



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF No. 9
CIUDAD GUZMAN, JALISCO**

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON
INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS EN LA CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR 9”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIANA ELIZABETH RAMOS DIAZ

CIUDAD GUZMAN JALISCO

2017



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.

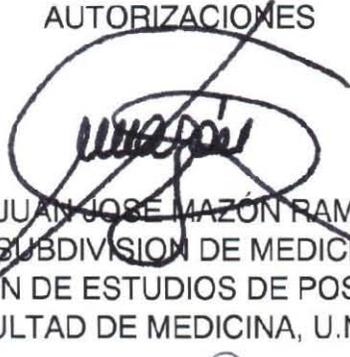
**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON
INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS EN LA CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR 9”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARIANA ELIZABETH RAMOS DIAZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

CONTENIDO

TITULO	1
AUTORIZACIONES	2
CONTENIDO	5
RESUMEN	6
INVESTIGADORES	9
MARCO TEORICO	10
ANTECEDENTES	21
JUSTIFICACION	25
MAGNITUD	25
TRASCENDENCIA	26
VULNERABILIDAD	26
FACTIBILIDAD	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
OBJETIVOS	31
MATERIAL Y METODOS	32
UNIVERSO DE ESTUDIO	32
CALCULO MUESTRAL	32
CRITERIOS DE SELECCION	33
VARIABLES	34
PROCEDIMIENTO	41
ANALISIS ESTADISTICO	42
ASPECTOS ETICOS	42
RECURSOS	44
RESULTADOS	45
DISCUSION	53
CONCLUSIONES	56
SUJERENCIAS	57
REFERENCIAS	59
ANEXO	63

RESUMEN

Título de la Tesis: Características clínicas de los adultos mayores con infecciones de vías respiratorias altas en la consulta externa de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9.

Antecedentes: Los problemas y síntomas respiratorios actualmente representan el motivo más frecuente de atención médica, sin embargo, en el adulto mayor debido a sus comorbilidades existe omisión del diagnóstico de infecciones de vías respiratorias altas. El adulto mayor omite o refiere mal sus síntomas ya sea por miedo a la hospitalización, atribución de síntomas al envejecimiento o a factores sociales y culturales. El envejecimiento modifica el cuadro clínico de determinadas afecciones respiratorias en su forma de presentación y consecuencias, por lo que este estudio brindara datos y herramientas a la comunidad médica para el apoyo y cuidado del adulto mayor, con la intención de conocer los factores que contribuyen al desarrollo de infecciones de vías respiratorias altas y mejorar la calidad de vida.

Objetivo General: Identificar las características clínicas de los adultos mayores con infecciones de vías respiratorias altas que acudieron a la consulta de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 de Ciudad Guzmán Jalisco de Marzo a Junio del 2015.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de prevalencia, longitudinal y retrospectivo, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 en Ciudad Guzmán, Jalisco de Marzo a Junio del 2015, se incluyeron 335 pacientes de 60 años y más registrados en hoja RAIS (Registro de Atención Integral a la Salud) que acudieron previamente a la consulta externa de Medicina Familiar con diagnóstico de infección de vías respiratorias altas. Se revisaron las notas médicas de los expedientes clínicos, reportadas en la última consulta, se obtuvieron las variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento

en estudio, las cuales se vaciaron en una hoja de recolección de datos y finalmente se realizó su análisis estadístico en el programa estadístico EPI INFO.

ANALISIS ESTADISTICO: Para la descripción de las variables cualitativas se utilizaron frecuencia simple y porcentaje, para las variables cuantitativas se realizó media y desviación estándar, para comparar la frecuencia de datos clínicos de acuerdo al sexo se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo a cada uno de los tipos de ellas. Se tomó una significancia de $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS: El presente protocolo fue presentado para su autorización al CLIEIS 1306 Hospital General Regional 46. El trabajo está catalogado por la Ley General del Salud en el apartado de riesgo de investigación con riesgo menor al mínimo. El trabajo de investigación se adaptó a los principios emitidos en la declaración Helsinki y sus enmiendas posteriores para los estudios descriptivos.

RESULTADOS : El grupo de edad con más prevalencia de Infecciones de Vías Respiratorias Altas fue el de 60 a 69 años, el género fue predominantemente femenino en un 65.7%, la ocupación predominantemente fue en el hogar CON EL 55.8%, la Hipertensión presente en el 84.4% y la Diabetes Mellitus con el 38.4%, fueron las comorbilidades más predominantes en las manifestaciones clínicas; la triada de mayor predominio fue hiperemia en el 85.47% , tos en el 43.89% y odinofagia en el 28.71% de los adultos estudiados, el 81% de los pacientes presento uno o dos criterios de Centor, sin embargo al 73.3% de los pacientes se les receto antibiótico de manera no injustificada, el 64% de los pacientes recibió tratamiento sintomático y solo el 51% de los pacientes recibió indicaciones no médicas, el tiempo de evolución de las características clínicas fue de 7 días como máximo, el factor de riesgo más predominante fue el tabaquismo en el 39.6% de los adultos mayores.

CONCLUSIONES: Las infecciones respiratorias incrementan en los adultos mayores debido a la susceptibilidad por el envejecimiento del aparato respiratorio, el deterioro de las condiciones de salud y nutrición, las comorbilidades y el ambiente laboral y del hogar que predominan como factores de riesgo.

Las Infecciones de Vías Respiratorias Altas en los Adultos Mayores no son identificadas ni tratadas oportuna y adecuadamente. El uso irracional de antibióticos manifiesta el desconocimiento médico de la enfermedad, el incremento de la polifarmacia aunada a otros factores como la vulnerabilidad; por las comorbilidades, los cambios climáticos, la contaminación, las condiciones laborales y del hogar. Se debe enfatizar en; la prevención, la aplicación de inmunizaciones, detección y tratamiento del estado nutricional de los adultos mayores para mejorar las condiciones de salud y reducir los factores de riesgo.

HOJA DE IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Mariana Elizabeth Ramos Díaz

Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos de base del IMSS

HGZ MF 9 IMSS de Ciudad Guzmán Jalisco.

Matricula 99147834

Teléfono Celular 331 485 7145

e-mail: marelyrd@gmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dra. Marisol Isabel Sánchez Acosta

Médico Familiar Adscrito al HGZ MF 9 IMSS

Ciudad Guzmán Jalisco.

Matricula 10466932

Teléfono Celular 341-103-03-05

e- mail: marisolsanchezacosta@msn.com

SEDE DE LA INVESTIGACIÓN:

Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 en Ciudad Guzmán Jalisco en Consulta Externa de Medicina Familiar.

MARCO TEÓRICO

Infección de Vías Respiratorias Altas.

Las infecciones respiratorias agudas superiores, se refiere a la enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.¹

Las infecciones agudas de las vías respiratorias altas son procesos inflamatorios de la mucosa respiratoria desde la nariz hasta el árbol inferior sin incluir los alveolos, se presentan con malestar y varios síntomas que se superponen como odinofagia (faringitis), rinorrea (catarro común), tos (bronquitis), sensación de plenitud y dolor facial (sinusitis).²

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son patologías que afectan al tracto respiratorio desde la faringe proximal hasta los pulmones con evolución menor a 15 días, y constituyen la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en el mundo.³

Las infecciones respiratorias altas son las que afectan la nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senos paranasales. Debe de considerarse que la mucosa del tracto respiratorio superior es continua por lo que una infección en cualquiera de sus sectores puede propagarse hacia sus sectores inferiores.⁴

Las infecciones respiratorias altas pueden ser rinitis aguda (resfriado común), faringoamigdalitis, otitis media aguda, laringotraqueobronquitis y sinusitis, que en su mayoría son de origen viral y muy raramente de origen bacteriano.⁵

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, auto limitada, de carácter benigno, transmisible llamado también catarro común, resfrió, rinofaringitis o nasofaringitis, aunque en algunos casos estos términos resulten inapropiados pues no siempre el resfriado común compromete la faringe; mal llamada gripa, constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores.⁶

Los factores de riesgo que determinan la frecuencia e incidencia de las infecciones respiratorias altas en el adulto mayor, son la deficiencia de respuesta del aparato

respiratorio, contaminación ambiental, polvo, contaminación de lugares de trabajo por exposición de humos y vapores industriales, tabaquismo pasivo y activo, cambios climáticos, exposición a lugares cerrados y concurridos, condiciones insalubres de las viviendas, por contacto con animales y la falta de ventilación, el estado nutricional del paciente y el hacinamiento. Durante el proceso de envejecimiento surgen cambios anatómicos y fisiológicos en los diferentes sistemas y órganos del hombre. El aparato respiratorio no escapa de ello; aunque no existe enfermedad del aparato respiratorio relacionada específicamente con la edad, pero esta modificada en muchos aspectos determinadas afecciones broncopulmonares.⁷

El aparato respiratorio se encuentra afectado en forma más marcada que cualquier otro sistema con el envejecimiento. La OMS pronostica que la frecuencia de muchas de estas enfermedades lejos de disminuir aumentará en un futuro inmediato, ellas se asocian a una importante morbilidad y mortalidad y constituyen un problema socio-sanitario debido a su elevada prevalencia y costo. En lo referente a las enfermedades respiratorias agudas se encontró que las infecciones agudas altas ocuparon un lugar importante dentro de los enfermos respiratorios. Estas entidades tienen cada vez mayor relevancia dentro de la población adulta mayor que se encuentra institucionalizada debido a que la mayoría de estas enfermedades presentan gran transmisibilidad teniendo como riesgo adicional la convivencia en estos lugares de muchas personas.⁸

