



**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 CLINICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 18 A 59  
AÑOS DE EDAD CON INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS  
AGUDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ  
MF 9 “**

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

**PRESENTA:**

**DRA. SANDY TINAJERO PACHECO**

**CIUDAD GUZMAN JALISCO A 13 DE SEPTIEMBRE DE 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.

## AUTORIZACIONES





**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1306  
H GRAL REGIONAL NUM 46, JALISCO

FECHA 15/01/2016

**DRA. SANDY TINAJERO PACHECO**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD CON INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS AGUDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ MF 9**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional;

Núm. de Registro
R-2016-1306-1

ATENTAMENTE

**DR.(A). XAVIER CALDERON ALCARAZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1306

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## CONTENIDO

	Pag.
TITULO.....	1
AUTORIZACIONES.....	2
CONTENIDO.....	5
RESUMEN.....	7
MARCO TEORICO .....	9
Definición Infecciones de Vías Respiratorias Superiores .....	9
Factores de Riesgo.....	9
Epidemiología.....	11
Etiología.....	11
Patogenia .....	12
Signos y síntomas.....	13
Diagnóstico.....	14
Tratamiento.....	15
Vigilancia y Seguimiento.....	22
ANTECEDENTES.....	23
JUSTIFICACION.....	26
Magnitud.....	26
Trascendencia.....	27
Vulnerabilidad.....	27
Factibilidad.....	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
Pregunta de Investigación.....	31
OBJETIVOS.....	33
General.....	33
Específicos.....	33
MATERIAL Y MÉTODOS.....	34
Universo de Estudio.....	34

<b>Calculo del tamaño de Muestra.....</b>	<b>34</b>
<b>Criterios de selección.....</b>	<b>35</b>
<b>VARIABLES.....</b>	<b>36</b>
<b>PROCEDIMIENTO.....</b>	<b>40</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>40</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>41</b>
<b>RECURSOS.....</b>	<b>43</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>54</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>59</b>
<b>Hoja de Recolección de Datos.....</b>	<b>59</b>

## **RESUMEN**

**Título de la tesis:** Características clínicas de los pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con infecciones de vías respiratorias altas agudas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ MF 9

**Introducción:** La infección respiratoria aguda es una de las principales causas de hospitalización y muerte en el mundo, a pesar de lo cual la identificación del agente etiológico de ésta no se logra en la mayoría de los casos y es tratada de manera empírica y con alta frecuencia de forma exitosa, con terapia antimicrobiana. Sin embargo el papel de los virus, como etiología de estas infecciones se está identificando con mayor claridad. Las infecciones respiratorias agudas son un diagnóstico común y aparentemente sencillo de realizar, sin embargo, la determinación de su agente causal es más compleja, pues las estrategias diagnósticas actuales son limitadas y poco disponibles en sitios de atención primario o incluso en instituciones hospitalarias en gran parte del mundo.

**Objetivo:** Se identificaron las características clínicas de los pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con infecciones de vías respiratorias altas agudas en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ MF 9.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo de prevalencia, se incluyeron 345 pacientes con diagnóstico de Infecciones Respiratorias Altas que acudieron a la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 Ciudad Guzmán, Jalisco, en el periodo de Marzo a Junio 2015. Se obtuvieron características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento, mediante la hoja RAIS se localizó al paciente en el grupo de 18 a 59 años, con diagnóstico de Infección de vías respiratorias altas o similares, posterior a obtener el listado de pacientes se ingresó al Sistema de Información en Medicina Familiar (SIMF) para buscar el expediente de los pacientes, de donde se tomaron los datos sociodemográficos, características clínicas, situaciones comórbidas, factores de riesgo, tiempo de evolución de las características clínicas, tratamiento médico, no médico y posteriormente se realizó vaciado de datos en hoja de cálculo Excel.



**Análisis estadístico:** La descripción de las variables cualitativas se utilizó frecuencia simple y porcentaje, para las variables cuantitativas media y desviación estándar.

**Aspectos éticos:** El trabajo fue autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud 1306 del Hospital General Regional 46 con número de registro R-2016-1306-01.

**Resultados:** Las infecciones de vías respiratorias agudas altas el grupo de edad de 28 a 37 años se presentaron en el 26.9%, con predominio en el género femenino (64.9%), así como en pacientes beneficiarios y asegurados en un 58.8%. Los factores de riesgo como exposición a humos en un porcentaje de 8.9%, polvos en 9.5% y además de tabaquismo en 9.5% estuvieron presentes en pacientes con infecciones de las vías respiratorias. Dentro de las características clínicas identificadas predominaron algunos síntomas como la odinofagia en 50.1%, la tos en el 49.2%, seguida de faringe hiperémica en un 40.8%, se presentó un promedio de 3 días de evolución, con presencia de 3 criterios de Centor en un 47.5%, el medicamento más prescrito fue la clorfenamina compuesta 37.3%, seguido de la amoxicilina en un 20%.

**Conclusiones:** Las infecciones de las vías respiratorias altas agudas, son una de las principales causas de consulta en el primer nivel de atención, con gran importancia cuando se presenta en etapa productiva, en la cual puede llegar a incapacitar laboralmente al paciente. Estas infecciones no son diagnosticadas ni tratadas adecuadamente y en ocasiones pueden llegar a complicarse. Se deben llevar a cabo medidas de prevención, promoción y educación para evitar que el paciente se auto medique ó acuda tardíamente a recibir atención médica, por ello al identificar sus características clínicas se lograra la disminución en su alta frecuencia y éxito en su manejo.

## **MARCO TEORICO**

### **DEFINICION DE INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA**

El termino infección aguda de las vías respiratorias superiores se refiere a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor a 15 días, frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacterias. <sup>1</sup>

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

### **FACTORES DE RIESGO**

Entre los factores de riesgo asociados a la incidencia de IRAS (infecciones respiratorias agudas) destacan:

- Condiciones ambientales. Los cambios ambientales como los frentes fríos favorecen patrones de conducta como el uso de leña y carbón intradomiciliario para mantener condiciones adecuadas de temperatura, condicionando contaminación ambiental y cambios en el epitelio respiratorio que favorecen la sobre colonización por microorganismos y se complica con alguna manifestación en la vía respiratoria. Durante el invierno e inicio de la primavera existen mayores posibilidades de registrar brotes epidémicos por los virus de la influenza, parainfluenza, rinovirus, adenovirus y virus sincitial respiratorio, entre otras, sin embargo existen virus cuya prevalencia es prácticamente todo el año. Los cambios ambientales generan inversión

térmica y alteraciones en la calidad del aire que se respira al igual que el tabaco y sus derivados.

- Disponibilidad y efectividad de la atención médica y medidas de prevención de infecciones para contener la diseminación, por ejemplo: vacunas, accesos a centros de salud, capacidad de aislamiento o distanciamiento social.
- Factores del huésped: edad, tabaquismo, capacidad del huésped para transmitir la infección, nivel de nutrición, infección anterior o concurrente con otros patógenos, condiciones clínicas subyacentes, así como la presencia de atopias. Se ha reconocido que la deficiencia de complemento y la deficiencia de inmunoglobulina A predisponen a la sobreinfección bacteriana por microorganismos capsulados, previamente conocidos.
- Factores genéticos: son más susceptibles los pacientes con antecedentes de padecer asma, fibrosis quística, displasia broncopulmonar y algunos niños con inmunodeficiencias selectivas, cardiopatías congénitas y ciertas características patogénicas que incluyen modos de transmisión, transmisibilidad factores de virulencia (por ejemplo: genes que codifican toxinas) y carga microbiana (tamaño del inoculo).<sup>3</sup>

El tabaquismo es el principal factor de riesgo de muerte prematura prevenible en el mundo. En la actualidad (2004), la Organización Mundial de la Salud estima que ocurren 4,9 millones de muertes anuales relacionadas con el consumo de tabaco. El consumo activo y pasivo de tabaco tiene efectos deletéreos sobre múltiples órganos, especialmente el sistema respiratorio.<sup>4</sup>

La exposición prolongada a humo de tabaco también afecta la incidencia, gravedad y evolución de múltiples otras afecciones respiratorias, como resfrío común, influenza, neumonía, tuberculosis, neumotórax, hemorragia pulmonar y algunas enfermedades intersticiales.<sup>4</sup>

Cohen y colaboradores expusieron a alrededor de 400 sujetos sanos a virus respiratorios en las narinas, observando en los fumadores mayor riesgo de

infección objetivado por cultivo viral o producción de anticuerpos séricos y síntomas de resfrío (odds ratio (OR): 2,23: IC95%:1,03-4,82). Este efecto del tabaco ha sido atribuido a un defecto en la respuesta inmune que limita la replicación viral o aumento del proceso inflamatorio que determina la producción de síntomas.<sup>4</sup>

## **EPIDEMIOLOGIA**

Las infecciones respiratorias altas (IRAS) son la primera causa de morbilidad en México y constituyen el principal motivo de consulta externa en niños y adultos de ambos sexos.<sup>5</sup>

Cada año ocasionan altas tasas de morbimortalidad y, dentro de las enfermedades infecciosas, ocupan unos de los primeros lugares como causa de muerte en la población general. Las IRAS se presentan en todas las edades, aunque su frecuencia y gravedad es mayor entre los menores de cinco y los mayores de 65 años.<sup>6</sup>

## **ETIOLOGÍA**

Los principales microorganismos aislados son los virus respiratorios, especialmente rinovirus (35%), virus influenza A y B (30%), virus parainfluenza (12%), virus sincitial respiratorio (11%) y adenovirus (8%).<sup>5</sup>

