

Infecciones de vías respiratorias superiores y estado nutricional en población pediátrica de la comunidad de Santo Domingo, Chiapas

Upper respiratory tract infections and nutritional status in pediatric population from the community of Santo Domingo, Chiapas

Luis Angel Moreno-Venegas^{1, 2 *}, Judith Yael González Meneses^{1, 3}.

RESUMEN

Introducción: El primer motivo de consulta en México son las infecciones respiratorias agudas (IRAs), las cuales se ven favorecidas por la desnutrición. El objetivo del estudio es exponer la presentación de IRAs en población pediátrica de una comunidad rural en el estado de Chiapas, además de evaluar el estado nutricional y el ausentismo en las consultas de seguimiento.

Metodología: Cohorte prospectiva (abril de 2018 a enero de 2019) en la comunidad de Santo Domingo. Se realizó registro y seguimiento de casos de IRAs, así como las valoraciones del estado nutricional mediante tablas de peso para la talla (P/T), peso para la edad (P/E) y talla para la edad (T/E) de la Organización Mundial de la Salud. Se obtuvo estadística descriptiva, y a través de esta, se relacionaron las variables con la experiencia clínica, además de calcular riesgos relativos (RR), riesgos atribuibles (RA) y fracciones etiológicas (RA%).

Resultados: Se registraron 157 consultas; 99 fueron <5 años de edad y 58 de entre 5-19 años. Los pacientes <5 años representaron la mayoría de las consultas; 35 presentaron desnutrición. En la evaluación de necesidad del uso antibiótico se encontró lo siguiente: bajo P/E (RR=6.6, RA=0.13, RA%=85); bajo P/T (RR=2.85, RA=0.1, RA%=50%); baja T/E (RR=1.25, RA=0.02, RA%=20).

Conclusiones: La desnutrición aumenta la probabilidad de padecer IRAs de probable etiología bacteriana y por consiguiente, el uso de antibiótico. La antibioticoterapia fue, en general, casi innecesaria. La causa principal del ausentismo en consultas de control fue por observar mejoría significativa y no consideraron necesario acudir.

Palabras Clave: Infecciones del Sistema Respiratorio, Desnutrición, Antibacterianos, Relaciones Médico-Paciente, México.

ABSTRACT

Introduction: Acute respiratory infections (ARIs) are the first reason for medical consultation in Mexico, which are favored by malnutrition. The aim of this study is expose the ARIs presentation in pediatric population from a rural community in Chiapas, besides evaluating the nutritional status and the absenteeism in follow-up medical consultations.

Methodology: Prospective cohort study (april 2018 to january 2019) in the community of Santo Domingo. The registration and follow-up of ARIs cases was carried out, as well as nutritional status rating using the tables of the World Health Organization: weight for size (W/S), weight for age (W/A) and size for age (S/A). Descriptive statistics was obtained, and through this, variables were related to clinical experience, in addition to calculating relative risks (RR), attributable risks (AR) and etiological fractions (AR%).

Results: 157 medical consultations were recorded; 99 were <5 years-old and 58 between 5-19 years. The patients <5 years represented the majority of medical consultations; 35 presented malnutrition. In the evaluation of the need for antibiotic use, we found this: low W/A (RR=6.6, AR=0.13, AR%=85); low W/S (RR=2.85, AR=0.1, AR%=50%); low S/A (RR=1.25, AR=0.02, AR%=20).

Conclusions: Malnutrition increases the probability of suffer from ARIs of probable bacterial etiology and the use of antibiotic. In general, antibiotic therapy was almost unnecessary. The significant improvement was the main cause of absenteeism in the medical checkups, so they did not consider it necessary.

Keywords: Respiratory tract infections, Malnutrition, Antibiotics, Physician-Patient relations, Mexico.

Moreno-Venegas LA, González JY. Infecciones de vías respiratorias superiores y estado nutricional en población pediátrica de la comunidad de Santo Domingo, Chiapas. Rev Cadena Cereb. 2019; 3(1): 46-53. Disponible en: <https://www.cadenadecerebros.com/single-post/ART-AO-31-02>

Esta obra se distribuye bajo una licencia Creative Commons BY-NC 4.0 Internacional

Clave: ART-AO-31-02.