Como en otros órganos el proceso de envejecimiento lleva a una disminución en la reserva fisiológica a nivel respiratorio las principales características del envejecimiento el sistema respiratorio refleja cambios anatómicos y estructurales a nivel de: el retroceso elástico pulmonar, la distensibilidad de la pared torácica y la fuerza de los músculos respiratorios. La disminución en el retroceso elástico estático del pulmón produce un incremento en el volumen y la capacidad residual funcional. Estos cambios ocasionan dilatación de la vía aérea, colapso de las pequeñas vías aéreas y disminución de los volúmenes espiratorios. La distensibilidad de la caja torácica disminuye y la del pulmón se incrementa, esto

produce un mayor trabajo respiratorio y coloca al grupo de ancianos en mayor riesgo de desarrollar insuficiencia respiratoria cuando se sobrepone un evento estresante que incrementa las demandas metabólicas y ventilatorias.⁹

Los efectos en la salud humana debido a la exposición a contaminantes atmosféricos se han convertido en un problema de salud pública según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo ocurren cerca de 800 mil muertes prematuras cada año debido a la exposición a partículas de contaminantes del aire en exteriores. Por su parte, los efectos en la población adulta mayor se deben a los cambios anatómicos y fisiológicos degenerativos propios de la edad como incremento de las glándulas mucosas, calcificación de cartílagos, disminución de la elasticidad pulmonar, reducción de la superficie alveolar y aumento del volumen residual. Adicionalmente, el proceso de envejecimiento afecta los mecanismos de defensa pulmonar haciéndolos más susceptibles a proceso infeccioso.¹⁰

Epidemiología:

Las infecciones respiratorias altas son la primera causa de morbilidad en México y el principal motivo de consulta externa en adultos mayores de ambos sexos.¹¹

Cada año ocasionan altas tasas de morbimortalidad dentro de las enfermedades infecciosas, las iras se presentan en todas las edades, aunque su frecuencia y gravedad es mayor en los menores de cinco años y los mayores de 65 años.¹²

El Resfriado común es una de las enfermedades agudas más prevalentes en todo el mundo. Está implicada en alrededor del 40 % de la pérdida de tiempo de trabajo y el 30% del tiempo perdido de la educación. La mayoría de los adultos contraen de 2 a 4 resfriados en el año.¹³

Las infecciones agudas de la mucosa y tejido faríngeo constituyen una de las causas principales en las consultas en la atención primaria (50% motivos de consulta por infecciones respiratorias altas). Las producidas por estreptococo B-hemolítico del grupo A se relacionan mayor incidencia a finales de la primavera,

inicio del verano y en invierno. Las producidas por estreptococo B-hemolítico del grupo A son poco frecuentes en mayores de 50 años. ¹⁴

La vía de contagio más importante es el contacto directo con personas infectadas, por específicamente con sus secreciones nasofaríngeas contaminadas al toser o estornudar (por las gotas de flugge), presentes principalmente en la piel de cara y manos, en algunos objetos sobre todo de nylon y algunas superficies como la formaica y por el polvo. ⁵

Otra vía de transmisión, quizá más importante es el traspaso de partículas virales por contacto directo de manos y objetos contaminados con secreciones respiratorias a las manos de individuos susceptibles, estos hechos explican la gran facilidad con que pueden diseminarse estas infecciones produciendo epidemias. Ya que solo se requieren de 10 partículas virales para producir infección por influenza A según estudios experimentales. ¹¹

La nasofaringe en condiciones normales generalmente no permite el desarrollo de patógenos en el cultivo, pero cuando hay un estancamiento de secreciones se origina la infección por contigüidad, por las facilidades anatómicas de la trompa de Eustaquio, puede emigrar al oído medio. ⁵

Etiología:

Los principales microorganismos causantes de las IRAS son por agente viral: rinovirus (el más frecuente, adenovirus, MOXOVIRUS, influenza, virus respiratorio sincitial, para influenza. Bacteriana: H. influenzae, H. beta hemolítico del grupo A, S. pneumoniae y Corinebacterium diphtheriae y Chlamydia tracomatis. ⁵

El 80% de las otitis medias tienen etiología bacteriana, siendo la más frecuente en OMA: S. pneumoniae (29%), H. influenzae (23%), B. catarralis (13%), S. pyogenes (4%), P. aeruginosa (2%), S. aureus (2%) y en la OMC el más frecuente es el H. influenzae (13%), después la B. catarralis (9%), S. pneumoniae (8%), S. aureus (3%), P. aeruginosa (4%), P. pyogenes (1%). ⁵

La faringoamigdalitis aguda es una de las enfermedades infecciosas más comunes en la consulta familiar. La etiología más frecuente es la viral, dentro de la

etiología bacteriana el principal agente responsable es el estreptococo pyogenes o estreptococo B-hemolítico del grupo A, causante del 5-30% de los casos. ¹⁴

Signos y Síntomas:

El resfriado común se auto limita, por lo general se resuelve dentro de 7 días, aunque los síntomas pueden persistir hasta por 3 semanas, los principales síntomas son malestar general, fiebre, estornudos, congestión nasal, congestión conjuntival, rinorrea, dolor de garganta, comezón en la nariz, tos, disfonía, cefalea, mialgias, en la Faringitis de etiología viral: tos, disfonía, congestión nasal, dolor faríngeo de más de 5 días de duración, vesículas o aftas, en la Rinitis alérgica: congestión nasal, rinorrea, estornudos y prurito nasal y en la Sinusitis: cuadro clínico de ira que persiste por más de siete días, dolor facial que se intensifica con los cambios de posición y dolor en puntos de los senos paranasales, congestión nasal. ^{1, 13, 15}

Faringoamigdalitis estreptocócica: fiebre, exudado amigdalino, inflamación amigdalina o faringe hiperémica, adenopatía anterior dolorosa o linfadenitis, ausencia de tos, si la sospecha es alta y no hay disponibilidad de prueba rápida de *S. pyogenes* y cultivo de exudado faríngeo o los resultados no son inmediatos se sugiere iniciar tratamiento empírico. ¹

Otitis Media Aguda (OMA): hipoacusia, otalgia, fiebre, acufeno o vértigo, la caja timpánica llena de exudado infectado (pus), ocasiona cambios en la membrana timpánica, abombándose y ocasiona rotura por lo que hay salida de secreción purulenta y liquido hemorrágico por el estallido de la membrana, lo que ocasiona que la fiebre baje, la otalgia desaparece y la hipoacusia mejora. El 30% de las OMA desemboca en Otitis Media Crónica (OMC), que presenta cuadros repetitivos y más severos que pueden causar lesión funcional irreversible (hipoacusia variable), daño permanente en la membrana timpánica que ocasiona deformidad de la membrana, e incluso la muerte por complicaciones a nivel neurológico. ⁵

Las complicaciones del resfriado común incluyen otitis, sinusitis y exacerbaciones de las enfermedades respiratorias reactivas. ¹⁶

Diagnóstico:

El diagnóstico se establece mediante las manifestaciones clínicas del resfriado común, los criterios de Centor para faringoamigdalitis estreptocócica: fiebre, exudado o inflamación amigdalina, faringe hiperémica, adenopatía, linfadenitis, ausencia de tos. La prueba rápida de *S. pyogenes*.¹ cultivo de exudado faríngeo el cual se realiza en pacientes con criterios clínicos de faringitis estreptocócica y en los que no hay respuesta al tratamiento. ^{1,5}

El seguimiento con cultivos de control de exudado faríngeo se realiza en pacientes con antecedentes de fiebre reumática, pacientes con faringitis aguda en un brote de fiebre reumática, pacientes con faringitis aguda durante un brote de glomerulonefritis aguda postestreptocócica o faringitis por estreptococo del grupo A en comunidades cerradas o parcialmente cerradas, contacto familiar de tipo “ping-pong” de *Estreptococo* del grupo A. ¹

Tratamiento.

No Farmacológico:

El tratamiento es sintomático, analgésicos, antihistamínicos y antitusivos, que generalmente están indicados para disminuir los síntomas. Ocasionalmente lubricantes nasales. Entre las alternativas se encuentran vitamina c, ginseng asiático, y ginseng de américa del norte (*panax quinquefolius*), equinacea purpura, la alicina, prebióticos, pastillas de zinc. La vitamina C como tratamiento preventivo para resfriado común, ninguno de los ensayos realizados demostró eficacia en la prevención y mejoramiento de los síntomas de resfriado común. ¹³

La equinacea purpura utilizada su raíz y sus flores con fines medicinales, en algunos pueblos de Europa donde se hizo popular para problemas infecciosos. En estudios de laboratorio se analizó que la equinacea purpura activa los macrófagos

aumenta la fagocitosis, mejora la producción de citoquinas y la actividad de las células inmunológicas y de anticuerpos, mejora el recuento linfocitario y de monocitos. En 764 adultos sanos con síntomas de resfriado común se redujeron los síntomas de gravedad en 4 de 6 en sayos que se realizaron con equinacea purpura en distintas fórmulas, 3 con tinturas, 2 con tabletas y 1 con derivados de diversos extractos de equinacea purpura, equinacea pálida y equinacea angustifolia.¹³

Hay pruebas moderadas de que equinacea purpura puede ser eficaz para el tratamiento de resfriado común, la falta de información de las dosis y la fórmula adecuada limita la recomendación como tratamiento para resfriado común.⁸

Un estudio de 146 adultos sanos comparó un extracto de alicina de dosis alta (180 mg al día) con placebo durante 12 semanas durante los meses de invierno. El resultado fue espectacular; el grupo de tratamiento tenían 64% menos resfriados (24 vs 65, $p < 0,001$), y la duración síntomas se redujo en un 70% (1,52 vs 5,01 días, $p < 0,001$). Los que están en el grupo de tratamiento eran mucho menos propensos a desarrollar más de 1 cuadro de resfriado común (2 vs 16 participantes desarrollaron más de un resfriado común).¹³

Para la prevención, la evidencia más consistente apoya el uso de un mínimo de 1 g de vitamina C por día, lo que disminuyó la duración de los síntomas.¹³