La infección por el virus influenza es menos frecuente pero de mayor gravedad y determina mayor número de consultas médicas y mayor ausentismo escolar y laboral. Noventa por ciento de estos episodios es de origen viral y el resto se debe a otros agentes como *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus B hemolítico* del grupo A, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y *Streptococcus spp.*<sup>5</sup>

## **PATOGENIA**

Los principales mecanismos de contagio son la inhalación de aerosoles o micro gotas con gérmenes y contacto directo con secreciones infectadas (inoculación en las mucosas nasal, ocular o cavidad oral). El rinovirus con sus diferentes serotipos (mayor de 100) es el principal patógeno aislado en el resfriado común durante todo el año con un aumento significativo de los casos en otoño y primavera.<sup>5</sup>

A diferencia de la mayoría de las bacterias, los virus son capaces de producir una enfermedad importante con una dosis infecciosa muy pequeña. Esto hace posible la transmisión de persona a persona por inhalación de un escaso número de gérmenes presentes en las micro gotas que se producen al toser o estornudar.<sup>2</sup>

Otra vía de transmisión, quizás 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, que luego se auto inoculan a través de las mucosas de su nariz, boca o conjuntivas. Estos hechos explican la gran facilidad con que pueden diseminarse estas infecciones produciendo epidemias.<sup>5</sup>

Estudios experimentales han demostrado que solo se necesitan 10 partículas virales para producir infección de influenza A, lo que determina que la enfermedad se propague con extraordinaria rapidez en una comunidad produciéndose grandes epidemias y pandemias.<sup>5</sup>

También se ha demostrado por vía experimental que la intensidad de la enfermedad depende de la dosis infectante y de la vía de ingreso de los virus, lo que tendría relación con la adherencia de las partículas virales a receptores específicos. Otras formas menos frecuentes de transmisión son el contacto entre mucosas, como en el beso y transmisión fecal de enterovirus.<sup>5</sup>

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Resfriado Común.

Está habitualmente causado por rinovirus o coronavirus, suele ser auto limitante y sus síntomas (congestión nasal, estornudos, tos, dolor de garganta, roquera, cefalea, malestar y fiebre) suelen resolverse en 7 a 10 días.<sup>7</sup>

Rinosinusitis Aguda.

La causa que con mayor frecuencia conduce a su aparición es el resfriado común. Si bien existen otros procesos que pueden desencadenar o favorecer su Aparición (alergia, alteraciones anatómicas, pólipos, etc.). En general, cursa con una sintomatología poco específica para poder establecer la afección sinusal y diferenciar si la etiología es viral o bacteriana, teniendo una evolución favorable con un tratamiento conservador apropiado.<sup>7</sup>

Algunas guías de tratamiento empírico, establecen un probable origen bacteriano en función de la persistencia de (más de 10 a 14 días) o de la gravedad la sintomatología: fiebre mayor de 39°C, rinorrea purulenta durante 3 a 4 días consecutivos y sensación de enfermedad.<sup>7</sup>

Otitis Media Aguda. (OMA)

Se define como la inflamación del oído medio distinguiéndose la forma aguda y la serosa. La otitis serosa suele ser asintomática, mientras que la OMA cursa con otalgia, otorrea, hipoacusia, fiebre o irritabilidad. Su etiología es fundamentalmente bacteriana (65-75% de los casos) siendo los patógenos más frecuentes: *S. pneumoniae* (30%), *H. influenzae* (20-25%) y *M. catarrhalis* (10-15%), *S. pyogenes* (3-5%), *S.aureus* (1-3%).<sup>7</sup>

Faringoamigdalitis

En la mayoría de los casos esta infección es de origen viral; cuando su etiología es bacteriana suelen ser producidas por cepas de *S. pyogenes* o *estreptococo B hemolítico del grupo A* (EBHGA) de los que parte de la población son portadores

asintomáticos. Sin tratamiento antibiótico, remite espontánea en el 40% de los pacientes en 3 días y en el 85% en siete días. <sup>7</sup>

La cuestión fundamental ante un paciente con Faringoamigdalitis es establecer si está causada por infección del (EBHGA) ya que fuera de esta situación la necesidad de tratamiento antibiótico es excepcional. <sup>7</sup>

Las complicaciones del resfriado común incluyen otitis, sinusitis y exacerbaciones de las enfermedades respiratorias reactivas. No existe un tratamiento probado para el resfriado común. Sin embargo, incluso un tratamiento parcialmente efectivo para la prevención y el tratamiento del resfriado común podría reducir notablemente los problemas de salud y las pérdidas económicas asociadas con esta afección. <sup>8</sup>

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

Los criterios propuestos por Centor para el diagnóstico de faringitis estreptocócica son:

- Fiebre
- Exudado amigdalino, inflamación amigdalina o faringe hiperemica.
- Adenopatía anterior dolorosa o linfadenitis
- Ausencia de tos

Poseen 75% de sensibilidad y especificidad comparado con el cultivo de exudado faríngeo. Sin embargo su aplicación puede llevar a un 50% de tratamiento antibiótico inapropiado. <sup>1</sup>

La presencia de tos, disfonía, congestión nasal, dolor faríngeo de más de 5 días de duración, vesículas o aftas en orofaringe orientan a faringitis de etiología viral. <sup>1</sup>

La rinitis alérgica se caracteriza por síntomas como congestión nasal, rinorrea, estornudos y prurito nasal asociados frecuentemente a cambios estacionales. <sup>1</sup>

El resfriado común es una enfermedad que se auto limita típicamente duran de 5 a 14 días y se caracteriza por alguna combinación de los siguientes signos y síntomas:

- Congestión nasal
- Fiebre
- Odinofagia
- Tos
- Disfonía
- Irritabilidad
- Congestión conjuntival <sup>1</sup>

## **ESTUDIOS DE LABORATORIO**

El cultivo de exudado faríngeo se considera el estándar de oro para aislamiento de *Streptococcus pyogenes* del grupo A, el cultivo de exudado faríngeo (en medio de Agar sangre), tiene una sensibilidad del 90 a 95% sin reportar especificidad para su identificación. <sup>1</sup>

## **TRATAMIENTO**

No farmacológico

El reposo que necesita el paciente depende directamente de cuan enfermo se siente. No hay contraindicación para la actividad física normal si el paciente esta afebril y con buen estado de ánimo. Para el acumulo de secreción en narinas, se recomienda la inhalación de vapor como una medida de bienestar, es recomendable que se realice en el baño mientras se tiene abierta la llave del agua caliente. <sup>1</sup>

Comer alimentos suaves, ingerir líquidos en abundancia y tomar bebidas calientes son medidas especialmente confortantes para la garganta irritada. A pesar que no



existe evidencia que sustente beneficio con la ingesta extra de líquidos en pacientes con infección aguda de las vías respiratorias superiores (IAVAS), se recomienda mantener la dieta habitual del paciente con incremento del aporte (volumen y frecuencia) sobre todo en caso de fiebre y con mal manejo de secreciones. <sup>1</sup>

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

La probabilidad de prescribir antibióticos aumenta conforme el médico tiene más años de haber egresado de la carrera; en 1997 se prescribía antibióticos para infecciones agudas de vías respiratorias altas en 52.1% de los casos, en 1999 bajo a 41.5%. Los médicos familiares prescriben más antibióticos que los internistas, en estados unidos, la probabilidad de recibir antibióticos para una infección respiratoria aguda alta es de 70% mayor si el paciente es atendido por un médico familiar. <sup>2</sup>

El amplio uso de los antibióticos se asocia con la aparición de resistencias bacterianas, que constituyen un problema de salud pública, especialmente en ciertas poblaciones de pacientes (debilitados, inmunocomprometidos y ancianos) al aumentar la duración y gravedad de la enfermedad. <sup>7</sup>

Adicionalmente, los pacientes tratados con antibióticos presentan mayor riesgo de convertirse en portadores de bacterias resistentes frente a la que los antimicrobianos serán menos eficaces. <sup>7</sup>

Para evitar en lo posible la extensión de resistencias frente a los antibióticos se precisa realizar una prescripción cuidadosa utilizándolos adecuadamente. En líneas generales, podría considerarse la utilización de antibióticos cuando:

- Exista una sospecha clínica de que el origen de la infección sea bacteriano, y/o
- Se trate de infecciones que continúan aunque normalmente suelen resolverse espontáneamente, y/o

- El antibiótico puede disminuir la duración o la gravedad de la enfermedad, y/o
- Se trate de pacientes que presentan elevado riesgo de complicaciones. <sup>7</sup>

No se recomienda el uso de antimicrobianos en los pacientes con resfriado común, el tratamiento de esta enfermedad debe ser conservador. <sup>1</sup>

## **ANTIBIÓTICOS PARA EL RESFRIADO COMÚN**

Existe evidencia del beneficio de antibióticos para el resfriado común o rinitis purulenta aguda persistente en niños o adultos. Hay evidencia de que antibióticos causan efectos adversos significativos en los adultos cuando se administra para el resfriado común en todas las edades cuando se administra para la rinitis purulenta aguda. No se recomienda el uso rutinario de antibióticos para estas condiciones. <sup>9</sup>

Esta actualización revisión incluyó 11 estudios. Seis estudios han contribuido a uno o más análisis relacionados con el resfriado común, con un máximo de 1047 participantes. Cinco estudios contribuyeron a uno o más análisis sobre rinitis purulenta, con un máximo de 791 participantes. Un estudio aportó sólo a datos sobre eventos adversos y uno cumplió con los criterios de inclusión pero informó sólo las estadísticas de resumen sin proporcionar los datos numéricos que podrían incluirse en los meta análisis. Interpretación de los datos combinados es limitada porque algunos estudios incluyeron solamente a los niños, o sólo los adultos, o sólo los hombres; una amplia gama de antibióticos se utilizan y se midieron los resultados de diferentes maneras. Hubo un moderado riesgo de sesgo debido a métodos no reglamentada detalles o porque un número desconocido de los participantes es muy probable que haya pecho o las infecciones de los senos paranasales.<sup>9</sup>