Recibido: 18/06/2019.

Aceptado: 07/07/2019.

1. Licenciatura en Medicina, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Ciudad de México, México.
2. Hospital Básico Comunitario Santo Domingo, Secretaría de Salud, Gobierno Federal. Chiapas, México.
3. Centro de Salud Rural Santo Domingo, Secretaría de Salud, Gobierno Federal. Chiapas, México.

* Autor de Correspondencia: moreno.luisoangel@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores son enfermedades que afectan al aparato respiratorio desde la nariz hasta la porción superior de la epiglotis durante un periodo menor de quince días, frecuentemente ocasionada por virus y ocasionalmente por bacterias (principalmente estreptococo)¹. Dada la ambigüedad de sus signos y síntomas suele medicarse desde el inicio del cuadro, muchas veces cayendo en polifarmacia e incluso antibioticoterapia mal empleada o sin indicación.

El primer lugar de motivo de consulta a nivel nacional y en el estado de Chiapas lo ocupan las infecciones respiratorias agudas (IRAs), sin distinción de edad ni sexo según lo reportado en los últimos cinco años, constituyendo uno de los primeros diez lugares de mortalidad infantil nacional en cada grupo etario².

La conducta terapéutica en las IRAs -conforme a las recomendaciones y evidencias emitidas en la Guía de Práctica Clínica (GPC), en su actualización 2016-¹ se decide con apoyo en el diagnóstico realizado a través de los criterios de Centor modificados para determinar la necesidad de antibioticoterapia, donde con un puntaje menor a 3 el manejo consiste en medidas higiénico-dietéticas y tratamiento sintomático, mientras que con un puntaje ≥ 3 se brinda antibioticoterapia, además de sensibilizar y educar al padre/tutor en cuidados del paciente pediátrico, así como la identificación de signos y síntomas de alarma citando al paciente para revalorarlo tres días después, momento que también es aprovechado para registrar resultados del tratamiento y valoración de posibles complicaciones.

Alrededor del 45% de las muertes en menores de 5 años están relacionadas con la desnutrición y en su mayoría se regis-

tran en los países de ingresos bajos o medianos. Por causa de la desnutrición, los niños en particular son mucho más vulnerables ante la enfermedad y la muerte^{3,5}.

El presente estudio tiene por objetivo exponer la presentación de IRAs en la población pediátrica de una comunidad rural en el estado de Chiapas, México, además de evaluar el estado nutricional y discutir las causas de ausentismo en las consultas de seguimiento que tuvieron la finalidad de verificar la evolución clínica, el éxito o fracaso del tratamiento y las posibles complicaciones posteriores.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo de abril de 2018 a enero de 2019 en la comunidad de Santo Domingo ubicada en el municipio de Ocosingo, Chiapas (México). A través del servicio de consulta externa del Hospital Básico Comunitario Santo Domingo (**Figura 1A**) y del Centro de Salud Rural Santo Domingo (**Figura 1B**), se realizó un registro y seguimiento de los casos de IRAs en población pediátrica; los criterios de inclusión y exclusión de pacientes se expresan en la **Tabla 1**.

El abordaje y manejo de los casos se realizó conforme a las recomendaciones de la GPC mexicana “Evidencias y recomendaciones: Diagnóstico y manejo de infecciones agudas de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad” 2016¹. Tanto el diagnóstico de las IRAs como la decisión del empleo de antibioticoterapia se realizó mediante los criterios Centor modificados^{1,6} (**Tabla 2**), categorizando a los casos con alta (puntaje de 3 a 5) o baja (puntaje de 0 a 2) probabilidad de infección por estreptococo.



Figura 1. Centros de atención a la salud en la comunidad de Santo Domingo (Ocosingo, Chiapas): **A)** Hospital Básico Comunitario de Santo Domingo y **B)** Centro de Salud Santo Do-

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de los sujetos de estudio.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Edad entre 0 a 18 años, sin distinción de sexo • Residente de la comunidad de Santo Domingo • Tiempo de evolución < 7 días • Consulta en el periodo de abril 2018 a enero 2019 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad >19 años • No ser residente del ejido de Santo Domingo • Tiempo de evolución > 7 días • Comorbilidades: cardiopatía congénita, displasia broncopulmonar, fibrosis quística

Tabla 2. Criterios Centor modificados para la decisión terapéutica en pacientes pediátricos con IRAs de acuerdo a la GPC mexicana (2016)¹.