El zinc es un mineral esencial utilizado en cientos de rutas bioquímicas, y la deficiencia ha sido asociada durante mucho tiempo con el riesgo de infección. Mecanismos postulados en el resfriado común con rinovirus incluyen interferir en el corte de la proteína de la cápside o de unión a la molécula de adhesión intracelular-1 en el epitelio nasal, y la protección de las membranas plasmáticas de las toxinas microbianas y complemento. Las pastillas de zinc reducen la duración de los síntomas y la gravedad en 5 de 9 ensayos. Los resultados son difíciles de interpretar por 3 razones. Las primeras dosis; 4 de 5 estudios que utilizaron dosis más altas de zinc elemental (13 a 23 mg por pastilla cada 2 horas) encontraron una reducción de 1,3 a 6,9 días en la duración de los síntomas y reducción de la severidad de los síntomas. La segunda cuestión es la biodisponibilidad. Ensayos

negativos han criticado el uso de la formulación que incluyó cítrico, ácido tartárico, sorbitol o manitol, todos los cuales se unen a un activo zinc elemental. Ensayos más positivos se utilizó acetato o gluconato, que no se unen a zinc tan fuerte como orotato o citrato. Parece que el zinc podría ser efectivo para los resfriados en tratamiento, pero los problemas de la dosis y la biodisponibilidad aún no están esclarecidos. Estudios futuros deben utilizar dosis más altas y asegurarse de que formulaciones no contiene agentes que podrían unirse de otra manera e interferir con el zinc elemental. Las pastillas que contienen al menos 13 mg de zinc elemental pueden ser utilizar cada 3 horas a la primera señal de un resfriado. Efectos secundarios se reportaron, sabor amargo, náuseas y disminución de olor y sabor. No se recomienda el uso prolongado de zinc (6 a 8 semanas), ya que puede conducir a la deficiencia de cobre. ^{16,13}

Se ha estudiado un tratamiento alternativo para el resfriado común basado en un preparado Fito terapéutico elaborado con las raíces de Pelargonium, que posee un excelente perfil de seguridad. Actualmente se está utilizando en Europa en forma de preparados Fito terapéuticos para el tratamiento de las Infecciones respiratorias, existe evidencia de la eficacia y efectividad para bronquitis aguda a partir de ensayos clínicos de rigor, con ello la tasa de replicación del virus es mucho menor y los marcadores inmunitarios aumentar más rápidamente, además su efecto antimicrobiano ayuda a prevenir las infecciones recurrentes. ¹⁷

Cuidados para mejorar la vía aérea, elevar la cabecera de la cama, aspiración de secreciones, reposo, inhalaciones de vapor para el acumulo de secreciones en las narinas, incrementar la cantidad y frecuencia de líquidos, bebidas calientes para odinofagia y gargarismos con solución salina. ¹⁸

Farmacológico:

El paracetamol como medicamento de elección o más indicado, ayuda a aliviar la obstrucción nasal y la rinorrea, pero no parece mejorar el dolor de garganta, malestar general, estornudos y tos. Aunque no hay estudios que demuestren su eficacia. ¹⁸

Se ha demostrado que el uso de esteroides (corticoesteroides) ayuda a aliviar los síntomas en otros tipos de IRAS, mediante la reducción de la inflamación del recubrimiento de la nariz y la garganta, lo que significa que también podrían mejorar los síntomas del resfriado común. ¹⁹

Las pruebas actuales no apoyan la administración de corticoesteroides intranasales para el alivio sintomático del resfriado común. Solo dos ensayos y el poder estadístico fueron limitados. ¹⁹

No se recomienda el uso de antimicrobianos en los pacientes con resfriado común, el tratamiento de esta enfermedad debe de ser conservador. Si el paciente reúne los criterios de resfriado y se encuentra en tratamiento antimicrobiano se recomienda suspenderlo. ¹

La combinación de descongestionantes y antihistamínicos es la combinación más efectiva, aunque muchas personas experimentan efectos adversos como somnolencia, sequedad de boca, insomnio y mareos. ²⁰

Los resfriados comunes son causados por virus, por lo tanto, no responden a los antibióticos, y los antibióticos pueden causar efectos secundarios, especialmente diarrea. El uso excesivo de antibióticos conduce a que las bacterias se vuelvan resistentes a los antibióticos. ²¹

Tratamiento de OMA:

Amoxicilina 20-40 mg/kg/día. Eritromicina 50 mg/kg/día más sulfonamida 150mg/kg/día. Por 10 días. En caso de resistencia Cefaclor 20-40 mg/kg/día, o combinaciones de amoxicilina con Clavulánico 20-40 mg/kg/día. ²²

La OMA recurrente puede tratarse mediante profilaxis con antibióticos durante un tiempo prolongado, a dosis diarias únicas por vía oral, Sulfametoxazol 500 mg o amoxicilina 250-500 mg. durante uno a tres meses. ²²

OMC el tratamiento es definitivo es quirúrgico en la mayoría de los pacientes. La reparación del tímpano en casi el 90% es posible a menudo con eliminación de la infección y mejoría importante de la audición. La actividad de la Ciprofloxacino

contra *Pseudomonas* puede ayudar a secar el oído con secreción crónica cuando se administra en dosis de 500 mg vía oral cada 12 horas durante una a seis semanas. ²²

El tratamiento antimicrobiano de faringitis estreptocócica: Penicilina Procaínica 800 000 UI por 3 dosis una cada 24 horas, una penicilina Benzatínica de 1,200, 000 UI el cuarto día, en los alérgicos a penicilina Eritromicina 30-40 mg/kg/día vía oral en 4 dosis por 10 días, Clindamicina 10-20 mg/kg/día vía oral en cuatro dosis por 10 días, en falla de antimicrobianos Amoxicilina-Clavulánico 20-40 mg/kg/día vía oral en 3 dosis por 10 días. ¹

Tratamiento para sinusitis:

Amoxicilina 70-90 mg/kg/día cada 8 horas vía oral x 10 días, Amoxicilina con ácido Clavulánico 40 mg/kg/día cada 8 horas vía oral por 10 días, Cefuroxima, Cefotaxima o Ceftriaxona para pacientes hospitalizados. ¹⁵

El tratamiento del resfriado común debe basarse, ocasionalmente, en fármacos (antitusígenos, antitérmicos, mucolíticos, descongestionantes nasales y antihistamínicos) para el alivio de los síntomas y antibióticos solo cuando exista sospecha de sobreinfección, no está indicado el uso de broncodilatadores B2 si no hay datos de broncoespasmo, el uso de antibióticos promueve las cepas resistentes y en el 30% de resfriados común se trata con antibiótico, los antitusígenos deben utilizarse solo en caso de tos seca y solo si es muy intensa. El agua es el único mucolítico que ha mostrado eficacia, es por esto que se indica abundantes líquidos. ¹⁷

Lavado de manos frecuente con el manejo de personas enfermas de IRAS y el manejo de personas susceptibles. ¹⁸

Evitar el hacinamiento y cuarentena de pacientes con IRAS en lugares como guarderías, escuelas y oficinas. ¹⁷

Evitar el tabaquismo activo y promover no exposición como fumadores pasivos. ¹⁸

Los efectos en la salud humana debido a la exposición a contaminantes atmosféricos se han convertido en un problema de salud pública, según la OMS en el mundo ocurren cerca 800 mil muertes prematuras cada año debido a la exposición a partículas de contaminantes del aire en exteriores.¹

Calidad de Vida:

Las IRAS tienen una evolución favorable y se auto limitan, el pronóstico es bueno para la vida, malo para la productividad.²⁰

La nutrición es uno de los pilares de la salud. Las personas mayores deben prestar especial atención a su alimentación, el cuidado del anciano no consiste solo en dar un tratamiento eficaz a sus enfermedades si no en una dieta adecuada y eficaz que logre como resultado prolongar la esperanza de vida y la calidad de ella para reducir las incapacidades y evitar la mortalidad prematura. Las personas mayores deben presentar mayor atención a su alimentación, pues los problemas nutricionales son frecuentes y sus repercusiones mucho más graves que en otras etapas de la vida. Las patologías de mayor incidencia en la edad avanzada son las enfermedades cardiovasculares, al cáncer y las enfermedades del sistema respiratorio.²³

ANTECEDENTES:

Martínez Gonzáles y cols. En el hospital Juan Domínguez Guerrero (JDG), en la Soledad (Barranquilla, Colombia), en 2014 Realizaron un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, retrospectivo, incluyeron 663 habitantes del área urbana y rural del municipio de Soledad y municipios aledaños. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y la muestra correspondió a pacientes que acudieron a urgencias y consulta externa del hospital JDG en el periodo de 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013 y que presentaron las siguientes manifestaciones clínicas; fiebre de $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$, tos y otros síntomas del tracto respiratorio superior de no más de 7 días de evolución o cualquier paciente con enfermedad respiratoria aguda que requirieron hospitalización y que presentaron fiebre $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$. Tos y dificultad para respirar. Se estudiaron variables sociodemográficas tales como sexo, edad, municipio y zona de residencia estrato socioeconómico y régimen de seguridad social en salud. Se analizaron 663 historias clínicas de pacientes que consultaron el hospital con diagnóstico de IRA, el 57% (378 pacientes) corresponden a infección respiratoria grave, 43% (285 pacientes) presentaron enfermedad similar a la influenza y requirió manejo ambulatorio. Del total de casos de IRAS reportados 99.5% residen en zona urbana y el 0.5% en áreas periurbanas, el 52.2% (346 pacientes) eran hombres y 48.8% (317 PACIENTES) eran mujeres. Las etapas más frecuentes de pacientes con IRA fueron lactantes 36%, adultez 13.7%, adulto mayor 11.8% y lactante mayor 11.6%, preescolar 11%. Las Iras fueron más frecuentes de Agosto a Noviembre. El 70% se presentaron en niños menores de 5 años y mayores de 60 años, este último grupo más susceptible debido a la inmunocompetencia de los adultos mayores.²⁴