Los participantes que recibieron antibióticos para el resfriado común no mejor en términos de falta de curación o la persistencia de los síntomas de los del grupo tratado con placebo (riesgo relativo RR 0,95 (IC 95% intervalo de confianza (IC)

0,59 a 1,51 (efectos aleatorios) a partir de los análisis de seis ensayos con un total de 1047 participantes. El RR de efectos adversos en el grupo de antibióticos fue 18,95 % CI 3.21 (efectos aleatorios). Los participantes adultos tenían un riesgo significativamente mayor de efectos adversos de los antibióticos que con placebo (RR 2,62 (IC 95% 1.32 a 5.18) (efectos aleatorios), mientras que no hay mayor riesgo para los niños (RR 0,91 (IC 95% 0,51 a 1,63).<sup>9</sup>

El RR agrupado para persistir rinitis purulenta aguda con antibióticos en comparación con el placebo fue 0,73 (IC 95% 0.47 a 1.13) (efectos aleatorios) a partir de cuatro estudios con 723 participantes. Hubo un aumento de los efectos adversos en los estudios de los antibióticos en rinitis purulenta aguda. (RR 1,46 IC del 95 %: 1,10 a 1,94).<sup>9</sup>

#### ACETAMINOFENO (paracetamol)

Puede ayudar a aliviar la obstrucción nasal y la rinorrea, pero no parece mejorar algunos síntomas del resfriado. El acetaminofen no mejoro el dolor de garganta ni el malestar general en 2 de los cuatro estudios. Los resultados no fueron consistentes para algunos síntomas. Ninguno de los estudios incluidos informo la duración de los síntomas del resfriado común. Se necesitan ensayos adicionales a gran escala y bien diseñados para determinar si esta intervención tiene efectos beneficiosos en el tratamiento de los adultos con resfriado común.<sup>10</sup>

#### CORTICOESTEROIDES

Aunque se utilizan varios fármacos para ayudar a mejorar los síntomas del resfriado común, ninguno tiene pruebas convincentes de un efecto beneficioso. Se ha mostrado que los esteroides (Corticoesteroides) ayudan a aliviar los síntomas en otros tipos de infecciones de las vías respiratorias superiores 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.<sup>11</sup>

Las pruebas actuales no apoyan la administración de Corticoesteroides intranasales para el alivio sintomático del resfriado común. Se necesitan más ensayos aleatorios grandes controlados con placebo en adultos y niños. <sup>11</sup>

## ESTEROIDES PARA EL RESFRIADO COMUN

Las evidencias actuales no apoyan el uso de Corticoesteroides intranasales para el alivio sintomático de resfriado común. Sin embargo, hubo sólo dos de los ensayos y el limitado poder estadístico. Más grandes ensayos aleatorios controlados por placebo en adultos y niños son necesarios para responder a esta pregunta. <sup>11</sup>

Se incluyeron a dos ensayos 253 participantes. Ambos compararon los corticoesteroides intranasales con placebo; no hay ensayos que estudiaron los corticoesteroides orales. No hay ningún beneficio de los Corticoesteroides intranasales se demostró por la duración o la gravedad de los síntomas. En un ensayo de 54 participantes, el número de síntomas fue de 10,3 días en el grupo de placebo, en comparación con el 10,7 % en aquellos que utilizan los corticoesteroides intranasales (P=0.72) EL segundo ensayo de 199 participantes informaron que no encontraron diferencias significativas en cuanto a la duración de los síntomas. No hubo diferencias significativas en términos de: eventos adversos complicaciones (uno de los casos de sinusitis, uno de los casos de otitis media aguda en presencia de grupos con corticoesteroides rinovirus en aspirado nasal; o el tratamiento de infecciones secundarias. ninguno de los ensayos informaron la medida de resultado primaria de porcentaje de los participantes con la resolución en distintos momentos. La falta de medidas de resultado comparable significa que no podemos combinar los datos. <sup>11</sup>

## COMBINACION DE ANALGESICOS, DESCONGESTIONANTES Y ANTIHISTAMINICOS

Las pruebas actuales indican que las combinaciones de analgésicos, descongestionantes y antihistamínicos presentan algún beneficio general en los adultos y los niños mayores. Estos beneficios deben compararse con el riesgo de efectos adversos, muchas personas experimentan somnolencia, sequedad bucal, insomnio y mareos.<sup>12</sup>

## LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS PARA EL RESFRIADO COMUN

Cuatro autores extrajeron los datos. Se subdivide en ensayos controlados aleatorios con placebo y en comparación de medicamentos antiinflamatorios no esteroides (aines). Se obtuvieron y resumieron los datos sobre la eficacia del efecto analgésico (tales como la reducción de dolor de cabeza y mialgia), sin efectos analgésicos (como la reducción de los síntomas nasales, tos, esputo y estornudos) y efectos secundarios. Los resultados dicotómicos se expresaron como riesgo relativo (RR) con intervalos de confianza del 95% (CI) y continua de los datos, como las diferencias de medias (DM) o las diferencias de promedios estandarizados (SMD) se agruparon los datos utilizando los costos fijos y modelos de efectos aleatorios.<sup>13</sup>

Se incluyeron nueve ensayos controlados aleatorios con 1069 participantes, 37 describiendo comparaciones: seis fueron aine versus placebo y tres fueron aines versus aine. El riesgo general de sesgo en los estudios incluidos fue mezclado. En un análisis agrupado, aines no redujo significativamente la puntuación total de síntomas (SMD-0.04, IC 95%:-1.03 a 0.24, tres estudios, modelo de efectos aleatorios) o la duración de los resfriados (MD-0.23, IC 95%-1.75 a 1.29 modelo de efectos aleatorios de dos estudios. Para síntomas respiratorios la tos no mejoró SMD el-0.05 CI del 95%-0.66 a 0.56 dos estudios el modelo de efectos aleatorios pero el resultado de estornudo considerablemente mejoró SMD 0.44, 95% CI el-0.75% a-0.12, dos estudios modelo de efectos aleatorio. Para los resultados

relacionados con el analgésico de efectos que los aines (cefalea dolor de oído y dolor muscular y de las articulaciones el tratamiento produjo beneficios significativos. El riesgo de efectos adversos no fue alta con aines (RR 2.94, 95%, IC 0.51 a 17.03, dos estudios, modelo de efectos aleatorios), y es difícil concluir que estas drogas no son distintos a los del placebo.<sup>13</sup>

## BROMURO DE IPRATROPIO ADMINISTRADO EN LA NARIZ PARA TRATAR LOS SÍNTOMAS DE RESFRIADO COMÚN

Para las personas con resfriado común, la evidencia existente que tiene algunas limitaciones, sugiere que el spray con bromuro de ipratropio (IB) es probable ser eficaz mejorando la rinorrea. El (IB) no tenía ningún efecto en congestión nasal y su uso se asoció con más efectos secundarios en comparación con placebo o ningún tratamiento aunque éstos parecen ser bien tolerado y la limitación del mismo. Hay una necesidad de ensayos más grandes y de alta calidad para determinar la efectividad de (IB) en el alivio de los síntomas del resfriado común.<sup>14</sup>

Se incluyeron siete ensayos con 2144 participantes. Cuatro estudios (1959 participantes) dirigida al cambio subjetivo en la gravedad de la rinorrea. Todos los estudios eran constantes en el informe estadístico, en cuatro estudios se informó cambios significativos a favor de la congestión nasal con aerosol de bromuro de ipratropio (IB), una fue encontrado para no tener ningún cambio significativo entre los dos grupos. Dos estudios encontraron una respuesta positiva en el grupo (IB) para la evaluación global de mejora general. Los efectos secundarios fueron más frecuentes en el grupo del aerosol con bromuro de ipratropio, odds ratio (OR) 2.09 (95% intervalo de confianza (IC) 1.40 a 3.11. Los efectos secundarios comúnmente encontrados incluyen sequedad nasal, epistaxis y moco teñido de sangre. El riesgo general de sesgo en los estudios incluidos fue moderado.<sup>14</sup>

## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Se recomienda que ante la persistencia de dolor faríngeo o fiebre por más de 48 a 72 hrs de iniciado el tratamiento considere la posibilidad de mononucleosis infecciosa y otras causas virales de faringitis o falla de tratamiento.<sup>1</sup>

## ANTECEDENTES

Víctor Leonard White Mediaceja realizó Durante el año 2006, un estudio transversal analítico observacional de portadores faríngeos de bacterias potencialmente patógenas (BPP), en individuos que laboraban en un centro de producción de biofarmacéuticos de La Habana, Cuba. De un total de 180 trabajadores del área seleccionada se investigaron 112 individuos de ambos sexos, con edades comprendidas entre 15 a 60 años. Se les tomó un exudado de la pared posterior de la faringe y amígdalas mediante un hisopo de algodón estéril. El mayor porcentaje de portadores de BPP se identificó en los hombres (63.8%) siendo las diferencias estadísticamente significativas en relación con las mujeres ( $p=0,027$ ). Entre las BPP identificadas predominó: *S. aureus* (10,8%) y *S. pneumoniae* (8,9%) seguido por *Streptococo B-hemolítico* y *N. meningitidis*, con igual número de aislamientos (8%). Al investigar los factores de riesgos y el estado de portador para los patógenos aislados, se observó que la edad ( $p=0,0151$ ) y el sexo ( $p=0,0467$ ) mostraron diferencias significativas respecto a los portadores de *N. meningitidis*. El antecedente de las infecciones respiratorias agudas constituye un factor de riesgo significativo en la prevalencia de portadores de *S. pneumoniae*, mientras que para otros, son el hacinamiento y el hábito de fumar factores de riesgo importantes para la portación de *N. meningitidis*.<sup>15</sup>