Datos Clínicos y Epidemiológicos	Puntuación
Exudado faríngeo, inflamación amigdalina o exudado	1
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas o inflamadas	1
Fiebre mayor a 38°C	1
Ausencia de tos	1
Edad entre 3 y 14 años	1
Edad de 15 a 44 años	0
Edad >44 años	1

Puntuación entre 0 y 2 = Baja probabilidad de infección por estreptococo.
Puntuación ≥ 3 = Alta probabilidad de infección por estreptococo.

Todos los pacientes fueron tratados de forma sintomática y con medidas higiénico-dietéticas, explicando ampliamente a los padres sobre el mismo, además de dar cita para revaloración 3 días posteriores al diagnóstico. Las medidas higiénico-dietéticas incluyeron vaporizaciones en regadera, reposo relativo, gargarismos con solución salina, alimentos suaves y abundantes líquidos tibios. El tratamiento sintomático incluye exclusivamente paracetamol, ibuprofeno, evitando descongestionantes, soluciones con bromuro de ipratropio, vitamina C, gluconato de zinc, antitusígenos y antihistamínicos¹. En los pacientes que de acuerdo a los criterios de Centor se encontrara alta probabilidad de infección por estreptococo, se dio antibioticoterapia también conforme a la citada GPC¹, empleando principalmente penicilina G benzatínica (bencilpenicilina) o amoxicilina, y en caso de alergia a este grupo de medicamentos, se prescribió eritromicina, ya que son los únicos antibióticos con los que contaban los centros de atención médica comentados.

Al finalizar cada consulta, se otorgó un tríptico informativo que fungía como carnet, en donde se especificaban los datos clínicos que presentaba cada paciente al momento de la primera consulta y durante su revaloración. Este tríptico fue impreso en Español y lengua Tzeltal (una de las variaciones del grupo lingüístico Maya cuyo predominio se observa en muchas comunidades de Chiapas), el cual puede encontrarse en el **Anexo A**.

Durante el curso del estudio, se tomó en consideración a aquellos pacientes que no acudían a sus citas de control, por lo que también se aplicó un cuestionario a los padres que, por razones diferentes regresaron a los centros de salud, con el fin de conocer los motivos por los cuales no se acudió a las consultas de seguimiento de IRAs, incluyendo también una evaluación de la percepción del padre/tutor sobre la consulta inicial. Para esta encuesta no se aplicó alguna escala específica y/o validada, el cuestionario simplemente consistió en preguntas concisas y concretas cuyas respuestas fueron de carácter subjetivo dependiendo de la impresión de los padres.

Todos los registros fueron depositados en una base de datos en Microsoft Office Excel 2010 con las siguientes variables: sexo, edad, consulta de revaloración, tratamiento otorgado, y valoración de crecimiento y desarrollo con peso para la talla (P/T), peso para la edad (P/E) y talla para la edad (T/E) en niños y niñas conforme a las tablas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³. Se realizó estadística descriptiva de todas las variables, y a través de esta, se relacionaron dichos datos con la experiencia clínica adquirida en esta comunidad, además de calcular riesgos relativos (RR), riesgos atribuibles (RA) y fracciones etiológicas (también conocidas como proporciones del riesgo atribuible, RA%).

RESULTADOS

Se atendieron un total de 157 consultas por IRAs, de las cuales 99 casos fueron menores de 5 años de edad y 58 casos de entre 5 y 19 años de edad. Se observó que el número de IRAs en pacientes menores de 5 años abarcó la mayoría de las consultas otorgadas (**Figura 2**). Se realizó esta categorización de pacientes en dichos intervalos de clase (<5 años y ≥ 5 años) debido a las recomendaciones de la OMS para el uso de la tabla de percentiles de P/T, ya que exponen que esta herramienta resulta de mayor utilidad diagnóstica en niños menores de 5 años³.