Sánchez Casas y cols. En la provincia de Camagüey, en Enero a diciembre del 2011 realizaron un estudio descriptivo, observacional, de prevalencia y prospectivo, se estudiaron 364 pacientes, encontrando los factores inherentes al agente causal como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las neoplasias, el hábito de fumar las deficiencias inmunitarias, la contaminación ambiental y los factores socioeconómicos y el alcoholismo entre otras. Los pacientes estudiados

fueron los ingresados con el diagnóstico de infecciones respiratorias agudas, para determinar los hallazgos de virus respiratorios en las muestras clínicas tomadas. A cada enfermo se le realizó una encuesta epidemiológica y se le tomo muestra de exudado nasofaríngeo dentro de las primeras 72 horas de inicio de los síntomas. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de IRA (Sin límite de edad), con infección respiratoria aguda, con no más de 3 días de evolución. En 2011 resultaron positivos 37 niños (41.5%) y 31 adultos (55.3%), 2012 resultaron positivos 30 niños (22.7) y 21 adultos (24.1%) para una positividad total de 46.9 en el 2011 y de 23.2 en el 2012. De un total de 11 casos positivos 62 eran niños y 49 adultos, el virus que prevaleció fue influenza A en 73.9%, para influenza y boca virus en 60.0%, respectivamente, así como influenza C 100%. Virus respiratorios en adultos como: rinovirus 17 casos (38.7%), influenza A 17 casos (73.9%), Sincitial respiratorio A 1 caso reportado (9.1%), Sincitial respiratorio B 1 caso 50%, influenza A H1N1 3 casos 30%, Bocavirus 3 casos 60%, para influenza 3 casos 60%, Influenza B 2 casos y 50%, Influenza C1 caso 100%, coronavirus 1 caso 100%. En los adultos vivos la positividad fue de 35.1% y en los fallecidos de 55.5%. Se diagnosticó virus en 26.9% del total de fallecidos. ²⁵

García. Orihuela y cols. En el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y salud, (CITED) en la Habana Cuba durante 2009 y 2009, realizaron un ensayo clínico controlado, fase II, aleatorio y abierto, se incluyeron 100 pacientes. Estudiaron la eficacia de la Biomodulina T, (BM T) un medicamento natural en presentación homeopática que tiene un efecto inmunomodulador y carece de toxicidad. Se utilizó un diseño experimental de grupos paralelos, el universo de estudio lo constituyo pacientes egresados del CITED, los pacientes se distribuyeron en 2 grupos de igual tamaño. GRUPO A (casos) pacientes tratados con BM T homeopática por vía sublingual y GRUPO B (controles) pacientes tratados con BM T inyectable por vía intramuscular, Los grupos se concentraron en 3 edades decenales de 60-69, de 70 a 79, y de 80 y más. En general destacó el grupo de 70 a 79 años que representa un 41.3% siendo menor la presencia de pacientes con edad más avanzada en un 26.1%. La prevalencia de gripe se redujo al final tratamiento a 45.7% , Analizando el efecto terapéutico de la BM T en el

sentido si era o no capaz de reducir el nivel de presencia de afecciones respiratorias altas, tanto la presentación convencional como presentación homeopática tuvo el efecto terapéutico deseado para lograr el objetivo de disminuir las recidivas por gripe en los pacientes estudiados, La prevalencia de ingresos por gripe registro un descenso que resulto estadísticamente significativo de en el grupo de casos paso de 2.2 al inicio (por 100 pacientes) a 0.0 al final, el grupo control no presento casos de ingreso por gripe ni al inicio ni al final. La Biomodulina T en presentación farmacéutica tuvo buen efecto terapéutico en la reducción y severidad de las infecciones respiratorias altas, y logró disminuir los ingresos hospitalarios por esa causa y la polifarmacia. La reducción del número de fármacos que se consumían al inicio y al final fue significativa, El número de medicamentos consumidos disminuyó en ambos grupos al final del tratamiento, lo que se justifica con la disminución en la interrecurrencia de procesos infecciosos, demostrando la relación entre comorbilidad y polifarmacia. ²⁶

Claudio Olmos y cols. Realizaron un estudio en Santiago de Chile del 1ro. De Enero del 2008 al 31 de diciembre del 2008, con diseño descriptivo, en siete centros de atención primaria a la salud (APS), con información recogida prospectivamente, se recolectó la información diaria de las consultas de mayores de 15 años con diagnóstico de origen respiratorio, se clasificaron las consultas por causa respiratoria y no respiratoria, y esta a su vez en enfermedades agudas de vías aéreas altas y vías aéreas bajas. Se registró un total de 1, 170, 941 consultas en mayores de 15 años, 223.617 (19.10%) por causas respiratorias, de las cuales fueron por 103, 697 enfermedades respiratorias agudas altas (ERAA) (46.37%), el grupo etario de 65 y más acudieron a consulta 348, 978 de las cuales 63,211 (18.11%) fueron por causa respiratoria. En el grupo de 65 años y más con un total de consulta de 348, 978 solo el 5.14% fueron por ERAA con 17, 954 consultas, con mayor predominio las consultas por enfermedad respiratoria de vías aéreas bajas con 20,312 consultas (5.52%). Este estudio revela que las

enfermedades respiratorias constituyen un quinto de todas las consultas de morbilidad, para todos los grupos etarios la mayor proporción de consultas respiratorias pertenece a infecciones en vías aéreas altas, el EPOC y la neumonía se hace notar en mayores de 65 años, lo que refiere que los adultos mayores padecen de enfermedades crónicas y agudas muy graves. Todos los grupos etarios presentaron una marcada estacionalidad respecto a las consultas respiratorias en general, en relación directa con factores de riesgo como los altos niveles de contaminación y circulación de virus durante los meses de frío. ²⁷

Raúl Riquelme y cols. Al sur de Chile en el hospital Puerto Montt en el verano del 2012, realizaron un estudio clínico prospectivo. Se recogieron prospectivamente los datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio y radiológicos al ingreso de todos aquellos pacientes hospitalizados en servicio de medicina interna, por una enfermedad tipo influenza (ETI), síndrome febril o descompensación de una comorbilidad sin causa evidente y pacientes hospitalizados por otra causa, que presentaron el mismo cuadro. De 975 pacientes ingresados a medicina interna se les realizó estudio etiológico a 128 paciente 13%, se demostró infección por virus respiratorio en 34% (44/128) y 4.5% de los hospitalizados (44/975). El virus más frecuente fue virus respiratorio sincitial (VRS) con 21.5%, Influenza A (IA) CON 17.4%, 3 casos de para influenza, 2 casos de Metapneumovirus y un caso de Influenza B. Los pacientes con infección por virus respiratorio el 39% eran adultos mayores de 65 años, y tuvieron una estadía hospitalaria promedio de 2-4 días. El 86% tenía una o más comorbilidad, como asma, EPOC, DM, Cardiopatía. En ancianos la infección respiratoria por virus IA y VRS se asocian a mayor riesgo de muerte en cualquier grupo de edad mayor de 65 años. ²⁸

JUSTIFICACION

La referencia que se hace en el Plan Nacional de Salud específicamente del envejecimiento poblacional, que implica una participación creciente de los adultos mayores en la estructura poblacional, que implica una participación creciente de los adultos mayores de 65 años muestran una tasa de crecimiento superior al 4% anual que los llevara a concentrar en el 2030 al 12% de la población nacional, debido a que los adultos mayores representan un grupo vulnerable de frecuencia y recurrencia de cuadros de infecciones respiratorias altas y debido a los factores desencadenantes que predisponen esta recurrencia, un diagnóstico no oportuno ni acertado, el mal manejo terapéutico y el incremento en los costos debido a las complicaciones de salud se sostiene que la realización del presente estudio se encuentra ampliamente justificado.

MAGNITUD

Los problemas y síntomas respiratorios presentan actualmente el motivo más frecuente de asistencia a nivel de atención primaria. Son a la vez importante causas de mortalidad y morbilidad lo que ocasiona un elevado gasto económico por el consumo de recursos sanitarios provocando graves consecuencias sociales y personales. La OMS pronostica que la frecuencia de muchas de estas enfermedades lejos de disminuir, aumentará en un futuro inmediato, ellas se asocian a una importante morbilidad y mortalidad y constituyen un problema socio-sanitario debido a su elevada prevalencia y costo. ⁸ los factores de riesgo que determinan la frecuencia e incidencia de las infecciones respiratorias altas en el adulto mayor, son la deficiencia de respuesta del aparato respiratorio, contaminación ambiental, tabaquismo pasivo y activo, cambios climáticos, exposición a lugares cerrados y concurridos, condiciones insalubres de las viviendas, por contacto con animales y la falta de ventilación, el estado nutricional del paciente y el hacinamiento. ⁷

TRASCENDENCIA

Las infecciones respiratorias altas son la primera causa de morbilidad en México y el principal motivo de consulta externa en adultos mayores de ambos sexos. ¹¹

Cada año ocasionan altas tasas de morbimortalidad dentro de las enfermedades infecciosas, las infecciones respiratorias altas se presentan en todas las edades, aunque su frecuencia y gravedad es mayor en los menores de cinco años y los mayores de 65 años. ¹²

VULNERABILIDAD

El adulto mayor se encuentra dentro de un grupo con factores múltiples que los predisponen y hacen vulnerables a presentar enfermedades recurrentes y frecuentes debido a la deficiencia de respuesta inmunológica y anatómico funcional del organismo por el envejecimiento, esto determinado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales, económicas, culturales, religiosas de los individuos lo que reflejara la calidad de vida y la esperanza de vida de los adultos mayores. ^{7,8}