Gail Hayward realizó búsquedas en The Cochrane Library, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register Of Controlled Trials [central] 2012, número 5) que incluye el registro especializado del Grupo Cochrane de infecciones respiratorias agudas (Acute Respiratory Infections [ARI] Group), la database of reviews of Effects (DARE) y la NHS health economics database medline (1966 hasta noviembre de 2012, semana 4) y EMBASE (1974 hasta junio de 2012). Se incluyeron ensayos controlados aleatorios que compararan esteroides con placebo o atención estándar en adultos y niños (más de 3 años de edad) con faringitis. A parte de cualquier efecto de los antibióticos y la analgesia,



los corticoesteroides aumentaron más de 3 veces la probabilidad de resolución completa del dolor a las 24 horas (consciente de riesgos [CR] 3,2; intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,0 a 5,1; p2) 44%) y a las 48 horas 1,7 veces. Los corticoesteroides también redujeron la media del tiempo hasta la aparición del alivio del dolor y la media del tiempo hasta la resolución completa del dolor a las seis y 14 horas, respectivamente, aunque hubo heterogeneidad significativa. <sup>16</sup>

Yuly Andrea Remolina Bonilla realizó un estudio tipo descriptivo de corte transversal que establece la prevalencia de virus en pacientes adultos con infección respiratoria aguda grave (IRAG) de menos de 15 días de evolución en Bogotá, capital de Colombia durante el año 2012 a través de técnicas de micro arreglos moleculares para identificación viral en muestras de aspirado o hisopado nasofaríngeo de pacientes adultos con (IRAG) y además describe características clínicas y desenlaces como mortalidad; requerimiento de unidad de cuidados intensivos, necesidad de ventilación mecánica y tiempo de estancia hospitalaria. <sup>17</sup> Se analizaron 91 pacientes con IRAG y en 63 (69.2%) se logró identificación viral. La patología más frecuente encontrada fue el EPOC en el 24.2% de los pacientes seguida de tabaquismo en un 14.3%. Los virus que se aislaron con más frecuencia fueron *Influenza* y *Bocavirus* en 30.8% y 28.6% de los casos, respectivamente. La mortalidad fue de 15.4%, ingreso a UCI ocurrió en 42.9%, requerimiento de ventilación mecánica en 36.3% y la estancia hospitalaria promedio fue de 9.9 días. El uso de antibiótico ocurrió en 90.1% de los pacientes. La prevalencia de la etiología viral en las infecciones respiratorias agudas graves, en este estudio fue alta, con desenlaces clínicos adversos, con requerimiento de cuidado intensivo y mortalidad elevada. <sup>17</sup>

Claudio Olmos y cols, realizaron un estudio que obedece a un diseño descriptivo con información recogida prospectivamente durante un periodo comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2008. Se recolectó prospectivamente la información diaria de todas las consultas de mayores de 15

años, especificando el diagnóstico cuando éste era de tipo respiratorio. Así las consultas de morbilidad del adulto (CA) se agruparon en: consultas por causa no respiratoria (CNR) y consultas por causa respiratoria (CR). A su vez, estas últimas se desglosaron en consultas por enfermedades agudas de vía aérea alta (ERAa), enfermedades aéreas de vía aérea baja (ERAb), neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma. Fueron estratificadas además por grupo etario (15 a 44 años, 45 a 64 años y 65 y más años). El presente trabajo revela que las enfermedades respiratorias constituyen un quinto de todas las consultas de morbilidad, superando los valores mostrados en investigaciones nacionales previas para los mismos grupos etarios. La mayor proporción de consultas por ERAa y de ERAb pertenecen al grupo de 15 a 44 años, mientras que las consultas por EPOC y neumonía se hacen notar en los mayores de 65 años. Esto quiere decir que los adultos jóvenes sufren mayoritariamente de patologías agudas de menor gravedad, mientras que los adultos mayores padecen enfermedades crónicas y agudas graves. Se observa en todos los grupos etarios, una marcada estacionalidad respecto de las consultas por ERAa, ERAb y neumonía, en relación directa con factores de riesgo como los altos niveles de contaminación y circulación de virus durante los meses de frío.<sup>18</sup>

## JUSTIFICACION

### **Magnitud**

Debido a las implicaciones para la salud pública, se han incrementado los esfuerzos en fortalecer y mejorar los procesos de vigilancia epidemiológica de la infección respiratoria. Bajo esta iniciativa, los países desarrollaron sistemas de vigilancia a través del seguimiento de casos de enfermedad similar a influenza y de aquellos con infección respiratoria aguda grave (IRAG) la cual se define clínicamente con pacientes con fiebre, tos o dolor de garganta, dificultad para respirar y necesidad de hospitalización. Se desconoce el verdadero impacto de las infecciones virales en las infecciones respiratorias que requieren hospitalización y que se encuentran bajo vigilancia epidemiológica hoy en día. El rol de los virus y su prevalencia en este escenario es tema de debate y discusión, con hallazgos diversos a nivel mundial, con resultados en estudios de Nueva Zelanda, España y más recientemente en el Reino Unido con prevalencia de 28%, 18% y 44% respectivamente. En América Latina los estudios en adultos son escasos.<sup>17</sup>

Las infecciones respiratorias altas que comprometen la vía aérea superior son en general de escasa gravedad y tienden autolimitarse, pero por su gran frecuencia, son la principal causa de ausentismo escolar y laboral de los padres, y aunque la gran mayoría de los enfermos se automedica, constituyen también la principal causa de consulta médica.<sup>5</sup>

La distribución de las consultas no debe ser la misma en las distintas épocas del año, ni en las distintas etapas de la edad adulta. Además la oferta de atención por parte del sistema público de salud, tiene limitaciones, que se hacen más notorias precisamente en los periodos de alta demanda asistencial, donde ocurren en forma simultánea factores de riesgo como las infecciones virales, el frío y la contaminación aérea. Todo eso supone un desafío para las autoridades, en cuanto a tener una información más sensible respecto de lo que pasa con la morbilidad del adulto en los centros correspondientes a la Atención Primaria de Salud (APS).<sup>18</sup>

## **Trascendencia**

En México y en otros países en vías de desarrollo, las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan un problema importante de salud pública, por el impacto que tienen sobre los servicios de salud, las incapacidades laborales de los padres, y escolares de los niños y adolescentes, además de las muertes que originan cada año, principalmente en grupos de los extremos de la vida.<sup>6</sup>

Cada año ocasionan altas tasas de morbimortalidad y, dentro de las enfermedades infecciosas, ocupan unos de los primeros lugares como causa de muerte en la población general. Las IRAS se presentan en todas las edades, aunque su frecuencia y gravedad es mayor entre los menores de cinco y los mayores de 65 años.<sup>6</sup>

Las infecciones respiratorias altas (IRAS) son la primera causa de morbilidad en México y constituyen el principal motivo de consulta externa en niños y adultos de ambos sexos.<sup>5</sup>

## **Vulnerabilidad**

Desde el punto de vista clínico epidemiológico, es importante conocer la presencia de bacterias potencialmente patógenas (BPP) en el tracto respiratorio superior (TRS) para determinar el riesgo biológico al que se exponen los individuos y establecer en la población las medidas de protección necesarias. Tal es el caso de la inmunización contra las principales BPP aisladas que se considera como una de las más efectivas.<sup>15</sup>

El objetivo fundamental de la vigilancia ha sido el de proveer información sobre virus circulantes, susceptibilidad de influenza a los antivirales disponibles, así como favorecer y definir las necesidades de vacunación en las diferentes poblaciones. Se desconoce el verdadero impacto de las infecciones virales en las infecciones respiratorias que requieren hospitalización y que se encuentran bajo vigilancia epidemiológica hoy en día.<sup>17</sup>

## **Factibilidad**

Se hizo posible realizar el estudio con los recursos disponibles para el cumplimiento de los objetivos sin necesidad de los recursos adicionales, tomando en cuenta que es una de las principales causa de consulta en la atención primaria, revisando la nota médica en el expediente de los pacientes y el registro de las consultas en el SIAIS (Sistema Informático de Atención Integral a la Salud).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las características clínicas de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar de HGZ MF 9 Ciudad Guzmán, pueden variar depende de su situación laboral es decir depende que función realicen en su área, por ejemplo los trabajadores en producción, profesionistas y las características diferentes a los obreros encargado del área de soldar, además vamos a encontrar variantes depende a su edad, sexo, origen, escolaridad, toxicomanías, enfermedades comorbidas, en paciente joven, sano tiene mejor pronóstico que quizá un obrero que presente diabetes mellitus tipo 2, además de que se debe considerar que por el área donde se trabaja existe el riesgo, además de que por la geografía se tiene mayor riesgo de sufrir infecciones respiratorias por estar entre montañas.