IRAs relacionadas con el estado nutricional

Durante la consulta diaria, se evaluó el crecimiento y desarrollo de los 99 niños menores de 5 años como parte del control nutricional habitual, observando pacientes que presentaba algún grado de desnutrición. Por lo anterior se cruzaron las variables de P/E con incidencia de IRAs, encontrando que la mayor presentación de casos se encuentra en pacientes con peso normal (53 de 99 casos); sin embargo, la mayor parte de tratamientos antibióticos se otorgaron a pacientes con desnutrición (7 de 35 casos, que representó el 20% de los niños con algún grado de desnutrición) contra 2 casos con tratamiento antibiótico y peso normal; no se observaron casos de niños con sobrepeso u obesidad que requirieran tratamiento antibiótico (**Figura 3**).

Por otro lado, se cruzó el P/T con la frecuencia de IRAs, observando que la mayor incidencia de casos se encontró en pacientes con peso normal (57 de 99 casos); sin embargo, al igual que en el P/E, los tratamientos antibióticos se encuentran principalmente en pacientes con algún grado de desnutrición (5 de 24 casos) y peso normal (4 casos); en este análisis tampoco se encontraron casos de niños con sobrepeso que requirieran antibioticoterapia (**Figura 4**).

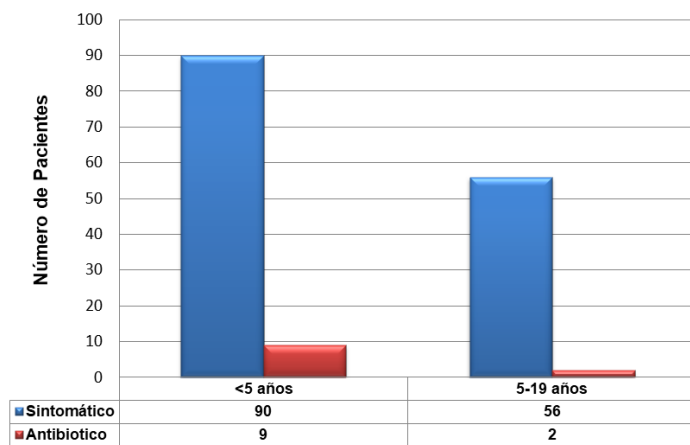


Figura 2. Frecuencia de pacientes con diagnóstico de IRA por grupos etarios (<5 años y de 5-19 años) y tipo de tratamiento dado (Sintomático y Antibiótico) de acuerdo a la valoración clínica realizada con los criterios Centor modificados.

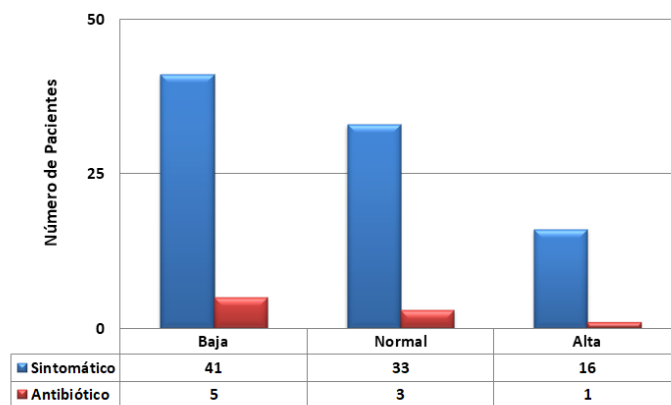


Figura 5. Tratamiento asignado a casos de IRAs en menores de 5 años, en relación con estado nutricional usando como parámetro la talla para la edad con tablas de la OMS.

Tabla 3. Relación de la frecuencia de IRAs con el estado nutricional, comparando indicadores de crecimiento en población menor de 5 años de edad.

Indicador del Crecimiento	Normales (% en relación a población total <5 años)	Desnutridos (% en relación a población <5 años)
Peso para la edad	53%	35%
Peso para la talla	55%	24%
Talla para la edad	36%	46%

Tabla 4. Necesidad de antibiótico para tratamiento de IRA en pacientes menores de 5 años con algún grado de desnutrición de acuerdo a las gráficas de la OMS.

