLA DE ORIGEN