Las infecciones respiratorias altas (IRAS) son la primera causa de morbilidad en México y constituyen el principal motivo de consulta externa en niños y adultos de ambos sexos.<sup>5</sup>

A continuación se presentan los diez principales motivos de consulta en el servicio de Medicina Familiar en el HGZ/MF 9, en el año 2014 en el municipio de Ciudad Guzmán, ubicándose en primer lugar las Infecciones Respiratorias Agudas. (Cuadro 2)<sup>19</sup>

**Cuadro 2.** 10 Principales Motivos de Consulta en el Servicio de Medicina Familiar en el HGZ/MF 9.

<b>Orden</b>	<b>MOTIVO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1</b>	Infecciones Agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados	2307	2209	4516
<b>2</b>	Faringitis Aguda	1995	2037	4032
<b>3</b>	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente	1585	1917	3502
<b>4</b>	Diarreas y Gastroenteritis de presunto Origen Infeccioso	1701	1767	3468
<b>5</b>	Dorsalgia	1358	1605	2963

<b>6</b>	Supervisión del Embarazo Normal		2607	2607
<b>7</b>	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	1203	1156	2359
<b>8</b>	Otros trastornos del Sistema Urinario	609	1156	2359
<b>9</b>	Anormalidades De la Dinámica del Trabajo de Parto	0	2130	2130
<b>10</b>	Otras Cataratas	578	769	1347

Fuente: 10 principales motivos de consulta en medicina familiar en HGZ MF 9 en el año 2014 (ARIMAC) <sup>19</sup>

En estadísticas del SIAIS (Sistema Informático de Atención Integral a la Salud) en los grupos de edad de 20 a 59 años en general es más frecuente en personas de entre 30 a 39 años con un total de 1,039 consultas de predominio en sexo femenino 685 y masculino de 354, en edades de 20 a 29 años con un total de 923 consultas femeninos 549 y masculinos de 374, en edades de 40 a 49 años total de 813 predominando sexo femenino 573 y masculino con 240, y el grupo de edad de 50 a 59 años total de 645, los cuales corresponden 465 a femenino y 189 masculino. En el periodo de diciembre de 2013 a diciembre de 2014. A continuación se describen los principales motivos de consulta.<sup>20</sup> (Cuadro 3)

**Cuadro 3.** Principales motivos de consulta (frecuencia) medicina familiar de Ciudad Guzmán

Diagnostico	CONSULTA	20 A 29 años		30 a 39 años		40 A 49 años		50 A 59 años		TOTAL
		M	F	M	F	M	F	M	F	
<b>Resfriado Común</b>	Primera vez	67	133	60	136	37	77	22	63	595
	Subsecuente	19	26	19	33	11	23	8	17	156
<b>Faringitis aguda</b>	Primera vez	61	96	54	119	51	131	34	111	657
	Subsecuente	5	14	14	17	14	20	4	12	100
<b>Faringitis Estreptococica</b>	Primera vez	1	0	1	0	0	0	0	0	2
	Subsecuente	0	0	1	0	0	0	0	0	1

<b>Faringitis Aguda no especificada</b>	Primera vez	60	96	53	119	51	131	34	111	655
	Subsecuente	5	14	13	17	14	20	4	12	99
<b>Infección Respiratoria Alta (Sitios múltiples no especificados)</b>	Primera vez	68	75	54	95	24	64	17	40	145
	Subsecuente	9	10	9	23	5	11	7	5	79
<b>Laringofaringitis aguda</b>	Primera vez	3	11	6	17	2	8	3	5	55
	Subsecuente	0	1	0	4	0	1	0	1	7
<b>Inf. De Vías Resp. Agudas De Sitios superiores</b>	Primera vez	0	1	0	0	0	1	0	0	2
	Subsecuente	0	1	1	0	0	1	0	0	3

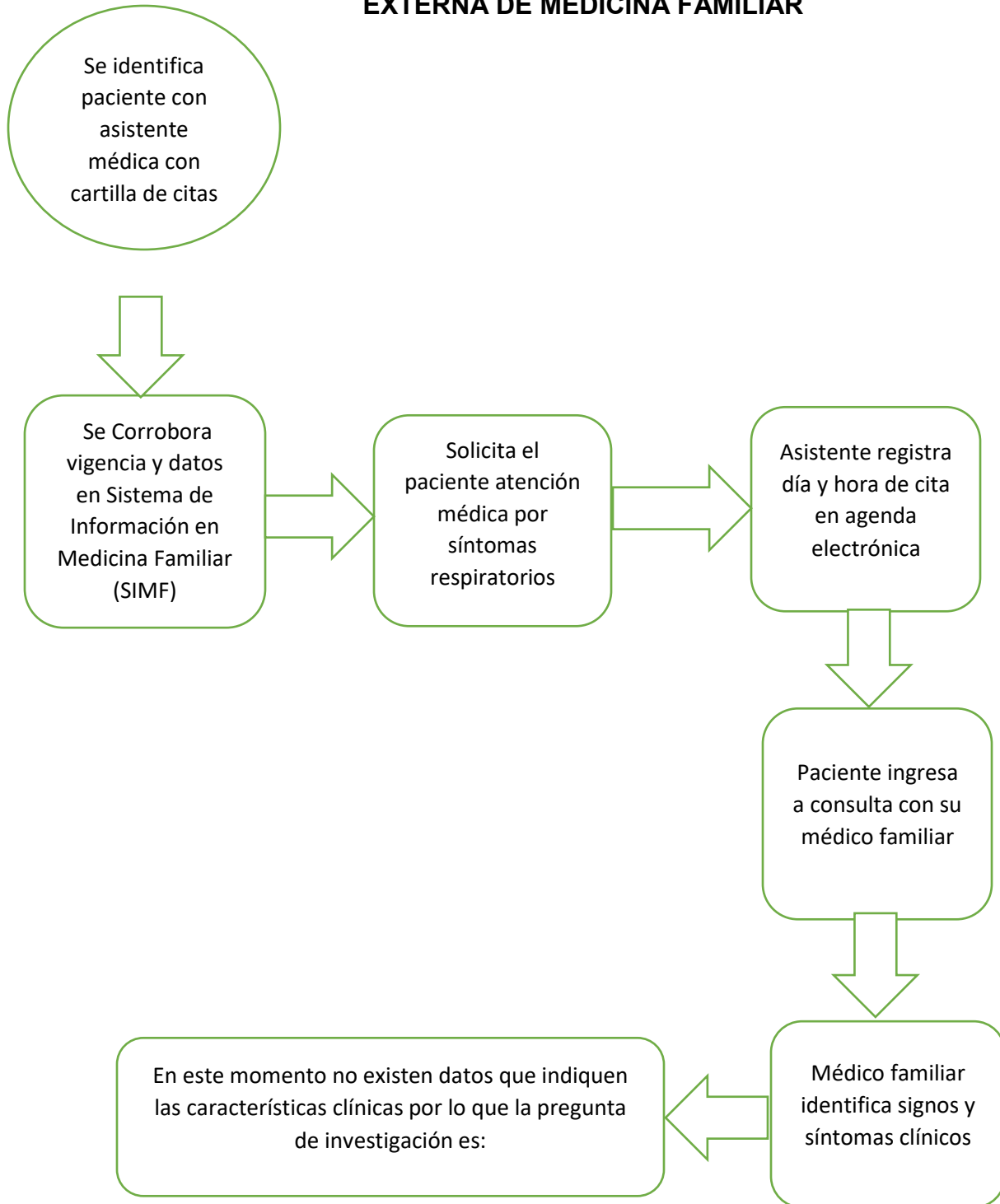
M: Masculino F: Femenino

## PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles con las características clínicas de los pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con infecciones de vías respiratorias altas agudas en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ MF 9?



## FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR



## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Identificar las características clínicas de los pacientes de los pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con infecciones de vías respiratorias altas agudas en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ MF 9.

### **ESPECÍFICOS**

- 1.- Identificar características sociodemográficas de los pacientes de los pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con infecciones de vías respiratorias altas agudas en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ MF 9.
- 2.- Señalar características clínicas de los pacientes de los pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con infecciones de vías respiratorias altas agudas en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ MF 9.
- 3.- Conocer los diagnósticos y tratamientos emitidos de los pacientes de los pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con infecciones de vías respiratorias altas agudas en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ MF 9.

### **HIPOTESIS**

No hay hipótesis por ser un estudio exploratorio.

## MATERIAL Y METODOS

**DISEÑO:** Observacional descriptivo de prevalencia transversal retrospectivo

**UNIVERSO:** Todos los pacientes de 18 a 59 años que acudieron a la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9 Ciudad Guzmán, Jalisco, en el periodo de Marzo a Junio 2015, con infecciones respiratorias Altas o similares. Se cuenta con un listado de 3432 pacientes..

**MUESTRA:** Para el cálculo de muestra se tomaron en cuenta un total de 3,432 consultas realizadas de diciembre 2013 a diciembre 2014 en pacientes con edades de 18 a 59 años de edad que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar HGZ MF 9 por Infecciones Respiratorias Altas o similares

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomaron en cuenta prevalencia 50% de las características con un poder de la muestra de un 80% y un error de 5% absoluto. Se aplicó la fórmula del programa estadístico EPI INFO (STAT CALC para muestras poblacionales).

Tamaño de muestra: 345

Formula

$$n = \frac{\frac{z\alpha^2 (pxq)}{e^2}}{1 + \frac{z\alpha^2 (pxq)}{e^2}}$$

---

$$N$$

n= tamaño del universo

p= prevalencia 50% 0.5

q= prevalencia -1 =0.5

e= 0.5

zα= 1.96

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **INCLUSION:**

- Pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar en el HGZ MF 9 en el año 2015, del grupo de edad de 18 a 59 años por presentar diagnósticos de infecciones respiratorias altas o patología similar.
- Pacientes que acudieron a la consulta externa de medicina familiar y con datos capturados en hoja RAIS (formato 4-30-6.)