Riesgos	Bajo Peso para la Edad	Bajo Peso para la Talla	Baja Talla para la Edad
Riesgo relativo	6.6	2.85	1.25
Riesgo atribuible	0.13	0.10	0.02
Fracción etiológica	85%	50%	20%

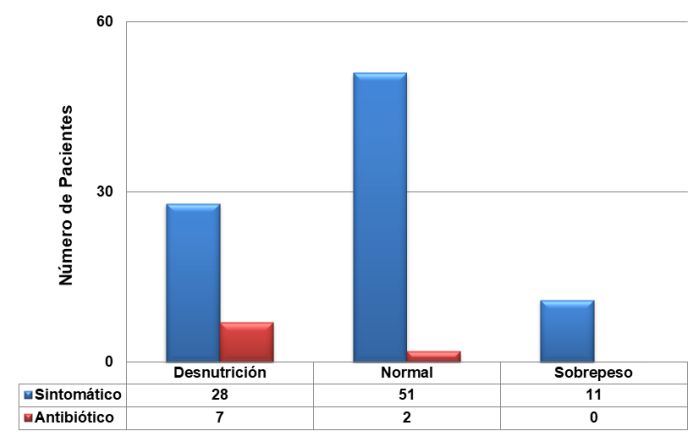


Figura 3. Tratamiento asignado a casos de IRAs en menores de 5 años, en relación con el estado nutricional empleando como parámetro el peso para la edad con tablas de la OMS.

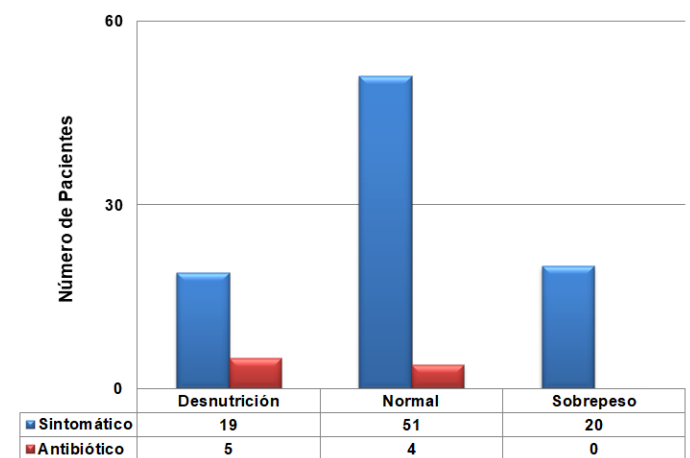


Figura 4. Tratamiento asignado a casos de IRAs en menores de 5 años, en relación con estado nutricional usando como parámetro el peso para la talla con tablas de la OMS.

Finalmente, se cruzó la T/E con incidencia de IRAs, observando un predominio de estos casos en pacientes con talla baja, ya que en este grupo se encontraron aquellos que recibieron antibioticoterapia con más frecuencia (5 de 46 casos), comparado con 3 casos de talla normal y 1 paciente más con talla alta (Figura 5).

La Tabla 3 resume el comportamiento de la población (99 pacientes menores de cinco años que presentaron IRAs en consultas de primera vez, exceptuando a pacientes con sobrepeso y talla alta), al evaluar el crecimiento con diferentes indicadores, observando cómo el parámetro utilizado por la Secretaría de Salud de México (P/T) suele sobreestimar el estado nutricional del paciente y, al mismo tiempo, pareciera disminuir la correlación del estado nutricional con la presentación de IRAs. Al utilizar el P/E también aparenta que la incidencia de las IRAs es mayor en los pacientes con un crecimiento normal que en los pacientes con algún grado de desnutrición; sin embargo, al utilizar la T/E (criterio que supone desnutrición crónica) se observó que la mayor incidencia de las IRAs es en pacientes con talla baja.