Las infecciones respiratorias representan un problema de salud ya que representa una de las principales causas de consulta en los adultos mayores y un incremento en el uso de recursos elevados por las complicaciones debido al mal manejo terapéutico y al diagnóstico no oportuno y ni veraz (debido a la falta de registro correcto de diagnósticos en base al CIE-10 y la omisión) que repercuten en mayores días de hospitalización resultado de las complicaciones y las principales causas de mortalidad por complicaciones de las IRAS en el adulto mayor. El mal manejo terapéutico de las IRAS genera la vulnerabilidad Y las complicaciones del adulto mayor ya que el abuso y mal uso de antibióticos genera complicaciones e incluso la muerte, ya que el diagnóstico es de predominio clínico y los signos y síntomas característicos a resultado difícil controlar las IRAS, y que en

condiciones de no ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente pueden generar pandemias sobre todo en los asilos y en los hospitales. La existencia de una comorbilidad hace que las IRAS sean más difíciles de tratar y controlar y esto predispone más complicaciones o el aumento de recursos para su tratamiento. El incremento en la población de adultos de 60 años y más incrementa la vulnerabilidad de este grupo etario. ⁸

FACTIBILIDAD

Fue factible realizar el estudio con los recursos disponibles sin necesidad de recursos adicionales ya que para cumplir los objetivos se realizó revisión de notas médicas del expediente clínico y de las estadísticas del SIAIS (Sistema Informático de Atención Integral a la Salud).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el municipio de Ciudad Guzmán, Jalisco se encuentra una población total de 100,534 habitantes en el 2010, el 10% pertenece a adultos mayores de 60 años, los hombres representan el 9.3% y las mujeres un 10.6% de acuerdo a las estadísticas del INEGI, cabe mencionar que la población de adultos mayores se incrementó en los últimos 10 años ya que en el 2000 la población era de 8.2%, en el 2005 de 9% y en el 2010 representa un 10% de la población total. Las IVRA en adultos mayores ocupan los primeros 10 lugares de causa de consulta (cuadro 1).

Cuadro 1 Principales motivos de consulta en adultos mayores de 60 años y más, del HGZ MF No. 9 en Ciudad Guzmán

Orden	Causa	Masculinos	Femeninos	Total
1	Hipertensión Arterial	7077	11,865	18,942
2	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente	3563	4784	8,347
3	Otras enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas	395	487	882
4	Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón	583	241	824
5	Trastornos de Ansiedad	126	483	609
6	Artrosis	183	411	594
7	Trastornos del metabolismo de las Lipoproteínas y otras lipemias.	234	289	523
8	Gonartrosis	194	222	416
9	Caries Dental	224	134	358
10	Infecciones Respiratorias Agudas	144	159	303

Fuente: SIAIS Diciembre del 2013 a Diciembre del 2014 (29).

Las infecciones de vías respiratorias altas representan un problema de salud muy frecuente en la consulta de medicina familiar. (29), (30).

Las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar de las enfermedades en adultos de 60 y más años, con 197 casos, dentro de las causas generales de morbilidad en la población las IRAS ocupan el primer lugar, con 6872 casos, ambas en Ciudad Guzmán. (30), (cuadro 2).

Cuadro 2. 10 principales Motivos de consulta en el servicio de Medicina Familiar en el HGZ MF No. 09

Orden	Causas	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1	Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores de sitios múltiples o no especificados	2307	2209	4516
2	Faringitis Aguda	1995	2037	4032
AR3	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente	1585	1917	3502
4	Diarreas y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	1701	1767	3468
5	Dorsalgia	1358	1605	2963
6	Supervisión del Embarazo Normal	0	2607	2607
7	Rinofaringitis Aguda (resfriado común)	1203	1156	2359
8	Otros trastornos del Sistema Urinario	609	1648	2257
9	Anormalidades de la Dinámica del Trabajo de Parto	0	2130	2130
10	Otras Cataratas	578	769	1347

Fuente: ARIMAC 2014 (30).

Estadísticamente las infecciones de vías respiratorias altas en general son más frecuentes en el grupo de edad de 60-69 años que en el de 70 y más. En relación al sexo es más frecuente en femenino que en masculino de ambos grupos de edad. Por grupos de edad es más frecuente en hombres y mujeres de 60 a 69 años que en 70 y más. De acuerdo a diagnóstico en hombres y mujeres es más frecuente la faringitis aguda, seguida del resfriado Común, en los dos grupos de edad 60-69 años y 70 y más. En las mujeres es más frecuente la consulta de primera vez en relación a las mujeres que presentan una consulta subsecuente. La frecuencia de la consulta de primera vez y subsecuente en las mujeres y hombres predominó en el grupo de 60-69 años que en el de 70 y más. (Cuadro 3) (29) (30).

CUADRO 3. Prevalencia e incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en Consulta Externa en el HGZMF No. 9

Diagnóstico	Consulta	Femenino		Masculino		Total
		60-69 Años	70 Años y +	60-69 Años	70 Años y +	
Resfriado Común	P	38	21	15	12	86
	S	9	5	8	2	24
Faringitis Aguda	P	77	37	32	22	168
	S	7	7	2	2	18
Faringitis Estreptocócica	P	0	0	1	0	1
	S	0	0	0	0	0
Faringitis Aguda No Especificada	P	77	37	31	22	167
	S	2	2	2	2	8
Inf. Respiratoria Alta de Sitio Múltiples no especificados	P	32	4	17	7	60
	S	7	7	0	0	14

Laringofaringitis Aguda	P	7	0	2	2	11
	S	1	0	0	0	1
Inf. De Vías Resp. Agudas de Sitios Superiores	P	23	4	15	5	47
	S	6	5	0	0	11

P: primera vez S: subsecuente

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades, se realiza a través del Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) que forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) de la Secretaría de Salud, mismo que es enviado directamente del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE).

Sin embargo, no hay suficientes estudios actuales que nos ayuden a visualizar la magnitud del problema a nivel local y definan las características clínicas específicas de la población de 60 años y más. Por lo que se realizó la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características clínicas de los adultos mayores con infecciones de vías respiratorias altas en la consulta externa de medicina familiar en el hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 en Ciudad Guzmán, Jalisco?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las características clínicas de los adultos mayores con infecciones de vías respiratorias altas que acudieron a la consulta de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 de Ciudad Guzmán Jalisco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar características sociodemográficas de los adultos mayores con Infección de Vías Respiratorias Altas
- 2.- Determinar las características clínicas de los adultos mayores con Infección de Vías Respiratorias Altas
- 3.- Determinar manejo y tratamiento de los adultos mayores con Infección de Vías Respiratorias Altas.
- 4.- Comparar frecuencia de las características clínicas en relación al género en los adultos mayores con Infección de Vías Respiratoria Alta

HIPOTESIS

No hay hipótesis por ser un estudio exploratorio.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de prevalencia, longitudinal y retrospectivo.

UNIVERSO

Se obtuvo un registro de 608 pacientes de 60 y más años con diagnóstico de infecciones respiratorias altas de Diciembre del 2013 a Diciembre del 2014 en la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9.

CALCULO MUESTRAL

Se tomó en cuenta una prevalencia del 50%, características con un poder de la muestra de 80% y un error 5% absoluto. Se aplicó la fórmula del programa estadístico EPI INFO (Stat Calc para muestras poblacionales). El total de muestra fue de 335 pacientes.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times (p \times q)}{e^2}$$
$$1 + \frac{Z\alpha^2 \times (p \times q)}{e^2}$$
$$\frac{1 + \frac{Z\alpha^2 \times (p \times q)}{e^2}}{N}$$

N = Total de Universo 608
p = Prevalencia = 0.5
q = Prevalencia – 1= 0.5
e = 0.05
Zα² = 1.96
n = 33

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes de 60 años y más registrados en hoja RAIS que acudieron a la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 de Marzo a Junio del 2015 con diagnóstico de infección de vías respiratorias altas.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Falta de notas en el expediente.

VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	INDICADOR RESULTADO	ESTADISTICO DESCRIPCION
SEXO	Genero de Registro en el IMSS	Cualitativa nominal	Masculino o Femenino	Frecuencia simple y porcentaje
EDAD	Tiempo de vida desde el nacimiento	Cuantitativa de razón	Años	Desviación estándar y Media
OCUPACION	Actividad que realiza o realizó ordinariamente	Cualitativa nominal	Trabajador Jubilado o Pensionado	Frecuencia simple y porcentaje
MALESTAR GENERAL	Síntoma que se puede presentar con cualquier afección médica, sensación desagradable no localizada que afecta todo el cuerpo	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje

CONGESTION NASAL	Obstrucción de las fosas nasales debido a infecciones, contaminación, gripe o alergias, la respiración se dificulta y se incrementa la producción de moco, transparente y líquido	Cualitativa nominal	EVIDENTE O NO EVIDENTE	Frecuencia simple y porcentaje
LAGRIMEO	Se produce por irritación secundaria a la severa inflamación nasal	Cualitativa nominal	PRESENTE O AUSENTE	Frecuencia simple y porcentaje
ODINOFA GIA	Dolor de garganta producido al tragar fluidos.	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
PRURITO NASAL	Es una irritación incomoda de la mucosa nasal que ocasiona el deseo de rascarse la	Cualitativa nominal	EVIDENTE O NO EVIDENTE	Frecuencia simple y porcentaje

	nariz.			
DISFONIA O RONQUERA	Pérdida del timbre de la voz por un trastorno funcional u orgánico de la laringe	Cualitativa nominal	PRESENTE O AUSENTE	Frecuencia simple y porcentaje
AFONIA	Pérdida total de la voz	Cualitativa nominal	PRESENTE O AUSENTE	Frecuencia simple y porcentaje
CEFALEA	Dolor o molestia de la cabeza o el cráneo	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
MIALGIAS	Dolores musculares más o menos intensos y prolongados, localizado o difuso	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
HIPEREMIA FARINGEA	Aumento en la irrigación del tejido de la faringe	Cualitativa nominal	Presente o ausente	Frecuencia simple y porcentaje
AFTAS	Ulceras o llaga benignas abierta y dolorosa en la cavidad oral	Cualitativa nominal	Evidente o ausente	Frecuencia simple y porcentaje
EXUDADO AMIGDALINO	Presencia de secreción	Cualitativa nominal	Presente o ausente	Frecuencia simple y porcentaje

	blanquecina-grisáceo, que recubre la faringe posterior y el paladar blando.			
ADENOPATIA	Inflamación de uno o más ganglios linfáticos	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
OTALGIA	Dolor o malestar a nivel del oído	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
OTORREA	Drenaje de sangre, cerumen, pus o líquido del oído	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
FIEBRE	Aumento de la temperatura corporal por encima de lo normal 38° o mas	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
RINORREA	Flujo o emisión abundante de líquido por la nariz	Cualitativa nominal	SI NO	Frecuencia simple y porcentaje
TOS	Expulsión brusca, violenta y ruidosa del aire contenido	Cualitativa nominal	SI NO	Frecuencia simple y porcentaje

	en los pulmones			
ESTORNUDO	Expulsión violenta y ruidosa del aire de los pulmones que se realiza por la nariz y la boca mediante un movimiento involuntario y repentino del diafragma.	Cualitativa nominal	SI NO	Frecuencia simple y porcentaje
DIAS DE EVOLUCION	Días transcurridos a partir del inicio del padecimiento hasta el momento de la consulta.	Cuantitativa de razón	NUMERO	Desviación estándar y Media
FACTORES DE RIESGO	Es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una	Cualitativa nominal	Tabaquismo, Desnutrición Alcoholismo Polifarmacia Exposición prolongada a humos y polvos	Frecuencia simple y porcentaje

	enfermedad o lesión.			
ANTECEDENTES	Resumen global de carga genética, hábitos y costumbres.	Cualitativa nominal	Heredofamiliares, personales Patológicos y Personales No Patológicos.	Frecuencia simple y porcentaje
PRESENCIA DE INMUNIZACION PARA NEUMOCOCCO	Individuo ha tenido prevención para Neumococo	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
PRESENCIA DE INMUNIZACION PARA INFLUENZA	Individuo ha tenido prevención para Influenza.	Cualitativa nominal	SI O NO	Frecuencia simple y porcentaje
NUMERO DE EVENTOS DE IRA EN EL AÑO	Cuadros con signos y síntomas similares en un año	Cuantitativa de razón	NUMERO	Desviación estándar y Media
TRATAMIENTO MEDICO	Medicamento e incapacidad que otorga el médico tratante	Cualitativa nominal	Antibiótico, antipirético, antitusígenos, antihistamínicos, incapacidad	Frecuencia simple y porcentaje
TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	Recomendaciones, que hace el médico por escrito en general a todos	Cualitativa nominal	Complemento alimenticio, Vitaminas y/o Minerales, Prebióticos.	Frecuencia simple y porcentaje

	los pacientes con IRA			
COMORBIDO	Patología crónica que acompaña al paciente con IRA	Cualitativa nominal	Diabetes Hipertensión EPOC, Asma, IRC.	Frecuencia simple y porcentaje

PROCEDIMIENTO

Posterior a la autorización por el CLIES 1306 del HGR 46 del IMSS en Guadalajara Jalisco, se procedió a realizar el trabajo de campo.

LOCALIZACION DE EXPEDIENTES.

Se realizó una búsqueda en la hoja RAIS de los pacientes de 60 años y más que acudieron a la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 de Marzo a Junio del 2015 con diagnóstico de infección de vías respiratorias altas posteriormente se ingresó al SIMF para la revisión de expedientes y recabar los datos.

OBTENCION DE DATOS:

En el SIMF, de las notas médicas de los expedientes de pacientes con diagnóstico de Infecciones respiratorias altas, se obtuvieron los datos para el presente estudio, esto se vaciará en una hoja de recolección de datos.

VACIADO DE DATOS: Estos datos se pasaron a una hoja de cálculo de Excel. Para su análisis posterior.

ANALISIS ESTADISTICO:

Para la descripción de las variables cualitativas se utilizó frecuencia simple y porcentaje, para las variables cuantitativas media y desviación estándar, para comparar la frecuencia de datos clínicos de acuerdo al sexo se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo a cada uno de los tipos de ellas.

Se tomó una significancia de $P < 0.5$. Se utilizó el programa estadístico de EPI INFO 2000 para realizar el análisis estadístico.

Los resultados se expresaron en las tablas de distribución de frecuencia.

ASPECTOS ÉTICOS

El trabajo se autorizó por CLIEIS 1306 Hospital General Regional 46.

Está catalogado por la Ley General de Salud con riesgo mínimo en base al artículo 100 Fracción I a VII, artículos 15, 20, 23 y 33 los cuales se citan a continuación.

Artículo 100 – Fracción I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII.

Artículo 15 – Se debe garantizar la compensación y el tratamiento adecuado a los pacientes que han sufrido daños como resultado de su participación en la investigación adecuada.

Artículo 20 – La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable solo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridad de la salud de esta población o comunidad y la investigación no puede realizarse en una población no vulnerable. Además, la

población o comunidad deberá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resulten de la investigación.

Artículo 23 – El protocolo de la investigación debe enviarse para consideración, comentario, consejo y aprobación a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y deberá ser debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también de las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que estas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

El comité tiene derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información de control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Al final de la investigación, el investigador debe presentar un reporte final al comité con un resumen de los hallazgos y conclusiones.

Artículo 33 – Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacias de toda la intervención nueva deben ser evaluados mediante comparación con la mejor intervención (es) probada existente. El uso del placebo o ninguna intervención probada existente.

Cuando por razones metodológicas científicas y apremiantes, el uso de cualquier intervención menos efectiva que la ya probada o un placebo o ningún tratamiento son necesarios para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención; que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible como resultado de no haber recibido la menor intervención probada para los pacientes que reciben cualquier intervención menos efectiva que la ya probada, el placebo o ningún tratamiento.

Se mantendrán los preceptos de confidencialidad en la no divulgación de resultados particular de los pacientes.

El presente trabajo de investigación está bajo la normatividad de los preceptos realizados en la convención de HELSINKY y sus enmiendas posteriores.

RECURSOS

HUMANOS:

Investigador responsable: Dra. Mariana Elizabeth Ramos Díaz

Investigador asociado: Dra. Marisol Isabel Sánchez Acosta.

MATERIALES:

Computadora, impresora, hojas, lápiz y bolígrafo y expediente clínico.

INFRAESTRUCTURA: Se cuenta con servicios de archivo, y programa SIMF del IMSS.

FINANCIAMIENTO: Se hará a cargo del investigador responsable y la propia institución

RESULTADOS

I.- CARACTERITICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD DE LOS ESTUDIADOS

La tabla # 1 nos muestra la frecuencia de cuadros de IVRA por grupo etario. La media de 69.43+- 8 años.

Tabla # 1 Grupo de edades de los participantes del estudio.

Grupos de edad	Números de personas	%
60-69	197	59
70-79	96	28.8
80-89	34	10.2
90-99	8	2.4

GENERO DE LOS ESTUDIADOS.

La tabla # 2 nos muestra la prevalencia del sexo femenino de los estudiados.

Tabla # 2 Genero de los adultos participantes del estudio.

Sexo	Número de personas	%
Femenino	220	65.7
Masculino	115	34.3

OCUPACION DE LOS ESTUDIADOS.

La tabla # 3 nos muestra la prevalencia de la ocupación de los estudiados.

Tabla # 3 Ocupación de los participantes del estudio.

Ocupación	Número de adultos	%
Trabajador	47	14.1
Jubilado	2	0.6
Pensionado	99	29.7
Hogar	187	55.8

II.- CARACTERISTICAS CLINICAS.

COMORBILIDAD DE LOS ESTUDIADOS

La tabla # 4 nos muestra la prevalencia de la hipertensión y la Diabetes en los adultos estudiados.

Tabla # 4 Comorbilidad de los estudiados.

Comorbilidad	Frecuencia	%
Asma	1	0.4
Diabetes Mellitus	96	38.4
Hipertensión Arterial	206	84.4
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	15	6
Insuficiencia Renal Crónica	2	0.8
Obesidad	11	4.4
Sobrepeso	4	1.6

MANIFESTACIONES CLINICAS.

La tabla # 5 nos muestra la frecuencia de manifestaciones Clínicas de los estudiados.

Tabla # 5 Manifestaciones clínicas de los estudiados.

MANIFESTACION CLINICA	FRECUENCIA	%
MALESTAR GENERAL	21	6.93
ODINOFAGIA	87	28.71
FIEBRE	20	6.6
LAGRIMEO	5	1.65
TOS	133	43.89
ESTORNUDOS	3	.99
DISFONIA	9	2.97
AFONIA	1	0.33
CEFALEA	22	7.26
HIPEREMIA	259	85.47
EXUDADO	57	18.81
ADENOPATIA	1	0.33
OTALGIA	9	2.97
OTORREA	4	1.32
RINORREA	56	18.48
EXUDADO RETRONASAL	1	0.33
SIBILANCIAS ESPIRATORIAS	1	0.33
ASTRALGIAS	40	13.2
CONGESTION NASAL	16	5.28
CUADRO GRIPAL	73	24.09
DESCARGA RETROFARINGEA	19	6.27

CRITERIOS DE CENTOR.

La tabla # 6 nos muestra la recurrencia de la faringitis estreptocócica.

Tabla # 6 Evaluación de los Criterios de Centor de los estudiados. La media de 1.571+- 0.79

CRITERIO DE CENTOR	FRECUENCIA	%
0	33	9.9
1	113	33.9
2	158	47.4
3	30	9
4	1	0.3
total	335	100.5

VACUNA DE NEUMOCOCO.