### **NO INCLUSION**

- Pacientes sin datos clínicos en el expediente clínico.
- Pacientes que acudan al servicio de urgencias.

## VARIABLES

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	INDICADOR	ESTADISTICO
<b>Edad</b>	Tiempo de vida	Cuantitativa de razón	Años	Desviación estándar y Media
<b>Genero</b>	Identificación del individuo a determinado genero registrado en el IMSS.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Frecuencia simple y porcentaje
<b>Peso</b>	Cantidad total de tejido graso del cuerpo y comprobar si una persona tiene un peso saludable  Previa calibración de una báscula, graduada en 0.1 Kg, con los brazos descansando a los lados del cuerpo, expresando dicha medida en kilogramos, con una exactitud de 0.1 kilogramos.	Cuantitativa Numérica de razón	Medida en Kilogramos	Desviación estándar y Media
<b>Talla</b>	Con el paciente de pie, sin zapatos, con los brazos a ambos lados del cuerpo y mirada al frente, se mide la distancia entre el suelo y la altura máxima del sujeto en centímetros y una exactitud de 0.1 cm.	Cuantitativa Numérica de razón	Medida en Centímetros	Desviación estándar y Media
<b>Fiebre</b>	Aumento de la temperatura	Cualitativa	Grados	Frecuencia simple

	38° o mas	nominal	centígrados	y porcentaje
<b>Rinorrea</b>	Flujo o emisión abundante de líquido por la nariz	Cualitativa nominal	Si No	Frecuencia simple y porcentaje
<b>Tos</b>	Expulsión brusca, violenta y ruidosa del aire contenido en los pulmones	Cualitativa nominal	SI NO	Frecuencia simple y porcentaje
<b>Estornudo</b>	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
<b>Días de Evolución</b>	Días transcurridos a partir del inicio del padecimiento hasta el momento de la consulta.	Cuantitativa de razón	Número de Días	Desviación estándar y Media
<b>Factores de Riesgo</b>	Es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Cualitativa nominal	Tabaquismo, Desnutrición Alcoholismo Polifarmacia Exposición prolongada a humos y polvos	Frecuencia simple y porcentaje
<b>Situación comórbida</b>	Condición clínica que presenta el paciente al momento de su observación.	Cualitativa	Insuficiencia cardíaca Post-infarto	Frecuencia simple

		nominal	agudo de miocardio.  Riesgo cardiovascular elevado.  Diabetes.  Insuficiencia renal crónica.  Asma	y porcentaje
<b>Número de eventos de infecciones respiratorias agudas en el año</b>	Cuadros con signos y síntomas similares en un año	Cuantitativa de razón	Número de consultas	Desviación estándar y Media
<b>Tratamiento Médico</b>	Medicamento e incapacidad que otorga el médico tratante	Cualitativa nominal	Antibiótico, antipirético, antitusígenos, antihistamínicos, incapacidad	Frecuencia simple y porcentaje
<b>Tratamiento No Médico</b>	Recomendaciones que hace el médico por escrito en general a todos los pacientes con infección respiratoria aguda	Cualitativa nominal	Si  No	Frecuencia simple y porcentaje
			Asegurado	Frecuencia simple

<b>Ocupación</b>	Puesto, acción o función que desempeña en el área laboral	Cualitativa nominal	Beneficiario Jubilado Obrero	y porcentaje
<b>Estado civil</b>	Soltero o casado	Cualitativa nominal	Interrogatorio	Frecuencia simple y porcentaje
<b>Escolaridad</b>	Nivel de educación que tiene el paciente	Cuantitativa ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Profesionista	Frecuencia simple y porcentaje
<b>Inmunización de vacuna neumococo e influenza</b>	Prevención que tiene el paciente	Cualitativa nominal	Si No	Frecuencia simple y porcentaje



## **PROCEDIMIENTO**

**AUTORIZACIÓN:** Posterior a la autorización CLIEIS 1306 de HGR 46 IMSS en Guadalajara, se procedió a realizar el trabajo de campo.

**LOCALIZACIÓN DE DATOS:** En la hoja RAIS se localizó al paciente, que pertenezca al grupo de edad de 18 a 59 años, con diagnóstico de Infección de vías respiratorias altas o similares, posterior a obtener el listado de pacientes se ingresó al sistema SIMF para buscar el expediente de los pacientes, de donde se tomaron datos sociodemográficos, características clínicas, situaciones comórbidas, factores de riesgo, tiempo de evolución de las características clínicas, tratamiento médico y no médico y posteriormente se realizara vaciado de datos en hoja de cálculo Excel.

**OBTENCION DE DATOS:** En los expedientes se buscaron variables de estudio como son variables sociodemográficas, edad, sexo, estado civil escolaridad ocupación así como variables clínicas: peso, talla, fiebre, rinorrea, estornudo, tos, situaciones comórbidas, antecedentes, factores de riesgo, tiempo de evolución de las características clínicas, numero de eventos de infecciones respiratorias en el año y se buscaron también el tratamiento otorgado si fue médico o no médico

**VACIADO DE DATOS:** Finalmente se realizó el vaciado de datos en una hoja de cálculo de Excel y se realizó su análisis.

**ANALISIS ESTADISTICO:** Para la descripción de las variables cualitativas se utilizó frecuencia simple y porcentaje, y para las variables cuantitativas media y desviación estándar. Se utilizó la ayuda de programa estadístico EPI INFO 2000. Los resultados se expresaron en tablas de distribución de frecuencia.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El trabajo fue autorizado por CLIEIS 1306 HGR 46 el trabajo está catalogado por la Ley General del Salud en el apartado de riesgo de investigación como con riesgo menor al mínimo. El estudio se realizara en los expedientes de los pacientes, se mantuvieron los principios de y confiabilidad de los datos donde bajo ningún concepto se difundirán los datos personales de los pacientes estudiados.

Según la Ley General de Salud el presente protocolo se puede catalogar 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 mantuvieron los preceptos de confidencialidad en la no divulgación de resultados particular de los pacientes.

El trabajo de investigación se adaptó a los principios emitidos en la declaración Helsinki y sus enmiendas posteriores para los estudios descriptivos

## **RECURSOS**

### **Humanos**

Tesista: Dra. Sandy Tinajero Pacheco

Investigador asociado: Dra. Bertha Sonia Guzmán del Toro

### **Materiales**

Computadora, hojas, lápices, impresora.

### **Infraestructura**

Se contó con los servicios de archivo, y el programa SIMF del IMSS.

### **Financiamiento**

El financiamiento se hizo a cargo del investigador responsable

## RESULTADOS

### I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

#### EDAD DE LOS ESTUDIADOS

Se tuvo un promedio de  $38.87 \pm 11.81$  años de edad.

La tabla # 1 nos muestra la frecuencia de edad de los estudiados en el grupo etario de 18 a 59 años

TABLA # 1.- Grupos de edades de los estudiados

Grupos de edades	Número de pacientes	%
18 a 27	71	20.6
28 a 37	93	26.9
38 a 47	88	25.4
48 a 59	93	26.9
total	345	100

#### GENERO DE LOS ESTUDIADOS

La tabla #2 nos muestra el género de los estudiados

TABLA # 2.- Genero de los estudiados

Genero	Número de personas	%
Femenino	224	64.9
Masculino	121	35.1
total	345	100

#### ESTADO CIVIL DE LOS ESTUDIADOS

La tabla # 3 nos muestra la frecuencia de estado civil en los estudiados

TABLA # 3.- Estado civil de los estudiados

Estado civil	Número de personas	%
Casado	168	71.2
Divorciado	5	2.1
Separado	5	2.1
Soltero	43	18.2
Unión libre	10	4.2
Viudo	5	2.1

## ESCOLARIDAD DE LOS ESTUDIADOS

La tabla #4 nos muestra la frecuencia de escolaridad en los estudiados

TABLA# 4.-Escolaridad en personas estudiadas

Escolaridad	Número de personas	%
Primaria	8	11.3
Secundaria	12	16.9
Bachillerato	12	16.9
Carrera técnica	2	2.8
Profesionista	37	52.1

## OCUPACION DE LOS ESTUDIADOS

La tabla #5 nos muestra la ocupación de los estudiados

TABLA# 5.- ocupación de los estudiados

Ocupación	Número de personas	%
Asegurado	203	58.8
Beneficiario	114	33.1
Jubilado	2	0.6
Obrero	13	3.8
Pensionado	13	3.8
Total	345	100

## II. Características clínicas

### PESO DE LOS ESTUDIADOS

Se tuvo un promedio  $76.65 \pm 17.24$  kilos.

La tabla #6 nos muestra el peso por grupos de los estudiados

TABLA#6.- Peso por grupos de los estudiados

Peso	Número de personas	%
27 a 47 kg	52	15.08
48 a 68 kg	82	23.76
69 a 89 kg	70	20.28
90 a 110 kg	67	19.42
111 a 131 kg	49	14.21
132 a 155 kg	25	7.25

## TALLA DE LOS ESTUDIADOS

Se tuvo un promedio  $1.62 \pm 0.09$  centímetros.