En la **Tabla 4** se presentan los RRs, RAs y RAs% que indican la probabilidad de padecer IRAs de posible etiología bacteriana en pacientes menores de 5 años con la presencia de algún grado de desnutrición, utilizando como herramienta de estadificación las gráficas de la OMS. Se observa que -por estadística descriptiva- la condición de desnutrición aumenta la probabilidad de padecer IRAs de etiología probablemente bacteriana, esto al evaluar a pacientes con las 3 tablas propuestas por la OMS, teniendo un mayor RR y RA cuando se observa bajo peso para la edad.

DISCUSIÓN

Las IRAs abarcan el mayor número de casos de morbilidad en la consulta externa del ejido de Santo Domingo (Chiapas), tanto en Centro de Salud como en el Hospital Básico Comunitario coincidiendo con reportes de años anteriores^{7,8}, por lo que esta investigación resulta de gran importancia para esta población, impactando directamente en su salud y en los recursos económicos de las familias por la posible compra de medicamentos innecesarios para el padecimiento.

Se observó que la mayor incidencia de casos se encuentra en población menor de 5 años de edad, y en este grupo etario también se encuentra la mayor frecuencia de aquellos que recibieron tratamiento antibiótico, coincidiendo con lo reportado en la literatura y discutido anteriormente, así como con datos estatales y nacionales².

Como se citó anteriormente, la literatura indica que alrededor del 45% de las muertes en menores de 5 años están relacionadas con la desnutrición, por lo que nuestros hallazgos sugieren que la población de estudio se encuentra en riesgo, ya que está condicionada a una mayor probabilidad de padecer enfermedades (sobre todo infecciosas) y a presentar complicaciones debido al compromiso inmunológico secundario³. En este estudio, se cruzaron las variables de P/T, P/E y T/E; aunque no se puede afirmar con certeza una situación de causalidad, los números sí permiten establecer la relación -por estadística descriptiva y cálculo de riesgos- entre la necesidad de tratamiento antibiótico en pacientes con algún grado de desnutrición comparados con aquellos que se estadifican “normales” al usar las gráficas de la OMS.

De acuerdo a la aplicación de los criterios de Centor modificados y la estrategia de prescripción retardada, se observó que sólo el 7% del total de consultas (11 de 157) requirió de tratamiento antibiótico. Si bien, la casi nula asistencia a la cita de revaloración hace imposible afirmar la resolución absoluta del cuadro, se puede suponer que este dato sirve para mirar hacia la práctica médica convencional y analizar la verdadera necesidad de los antibióticos.

Durante el desarrollo de la investigación resaltaron las adversidades al que se enfrenta el personal de salud inmerso en un sistema donde las políticas y falta de insumos en primer nivel impactan en la calidad de atención a la salud, ya que si bien los médicos debemos brindar apoyo integral y de calidad, el sistema de salud actual no permite esto en el medio público debido a que en la mayoría de las ocasiones, además de la falta de medicamentos necesarios para atender a los pacientes, se intenta cubrir a la mayor parte de la población con la menor cantidad de médicos posibles, provocando que las consultas diarias sean generalmen-

te vistas solo como números, lo que atenta contra la calidad de atención. Aunque gran parte de la población de estudio no regresó a revaloración o no siguió indicaciones médicas, el Estado no ha cumplido su papel al ofrecer una gama de servicios integrales que permitan establecer una adecuada interacción.

En las 146 consultas acumuladas hasta el mes de diciembre resaltaron los 10 casos tratados con antibiótico, resultando en 136 consultas con tratamiento sintomático, de los cuales en 18 casos que representaron el 13.2% (4 de consulta subsecuente y 14 de visita domiciliaria) es posible afirmar que se tuvo una evolución favorable.

Al no lograr las consultas de revaloración de acuerdo al cálculo del tamaño muestral, se alcanzaron valores significativos a un nivel de confianza del 80% con un total de 18 pacientes (4 de revaloración y 14 de visita domiciliaria). A pesar de no alcanzar dicha meta de cuestionarios aplicados para llegar al 95% de confianza estadística, no se recibieron revaloraciones con complicaciones asociadas a infecciones respiratorias que pudiesen corresponder a estas pérdidas, ni fue registrada alguna muerte debido a esta causa durante el periodo de estudio. Otro factor importante a considerar son las condiciones socioeconómicas y hábitos higiénico-dietéticos de la población que podrían modificar o complicar el curso de la enfermedad y pueden ser objetivos de futuras investigaciones, tales como: el hacinamiento, sanitización de alimentos, condiciones de vivienda y acceso a enseres de limpieza.