La tabla # 7 no muestra la frecuencia con que se vacunan los estudiados.

La tabla # 7 Vacuna referida en los participantes.

VACUNA	FRECUENCIA	%
NEUMOCOCO	2	6.7
INFLUEZA	2	6.7

FACTORES DE RIESGO.

La tabla # 8 nos muestra los factores de riesgo de los estudiados.

Tabla # 8 Factores de riesgo en los estudiados.

FACTOR DE RIESGO	FRECUENCIA	%
EPOC	2	6.7
EXPOSICION A HUMO	10	33
OBESIDAD	3	9.9
TABAQUISMO	12	39.6
TABAQUISMO PASIVO	3	9.9

DIAS DE EVOLUCION DE MANIFESTACIONES CLINICAS.

La tabla # 9 nos muestra el promedio de días referidos desde el inicio del cuadro clínico el cual fue de 4.668 ± 3.221 días.

Tabla # 9 Días de evolución de manifestaciones clínicas.

DIAS DE EVOLUCIÓN	FRECUENCIA	%
1	29	13.6
2	34	15.9
3	31	14.5
4	16	7.5
5	34	15.9
6	8	3.7
7	44	20.6
8	3	1.4
10	7	3.3
14	1	0.5
15	6	2.8

III.- CARACTERISTICAS DE MANEJO, TRATAMIENTO MEDICO Y NO MEDICO.

TRATAMIENTO MEDICO.

La tabla # 9 nos muestra la terapia médica administrada

Tabla # 9 Tratamiento Médico.

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	%
AMBROXOL	77	27.72
LORATADINA	42	15.12
PARACETAMOL	61	21.96
ACIDO ASCORBICO	1	0.36
DICLOFENACO	35	12.6
CLORFENAMINA	10	3.6
CLORFENAMINA COMPUESTA	42	15.12
NAPROXENO	22	7.92
VITAMINAS	13	4.68
DEXTROMETORFANO	17	6.12
METAMIZOL	14	5.04
DIFENHIDRAMINA	6	2.16
BENZONATATO	22	7.92
SULINDACO	4	1.44
ELECTROLITOS	1	0.36

ANTIBIOTICOTERAPIA.

La tabla # 10 nos muestra el manejo con antibióticos para las IVRA.

Tabla # 10 Antibiótico recetado a los estudiados.

ANTIBIOTICO	FRECUENCIA	%
Amoxicilina con ac Clavulánico	22	10
Ceftriaxona	6	2.7
Procainica	49	22.4
Benzatínica compuesta	18	8.2
Ampicilina	68	31.1
Sódica	3	1.4
Trimetoprim con sulfametoxazol	13	5.9
Amoxicilina	19	8.7
Eritromicina	8	3.7
Azitromicina	1	0.5
Claritromicina	4	1.8
Ciprofloxacino	6	2.7
Dicloxacilina	2	0.9

TRATAMIENTO NO MEDICO.

La tabla # 11 nos muestra las recomendaciones no médicas sugeridas a los pacientes para evitar recurrencia de IVRA.

Tabla # 11 Tratamiento no médico.

Recomendación	frecuencia	%
Abundantes líquidos orales	89	62.3
Evitar bebidas frías	12	8.4
Evitar climas extremos	27	18.9
Evitar clima frío	9	6.3
Evitar exposición a polvos	2	1.3
Evitar exposición a humo	1	0.7
Evitar climas húmedos	8	5.6
Enjuague bucal	3	2.0
Abrigarse	2	1.3

DISCUSION

I. Características Sociodemográficas

En este estudio se encontró que el grupo de edad de mayor incidencia de Infecciones de Vías Respiratorias Altas fue el de 60 a 69 años (59%) seguido el del grupo de 70-79 años de edad (28.8%), coincide con lo reportado por Claudio Olmos y cols. Quienes encontraron que las IVRA fueron la causa más frecuente en adultos de más de 65 años en Santiago de Chile, lo que puede ser atribuible al deterioro del aparato respiratorio, a problemas de desnutrición y a comorbilidades que hacen al adulto mayor más vulnerable a padecer estas infecciones respiratorias.

En este estudio se encontró que en el sexo femenino (65.7%) predominaron las consultas por Infección de Vía Respiratoria Alta sobre el masculino (34.3%) lo cual no coincide con Martínez y Cols., quienes encontraron que la prevalencia fue en sexo masculino en adultos mayores, pudiera deberse a que muchos adultos están

en edad productiva aun, y por cuestiones laborales y de seguridad social , no acuden a consulta ya que se requiere de ausencia laboral o incapacidad, lo que pudiera significar que sí se enferman, pero no acuden a consulta médica, esto consecuentemente da como resultado la ocupación de mayor predominio fue al hogar (55.8%).

II. Características clínicas

En este estudio se encontró que la morbilidad por IVRA continúa incrementado en los adultos mayores y las comorbilidades más frecuentes referidas son HTA 84.4%, DM 38.4% Y EPOC 6%, lo que coincide con lo demostrado por Raúl Riquelme y Cols., donde las IVRA fueron más frecuentes en adultos mayores y que por lo menos tenían una o más de las comorbilidades como DM y/o EPOC.

En este estudio los días de evolución referidos por los adultos mayores fue de 7 (20.6%), 2 y 5 días (15.9%) y 3 días (14.5%), las manifestaciones clínicas reportadas en este estudio son: hiperemia en el 85.47%, tos en el 43.89% y odinofagia 28.71% cuadro gripal en el 24.09% lo que coincide con Martínez y Cols., quienes encontraron que la manifestaciones clínicas más frecuentes fueron tos, cuadro gripal y fiebre, con no más de 7 días de evolución, características clínicas de una Infección de Vías Respiratorias Altas en Colombia.

En este estudio se encontró el tabaquismo como primer factor de riesgo seguido por la exposición a humo de mayor predominio exposición en el hogar por cocinar con leña, con lo que coincide Sánchez casas y Cols., quienes encontraron que el tabaquismo y la contaminación fueron factores de riesgo para los adultos mayores en Camagüey Cuba.

En los resultados de este estudio solo el 47.4% de los adultos mayores presentaron solo 2 criterios de Centor, en algunos pacientes no se refirió ningún

criterio, estos criterios fueron referidos en las notas médicas lo que probablemente sea deficiencia en el interrogatorio dirigido o la omisión de información en la nota médica.

III. Características de tratamiento

En este estudio se encontró que a 219 de los 335 pacientes consultados se dio tratamiento con antibiótico sin requerirlo, esto representa más del 50% de tratamientos mal indicados, con predominio de ampicilina al 31.1%, Procainica 22.4%, y Amoxicilina con ac. Clavulánico al 10%, este estudio reporta la terapéutica médica más utilizada para el tratamiento del resfriado común fue el Ambroxol con el 27.72%, paracetamol al 21.96%, Loratadina al 15.12% y Clorfenamina Compuesta 15.12%, lo que coincide con Raúl Riquelme y Cols., quienes encontraron como parte del tratamiento evitar el uso irracional de antibióticos, para evitar complicaciones e incluso la muerte de adultos mayores, por no identificar tempranamente las características clínicas de la IVRA y dar tratamiento adecuado y oportuno. El tratamiento con antibióticos solo está indicado cuando exista sospecha de sobreinfección como Faringoamigdalitis Estreptocócica. Los criterios de Centor determinan el diagnóstico diferencial para la faringitis estreptocócica.

En este estudio se encontró que el tratamiento no médico recomendado en mayor frecuencia fue, la de ingesta de abundantes líquidos al 62.3% de los adultos mayores, al 18.9% se le recomendó evitar exposición a climas extremos y al 8.4% evitar ingesta de bebidas frías, cabe mencionar que en 182 notas medicas no había registro de ninguna recomendación, lo que hace suponer que al 54.6% de pacientes no se les dio ninguna recomendación o no fue registrada en la nota médica.

CONCLUSIONES

Se evidencio que el grupo etario con más de la mitad de consultas, fue el de 60 a 69 años, seguido del 70 a 79 años, las mujeres representaron más de la mitad, la mayoría correspondió a una actividad no remunerada como amas de casa, seguido de los pensionados y solo una cuarta parte labora activamente.

En relación a las características clínicas casi el total de los pacientes presentaron Hiperemia (85.47), la mitad de los pacientes presentaron tos y solo una cuarta parte presento odinofagia. La duración de las manifestaciones clínicas en primer lugar fue de 7 días sin representar la mitad de los pacientes estudiados una cuarta parte de los estudiados presentaron 2 y 3 días de evolución de las manifestaciones clínicas.

La hipertensión arterial fue la enfermedad concomitante más prevalente en más de la mitad de los participantes, seguida de la Diabetes Mellitus

El tabaquismo fue el factor de riesgo que más prevaleció seguido de la exposición a biomasa.

Finalmente el manejo médico en la mayoría de los pacientes no fue acorde a lo indicado para IVRA, se obtuvo que al 73.3% de los pacientes recibieron tratamiento con antibiótico, a pesar de que solo el 47.4% de los pacientes presentaron 2 criterios de Centor, de los cuales se requieren de 3 a 4 para justificar la indicación del antibiótico, los antibióticos más indicados fueron ampicilina en primer lugar, seguido de Bencilpenicilina, y Amoxicilina con Ácido Clavulánico en tercer lugar, la terapia médica complementaria fue ambroxol, paracetamol, loratadina y clorfenamina compuesta.

Las principales recomendaciones no médicas que se dieron fue ingesta de abundantes líquidos orales, evitar climas extremos y no ingerir bebidas frías, aunque se encontró muchas notas médicas donde no se refirió recomendación alguna.