La tabla #7 nos muestra la talla en grupos de los estudiados

TABLA #7.- Talla de los grupos estudiados

Talla	Número de personas	%
1.44 a 1.53	67	19.43
1.54 a 1.63	130	37.68
1.64 a 1.73	106	30.72
1.74 a 1.83	31	8.98
1.84 a 1.88	11	3.19

## MANIFESTACIONES CLINICAS DE LOS ESTUDIADOS

La tabla #8 nos muestran las manifestaciones clínicas de los estudiados

TABLA #8.- Manifestaciones Clínicas de los estudiados

Manifestaciones clínicas	Número de personas	%
Fiebre	66	19.1
Rinorrea	103	29.8
Tos	171	49.2
Estornudos	13	3.7
Cefalea	53	15.3
Odinofagia	173	50.1
Congestión nasal	39	11.3
Artralgias	32	9.2
Cuadro gripal	34	9.8
Faringe hiperémica	141	40.8
Orofaringe hiperémica	112	32.4
Malestar general	35	10.1
Descarga retranasal	47	13.6
Otalgia	18	5.2
Disfonía	23	6.6
Mialgias	16	4.6
Dificultad respiratoria	2	0.5
Afonía	1	0.2
Amígdalas hiperémicas	26	7.5
Resfriado	2	0.5
Poliartralgias	4	1.1
Astenia	2	0.5
Adinamia	2	0.5

<b>Cuadro febril</b>	1	0.2
<b>Disfagia</b>	9	2.6
<b>Escalofríos</b>	5	1.4
<b>Ardor faríngeo</b>	2	0.5
<b>Hiperemia de conducto auditivo</b>	2	0.5
<b>Prurito nasal</b>	1	0.2
<b>Prurito faríngeo</b>	1	0.2
<b>Nauseas</b>	1	0.2
<b>Hipoacusia</b>	1	0.2
<b>Rinofaringe hiperémica</b>	1	0.2

### CRITERIOS CENTOR EN LOS ESTUDIADOS

Se tuvo un promedio  $2.54 \pm 0.65$  criterios. En la tabla s# 9 Se muestra los criterios de Centor en los estudiados

TABLA# 9.- **Criterios de Centor en pacientes estudiados**

<b>Criterios de Centor</b>	<b>Número de personas</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	13	3.8
<b>2</b>	150	43.5
<b>3</b>	164	47.5
<b>4</b>	18	5.2
<b>5</b>	0	0
<b>Total</b>	345	100

### INMUNIZACIONES EN LOS ESTUDIADOS

La tabla #10 muestra la frecuencia de inmunizaciones en pacientes estudiados

TABLA # 10.- **Inmunizaciones con neumococo e influenza en los estudiados que lo refieren**

<b>Vacuna</b>	<b>Número de personas</b>	<b>%</b>
<b>Neumococo e Influenza</b>	8	2.32
<b>No referida</b>	337	97.68
<b>Total</b>	345	100



## SITUACIONES COMORBIDAS

La tabla # 11 nos muestra las situaciones comorbidas en los pacientes estudiados

TABLA # 11.- **Comorbilidades**

Comorbidos	Número de personas	%
Asma	20	5.7
Diabetes Mellitus 2	24	6.9
Hipertensión Arterial	72	20.8
Obesidad	52	15.0
Sobrepeso	11	3.1
Evento Vascular Cerebral	1	0.2
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2	0.5
Cardiopatía isquémica	2	0.5
Infarto Agudo al Miocardio	1	0.2

## FACTORES DE RIESGO

La tabla #12 muestra los factores de riesgo en los estudiados

TABLA #12.- **Factores de riesgo de los estudiados**

Factor de Riesgo	Número de personas	%
Tabaquismo	11	3.1
Alcoholismo	3	0.8
Exposición a humo	31	8.9
Exposición a leña	1	0.2
Exposición a polvos	33	9.5
Exposición a cal	1	0.2
Polifarmacia	26	7.5
Diabetes Mellitus II	1	0.2
Sobrepeso	1	0.2

## TIEMPO DE EVOLUCION DE LA MANIFESTACIONES CLINICAS

Se tuvo un promedio  $7.99 \pm 20.78$  días.

La tabla# 13 nos muestra el tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas en los estudiados

**TABLA # 13.- Tiempo de Evolución de las manifestaciones clínicas**

Días de evolución	Número de personas	%
1	45	20.9
2	38	17.7
3	57	26.5
4	13	6.0
5	10	4.7
6	1	0.5
7	20	9.3
8	2	0.9
15	13	6.0
21	3	1.4
22	1	0.5
28	1	0.5
30	4	1.9
45	1	0.5
60	1	0.5
90	2	0.9
120	2	0.9
210	1	0.5

### III. Diagnósticos y tratamientos

#### TRATAMIENTO MEDICO

La tabla #14 muestra el tratamiento médico sintomático recetado en los pacientes estudiados

**TABLA#14 .- Tratamiento médico sintomático en los estudiados**

Medicamento	Número de personas	%
<b>Ambroxol</b>	107	31.0
<b>Paracetamol</b>	102	29.5
<b>Clorfenamina compuesta</b>	129	37.3
<b>Clorfenamina</b>	13	3.7
<b>Benzonatato</b>	48	13.9
<b>Dextrometorfano</b>	26	7.5
<b>Naproxeno</b>	68	19.7
<b>Diclofenaco</b>	52	14.4
<b>Epinastina</b>	6	1.7
<b>Loratadina</b>	90	26.0
<b>Metamizol sódico</b>	42	12.1
<b>Difenhidramina</b>	9	2.6

Teofilina	1	0.2
Difenidol	1	0.2
Salbutamol	1	0.2
Ácido acetilsalicílico	1	0.2
Propranolol	1	0.2
Incapacidad	38	11.0

## ANTIBIOTICO INDICADO EN LOS ESTUDIADOS

La tabla # 15 muestra el antibiótico indicado en los estudiados

TABLA # 15.- Antibiótico indicado en los estudiados

Antibiótico	Número de personas	%
Ceftriaxona	5	1.4
Penicilina procaínica	51	14.7
Amikacina	5	1.4
Amoxicilina	69	20
Ampicilina	34	9.8
Ciprofloxacino	10	2.8
Clindamicina	10	2.8
Dicloxacilina	3	0.8
Claritromicina	5	1.4
Tetraciclina	1	0.2
Eritromicina	14	4.0
Trimetoprim/sulfametoxazol	23	6.6
Levofloxacino	2	0.5

## TRATAMIENTO NO MEDICO

La tabla # 15 muestra el tratamiento no medico (medidas generales) indicado en los estudiados

TABLA #15.- tratamiento no medico (medidas generales) en los estudiados

Tratamiento no medico	Número de personas	%
Si	204	96.6
No	7	3.3

## **DISCUSION**

Interpretación de los resultados.

### **I. Características Sociodemográficas**

En el presente estudio la mayor incidencia en las infecciones de vías respiratorias altas agudas se reportó en el grupo de edad de 28 a 37 años con un 26.9 %. Lo cual difiere con lo reportado por White ML, y colaboradores en el año 2006 donde se observó que los portadores faríngeos de bacterias potencialmente patógenas predominó el grupo de edad de entre 15 y 35 años con un porcentaje de 32.1%.

El género predominante fue el femenino en un 64.9% lo cual se puede atribuir sobre todo a que el paciente masculino, en este grupo de edad se encuentran en edad productiva y prefiere laborar y no tener que presentar ausencia laboral por su enfermedad, lo que difiere con el estudio de White ML y cols donde se observó que el género masculino se presentó la mayor colonización de bacterias en nasofaringe en un porcentaje de 63.9%, esto varía en dependencia de los factores de riesgo individuales.

### **II. Características Clínicas**

En el presente estudio se identificaron características clínicas de las infecciones de vías respiratorias con una incidencia de síntomas como la presencia de tos en un 49.2% y odinofagia en un 50.1%, lo cual se asemeja a los resultados observados en el estudio de Yuli Andrea Remolina Bonilla, en donde se presenta el síntoma de tos en un 87.3%.

Se buscaron intencionadamente los Criterios de Centor encontrando 3 criterios en el 47.5 % de los pacientes, recordando que los criterios de Centor fueron propuestos para el diagnóstico de Faringitis estreptocócica, como son: fiebre, exudado amigdalino o faringe hiperémica, adenopatía anterior dolorosa y ausencia de tos, de los cuales no se cumplieron los 4 criterios, lo que implica un tratamiento sintomático al paciente, orientando a una etiología viral, más que bacteriana.

Se encontró la exposición a humo en el 8.9% y polvos en el 9.5 % de los pacientes, se puede atribuir a la condición del aire en relación con la actividad del Volcán de Colima, coincidiendo en el estudio que realizó Claudio Olmos que refiere que los adultos jóvenes sufren mayoritariamente de patologías agudas de menor gravedad, ya que se observa en todos los grupos etarios una marcada estacionalidad respecto de 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. De igual manera los cambios ambientales como los frentes fríos favorecen patrones de conducta como el uso de leña y carbón intradomiciliario, lo que condiciona cambios en el epitelio respiratorio que favorecen la sobre colonización por microorganismos y se complica con alguna manifestación en la vía respiratoria.

Entre los factores de riesgo, el tabaquismo se encontró en el 3.1% de los pacientes, lo cual coincide con el estudio de Cohen y colaboradores que observaron en los fumadores mayor riesgo de infección objetivado por cultivo viral o producción de anticuerpos séricos y síntomas de resfrío. Este efecto del tabaco ha sido atribuido a un defecto en la respuesta inmune que limita la replicación viral o aumento del proceso inflamatorio que determina la producción de síntomas

El tiempo de evolución de los síntomas que presentaron los pacientes fue de 3 días 26.5%, a diferencia del estudio de Yuli Andrea Remolina Bonilla donde su estudio se reportó tiempo de evolución de 5 días, esta diferencia se debe a que en este estudio de HGZ MF 09 Cd Guzmán, se revisaron las notas medicas de pacientes que acudieron solo a la consulta externa, y en el estudio de Yuli Remolina Bonilla, se realizó en varias instituciones médicas recabando las historias clínicas con limitaciones en la información, como es el reportar los días de evolución al igual que este estudio.

### **III. Características de tratamiento**

La administración de medicamentos del grupo de los antihistaminicos como la clorfenamina compuesta la cual se observó como uno de los medicamentos que tuvo

mayor prescripción para la sintomatología en el 37.3% de los pacientes, lo cual coincide con la revisión de Cochrane, An Im De Sutter en el 2012, Combinaciones de analgésicos, descongestionantes y antihistamínicos orales para el resfriado común, donde refieren que presentaron los pacientes algún beneficio en general en los adultos y los niños mayores

En este estudio se observó indicaciones de antibiótico como amoxicilina en el 20% y la penicilina procainica en el 14.7% como primera elección en los pacientes, lo cual difiere con el estudio de Yuly Andrea Remolina Bonilla donde la prevalencia de virus en pacientes adultos con infección respiratoria aguda grave (IRAG) menciona que el uso de antibiótico ocurrió en 90.1% de los pacientes, ya que en ese estudio se identificó pacientes con infección grave que requirieron hospitalización por alta tasa de coinfección viral y requerimiento de manejo en cuidados intensivos.

## CONCLUSIONES

En este estudio se evidencio que la población de 18 a 59 años de edad con infecciones de vías respiratorias altas agudas que acudió para su atención médica predominó el género femenino 64.9%, en población aun en etapa productiva y casados.

Las características clínicas que se identificaron de los pacientes con infecciones respiratorias agudas que acuden a la consulta externa de medicina familiar en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 9, en Ciudad Guzmán, Jalisco fueron; la presencia de tos en el 49.2% y odinofagia en el 50.1%, síntomas que a los pacientes dificulta para continuar sus actividades cotidianas y así requerir de tratamiento médico.

Los criterios de Centor se identificaron 3 criterios en el 47.5%, con un tiempo de evolución de 3 días de las características clínicas que refirieron los pacientes al acudir a la consulta externa.

La exposición a humos, polvos y tabaquismo fueron los factores de riesgo que prevalecieron

Finalmente en los pacientes se requirió un tratamiento combinado con ambroxol en el 31.0%, paracetamol en el 29.5% y clorfenamina compuesta en el 37.3% como medicamentos que mejoraron la sintomatología de la tos y odinofagia. A otros pacientes se les administro mismo tratamiento más un antibiótico entre ellos la amoxicilina en el 20%, penicilina procaínica en el 14.7%, sin embargo por el cuadro clínico referido, no cumplía criterios para antibiótico, ya que la sintomatología sugería una etiología viral, la cual predominó mayoritariamente en pacientes jóvenes y adultos jóvenes, con cuadros agudos, los cuales difícilmente suelen complicarse y evolucionar a infecciones respiratorias graves.

Por lo anterior debemos apegarnos a las Guías de Práctica Clínica, las cuales están al alcance de todo el personal de salud, y así podríamos contribuir a disminuir el uso de recursos institucionales innecesarios.

## **SUGERENCIAS**

### **A LOS PACIENTES:**

Acudir a pláticas de prevención sobre infecciones de las vías respiratorias agudas en sus Unidades de Medicina Familiar. Recibir la información adecuada para el uso de tratamiento farmacológico y no farmacológico. Evitar realizar actividades que propicien cuadros repetidos y/o complicaciones de las infecciones de las vías respiratorias, como Neumonías principalmente. Que atienda las indicaciones del médico para que evite auto medicarse. Evitar factores de riesgo que propicien cuadros de infecciones de vías respiratorias altas. Acudir al servicio médico inmediatamente, en caso de agravarse la sintomatología. Si se les otorga una incapacidad favor de tener el reposo sugerido así como el tratamiento en caso de ameritarlo.

### **AL PERSONAL MEDICO:**

Fomentar la participación en cursos y sesiones enfocados al abordaje en base a las Guías de Práctica Clínica. Reforzar las actividades preventivas y evitar el uso indiscriminado de antibióticos utilizando los criterios disponibles para la prescripción razonada.

### **A LA INSTITUCION:**

Reforzar las actividades de capacitación al personal de salud. Impartir cursos para brindar atención oportuna y evitar las complicaciones de las infecciones respiratorias que requieran hospitalización, lo cual incrementa los gastos de hospitalización. Fomentar los programas de medicina preventiva, brindar educación para la salud, programas integrales para el personal de salud.



## **REFERENCIAS**

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo de la infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México: 2008; 49 1-49. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062\\_GPC\\_Inf\\_AgVASde3mesesa18a/INFECCION\\_VIAS\\_AEREAS\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC_Inf_AgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf)
2. Ramírez I. Uso de antimicrobianos en infecciones agudas de vías respiratorias altas, Rev Med. IMSS 2005; 43 (2) 247-255.
3. Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Infecciones Respiratorias Agudas. 2012; 8-10.
4. Sadias PF, Méndez CJ, Ramírez R, Díaz P O. El riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo. Rev. Chil. Enf. Respir. 2007; 23:179-187
5. Chombo PR, Cuevas ER. Uso de aines en infecciones de vías respiratorias altas. Rev Mexicana de Pediatría. 2010; 77: 510-519. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101c.pdf>
6. Arredondo GJ, Campos SA, Contestabile DA, Flores DJ, Arcos CG, Galicia LR, Lima DGM, Castro TF, Vivas EP, et al. Cefalosporinas orales en infecciones respiratorias. Rev de Enf. Infecc. en Pediatría. 2012 OCT; (27):1-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revenfinfped/eip-2012/eip124g.pdf>
7. Recalde J. Tratamiento empírico de las infecciones respiratorias de vías altas en atención primaria. El Boletín Terapéutico Andaluz. 2009; 25 (3): 1-6.
8. Singh M, Das RR. Zinc para el resfriado común. Cochrane. 2013 jun 18: 4 Disponible en : <http://www.cochrane.org/es/CD001364/zinc-para-el-resfriado-comun>

9. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold on 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](http://www.cochrane.org/CD000247/ARI_antibiotics-for-the-common-cold-an-infection-of-the-upper-respiratory-tract)
10. Siyuan L, Jirong Y, Rong Bi. Acetaminofeno (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>
11. Hayward G, Thompson JM, Perera R, Del Mar BC, Glasziou PP, Heneghan CJ. Corticosteroides para el resfriado común. Cochrane. 2015 oct 17; 1-3. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD008116/corticosteroides-para-el-resfriado-comun>
12. De Sutter AI, van Driel ML, Kumar AA, Lesslar O, Skrt A . Combinaciones de analgésicos, descongestionantes y antihistamínicos orales para el refriado común. Cochrane. 2012 feb 15; 1-2. Disponible en:<http://www.cochrane.org/es/CD004976/combinaciones-de-analgesicos-descongestionantes-y-antihistaminicos-orales-para-el-resfriado-comun>
- 13.Kim S, Chang Y, Cho H, Hwang Y, Moan Y. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. Cochrane. 2013 jun 04. [about 3 p]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006362.pub3/epdf/standard>
- 14.Albalawi ZH, Othman SS, Afaleh K. a spray containing ipratropium bromide administered into the nose to treat common cold symptoms. Cochrane. 2013 jun 19 [about 3 p]. Disponible en: [http://www.cochrane.org/CD008231/ARI\\_a-spray-containing-ipratropium-bromide-administered-into-the-nose-to-treat-common-cold-symptoms](http://www.cochrane.org/CD008231/ARI_a-spray-containing-ipratropium-bromide-administered-into-the-nose-to-treat-common-cold-symptoms)

15. White ML, Martínez I, Fuentes Y, Valdez MJ, Izquierdo L. Colonización de bacterias potencialmente patógenas en la faringe de adultos sanos y factores de riesgo asociados. *Panorama Cuba y Salud*. 2011; enero-abril: 7 (1): 24-30.
16. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Glasziou PP, Del Mar CB, Heneghan CJ. Corticoesteroides como tratamiento independiente o complementario para la Faringitis. *Cochrane*. 2012; oct 17:1-3. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD008268/corticosteroides-como-tratamiento-independiente-o-complementario-para-la-faringitis>
17. Remolina YA. Etiología viral en adultos con infección respiratoria aguda grave en Colombia [Tesis profesional]. Universidad Nacional de Colombia. 2014; 1-34.
18. Olmos C, Mancilla P, Martínez L, Astudillo P. Epidemiología de las consultas respiratorias de adultos en Santiago de Chile desde 2003 a 2008. *Rev. Med. Chile*. 2015; 143:20-38.
19. ARIMAC. 10 principales motivos de Consulta en el Servicio de Medicina Familiar en el HGZ/MF N° 9, en el año 2014.
20. IMSS. Sistema de información de atención integral de la salud. Principales motivos de consulta (Frecuencia) HGZMF 9. *Epidemiología*. 2013-2014.

## ANEXOS

### **ANEXO 1.** Hoja de recolección de datos

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

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 18 A 59  
AÑOS DE EDAD CON INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS  
AGUDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ  
MF 9**

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de afiliación del paciente: \_\_\_\_\_

Edad	
Sexo	
Estado civil	
Escolaridad	
Ocupación	
Peso	
Talla	
Características clínicas	
Fiebre	
Rinorrea	
Tos	
Estornudos	

Cefalea	
Odinofagia	
Otros	
Tiempo de evolución de características clínicas	
Tratamiento no medico	
Tratamiento medico	
Inmunizaciones previas	
Vacuna neumococo	
Influenza	
Antecedentes	
Situaciones comórbidas	
Número de eventos de infecciones respiratorias en el año	
Criterios de Centor	