SUJERENCIAS

Al Paciente:

Que atienda las indicaciones del médico para prevenir y mejorar las infecciones de vías respiratorias, que evite auto medicarse, acudir a vacunarse anualmente o cuando se les indique, alimentación balanceada, buena en cantidad y calidad, evitar exposición a factores de riesgo, evitar climas de riesgo, apego al tratamiento de comorbilidades, acudir a atención médica inmediata para evitar complicaciones y hospitalizaciones innecesarias. Cuidados de los cambios climáticos, apoyo familiar para reducir ambiente de riesgo, como el tabaquismo pasivo o la exposición a humos o a polvos prolongadamente.

Al Médico:

Capacitarse continuamente en tema de Infecciones Respiratorias para obtener datos y herramientas para el apoyo y el cuidado del adulto mayor, conocer la historia natural de la enfermedad para poder identificar factores de riesgo, manejo adecuado y para evitar gasto hospitalario de personal e insumos innecesarios.

Informar y Educar a los pacientes en relación a vacunas, en pacientes detectados como complicables por factores de riesgo y/o comorbilidades. Suspender antimicrobianos mal indicados en pacientes que no se justifica de acuerdo a las características clínicas. Dar continuidad a la evolución clínica y explicar tratamiento no médico para mejorar las condiciones del paciente.

Crear redes familiares de apoyo para lograr prevención de complicaciones, orientado, informando y trabajando con el cuidador del adulto mayor, para obtener apego a tratamiento, atenciones oportunas, medicina preventiva y alimentación adecuada, para lograr una mejor calidad de vida y evitar polifarmacia.

A la Institución:

Dar capacitación constante al personal de salud, trabajar en conjunto con el médico para detectar pacientes con factores de riesgo, formar equipo de atención

integral al adulto mayor donde se realice educación para la salud y este formado por un grupo interdisciplinario donde se de atención oportuna y adecuada para evitar altos costos hospitalarios y evitar complicaciones que generan deterioro en la salud del adulto mayor

Brindar educación para la salud a pacientes y familiares para conocer las medidas médicas y no médicas para detectar y evitar complicaciones de las Infecciones de Vías Respiratorias Altas.

Continuar y reforzar programas de no tabaquismo.

Mejorar la medicina laboral preventiva a las empresas y los trabajadores, para conocer factores de riesgo predisponentes para complicaciones como la exposición a humo y polvos por periodos prolongados a largo y corto plazo, buscando alternativas laborales en conjunto con empresas y autoridades de salud, para reducir costos hospitalarios.

REFERENCIAS:

- 1.- IMSS. Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo de la infección Aguda de Vías Aereas Superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta los 18 años de edad. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC__InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf
- 2.- Ramirez VI. Uso de antimicrobianos en infecciones agudas de vías respiratorias altas. Rev Med. IMSS 2005;43 (2) 247 – 255.
- 3.- Oliva GY, Piloto M, Gomez MP. Viral etiology of acute respiratory infections. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000100006&script=sci_arttext
- 4.- Nelson. Tratado de Pediatría. Mexico. Interamericana. 15 Ed. 1997.
- 5.- Martinez, MR. La salud del niño y el adolescente. 3ª. Ed. Mexico DF: Masson – Salvat; 1995.
- 6.- Chombo PR, Cuevas ER. Uso de antibióticos en infecciones de vías respiratorias altas. Rev Mexicana de Pediatría 2010; vol (77): S10 - S19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101c.pdf>
- 7.- Arredondo GJ, Campos SA, Contestabile DA, Flores DJ, Arcos CG, Galicia LR, Lima DG, Castro TF, Vivas EPR, et al. Cefalosporinas orales en infecciones respiratorias. Rev de Enf. Infecc. En Pediatría 2012; 1-7.
- 8.- Yakoot M, Salem A. Efficacy and safety of a multiherbal formula with vitamin C and Zinc (Immumax) in the management of the common Cold, International Journal of General Medicine 2011: 4 45-51.
- 9.- Singh M, Das R. Zinc para el resfriado común. Cochrane. 2013 jun 18: 4. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD001364/zinc-para-el-resfriado-comun>.

- 10.- Cruz HM Tratado de Pediatría. Nueva Edición. Barcelona, España: Oceano/ergon; 2007.
- 11.- Li S, Yue J, Dong B, Yang M, Lin X, Wu T. Acetaminofen (paracetamol) para el resfriado común en adultos. Cochrane. 2013 Jul 01: 1-3 . Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD008800/acetaminofeno-paracetamol-para-el-resfriado-comun-en-adultos>.
- 12.- Hayward G, Thompson MJ, Perera R, del Mar CB, Glasziou P, Heneghan C. et al. Corticoesteroides para el resfriado común. Cochrane. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD008116/corticosteroides-para-el-resfriado-comun>
- 13.- De Sutter A, van Driel M, Kumar A, Lesslar O, Skrt A. Combinaciones de analgésicos, descongestionantes y antihistamínicos orales para el resfriado común. Reviews 2012; feb 15:1-2.
- 14.- Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold infection of the upper respiratory tract. Cochrane. 2013 jun 04. Disponible en: http://www.cochrane.org/CD000247/ARI_antibiotics-for-the-common-cold-an-infection-of-the-upper-respiratory-tract
- 15.- McPHEE SJ, Papadakis MA, Diagnóstico clínico y tratamiento 48^a. Ed. México DF: Mc Grall Hill-Lange. 2009.
- 16.- Aragon- Alvarez SM, Tratamiento de las Infecciones de las vías respiratorias altas. Actualidad Científica, Avances Farmacológicos. Vol. 29 Num.6, Noviembre-Diciembre 2010; 92-97.
- 17.- Ocampo J, Aguilar C, Gómez J. Envejecimiento del sistema Respiratorio. Revista Colombiana de Neumología. 2011;17(3):178-190 . Disponible en: http://www.asoneumocito.org/wp-content/uploads/2012/02/Vol-17-3-10_g.pdf
- 18.- Rodríguez DL, Caro MV, Rivero RR, Azcuy HF. Eficacia Clínica e inmunológica del IGEAM en pacientes ancianos con infecciones respiratorias. Rev Cubana Farm. 2001;35(1):40-46

- 19.-García H, Váldez S, García E, Fernández S, Fernández M.Problemas de Salud Pulmonar en Adultos Mayores Hogar de Santovenia.Geroinfo.RNPS 2110.2009;4(3):1-9
- 20.- Cots YJ, Alós CJ, Bárcena CM, Boleda RX, Cañada MJ, Gómez GN, Mendoza BA, Vilaseca GI, Llov VC,et al.Guía Clínica para el Manejo de la Faringoamigdalitis aguda del Adulto.Farmaceúticos comunitarios.2015;7(1):20-31.
- 21.- Falcón- Torres LC, Martínez- Herмосilla A, Martíne-z Bueno M, González - Pérez M.Consideraciones sobre la nutrición como el elemento indispensable en la calidad de vida del anciano. revista cubana facultad de tecnología de la salud.disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/319>
- 22.- Jiménez HL.Efectos de la Contaminación atmosférica sobre las consultas a urgencias por enfermedades respiratorias en menores de 15 años y mayores de 60 años y mortalidad general en Callí,durante 2010 y 2011.2011;1-137. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/8551/1/CB-0466810.pdf>
- 23.- Cherry JD. Infecciones de las vías respiratorias superiores. Resfriado Común En Feigin RD, Cherry JD (eds). Tratado de infecciones en Pediatría. 3ª ed.. México: Interamericana Mc. Graw – Hill; 1995.: 157-162.
- 24.-Martinez L, Narváez J, Rúa Z, De Avila W, Morales I, Maestre R. Caracterización Epidemiológica de pacientes con Infección Respiratoria Aguda (IRA) en un Hospital de segundo nivel en la Región Caribe Colombiana. Dienc.Innov.Salud. 2014;2(2):82-87.
- 25.- Sánchez A, Acosta B, Piñon A, Cordero M. Aislamientos virales en niños y adultos con infecciones respiratorias agudas. Medisan.2014;18(8):1094-1100.
- 26.- García M, Capdevilla V, Suárez R, Rodríguez L, Castro I. Efecto de la Biomodulina T sobre las infecciones respiratorias altas y polifarmacia del anciano. Revista Habanera de Ciencias Médicas.2014;13(3):425-436.

27.- Olmos C, Mancilla P, Martinez L, Astudillo P. Epidemiología de las consultas respiratorias de adultos en Santiago de Chile desde 2003 a 2008. Rev Med Chile. 2015;143:30-38.

28.- Riquelme R, Rioseco ML, Agüero Y, Ubilla D, Mechsner P, Inzunza C, Riquelme M, et al. Infección por virus respiratorios en adultos hospitalizados en un servicio de Medicina Interna. Rev Med Chile. 2014;142:696-701.

29.- SIAIS (Sistema de Información de Atención Integral de la Salud) del HGZ MF No. 9 Diciembre del 2013 a Diciembre del 2014.

30.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Principales motivos de consulta en Medicina Familiar 2014. ARIMAC HGZ MF 09.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 9

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON
INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS EN LA CONSULTA EXTERNA
DE MEDICINA FAMILIAR

FECHA ____ DE ____ DEL 2016 Núm. De afiliación: _____

Edad ____ Sexo _____ Ocupación _____

Variables clínicas:

Malestar general ____ Odinofagia ____ Fiebre ____ Lagrimeo ____

Tos ____ Estornudos ____ Prurito nasal ____ Disfonía ____ Afonía ____

Cefalea ____ Hiperemia de Faringe ____ Exudado amigdalino ____

Adenopatía ____ Otagia ____ Otorrea ____ Rinorrea ____ Aftas ____

Otros _____

Vacuna Neumococo ____ Vacuna Influenza ____

Comorbilidad _____

ANTECEDENTES: Factores de riesgo _____

Tiempo de evolución de las características clínicas _____

Numero de eventos clínicos de Infecciones respiratorias altas _____

Tratamiento médico _____

Tratamiento médico _____ no