De los resultados de la encuesta, un punto muy importante es que la totalidad de los cuidadores refiere no regresar porque su hijo mejoró y no consideró necesaria la consulta; varios factores determinan esta respuesta, desde el curso natural de la enfermedad (autolimitada y más frecuentemente de origen viral), distancia y tiempo de traslado, actividades diarias del paciente, la concepción de la salud por la población, etcétera; por otra parte, la mayoría de los pacientes considera que la consulta otorgada fue de buena calidad.

En el marco de la investigación encontramos irregularidades que violentan el derecho a la salud de los pacientes en la localidad estudiada, entre estos: el acceso a la información es casi nulo, no se ofrecen herramientas que permitan al paciente aprender acerca del cuidado de su salud, no existen materiales didácticos/informativos en lengua Tzeltal, además de que las instituciones responsables de otorgar estos materiales e información no lo realizan y/o es de mala calidad. El tríptico que se brindó a los pacientes -independientemente de la inclusión a este estudio- fue elaborado e impreso empleando fondos propios de los autores, observando una adecuada aceptación y comprensión por parte de los padres/tutores.

Las consultas médicas están sobrecargadas, ya que un médico atiende 20 consultas diarias en un turno (superior a las 11.5 consultas promedio reportadas por la Secretaría de Salud de Chiapas) que, idealmente, debieran otorgarse aproximadamente 42 minutos por paciente, mientras que la duración real es de 25 minutos, afectando directamente la relación médico-paciente. Esta situación no es un objetivo de esta investigación; sin embargo, consideramos que es un factor importante que influye en la calidad de la atención médica otorgada y por consiguiente, en los resultados (éxito o fracaso) de los tratamientos; sugerimos realizar estudios posteriores enfocados a determinar el tiempo ideal para dar consultas médicas en el primer, segundo y tercer nivel de

atención que se basen en la calidad de la atención, mas no en el tiempo relacionado al tamaño poblacional.

No se cuentan con estudios de laboratorio como complemento diagnóstico, ni siquiera los indicados en la GPC, como la prueba rápida de antígeno estreptocócico y tampoco los cultivos faríngeos¹, lo cual puede condicionar la mala prescripción, sobre todo en casos con cuadros clínicos poco específicos o “enmascarados” por otra enfermedad.

Al trabajar con población pediátrica, en ocasiones lo más difícil es establecer un vínculo de confianza con los padres, por lo que representa un reto aún mayor trabajar con una población que habla una lengua materna diferente a la del médico. Al estar inmersos en el sistema de la Secretaría de Salud de México y no contar con materiales que se adecuen a la lengua Tzeltal, surgió la propuesta de elaborar un tríptico de carácter informativo Español-Tzeltal a manera de reforzar a los padres sobre la consulta médica. Cabe mencionar que, a diferencia de otras comunidades indígenas chiapanecas, en Santo Domingo la mayor parte la población sabe leer Tzeltal por dos motivos: 1) porque la educación primaria contempla la lectura y escritura en Tzeltal, y 2) tiene un impacto religioso, al tener una versión traducida de la biblia. Algo importante a considerar es que, a pesar de la barrera de la comunicación existente entre el médico y el cuidador, ninguno de los padres encuestados percibe que la explicación fuese difícil de comprender o llevar a cabo, soportado por un traductor durante la consulta y el tríptico informativo, beneficiando directamente a la relación médico-paciente.

Otro reto al que nos enfrentamos es a la exigencia de los padres en cuanto a recibir tratamiento antibiótico o algún medicamento intramuscular/intravenoso. Estas ideas pueden estar fundadas en consultas previas con médicos que realizaron *mala praxis* y prescribieron antibioticoterapia temprana en ausencia de criterios clínicos que así lo indicaran, fomentando que la población lo considere como la única opción “curativa”. Nuestra actitud ante el problema fue explicar de manera concisa la historia natural de la enfermedad, explorando detalladamente al paciente y dando indicaciones claras sobre la importancia de las medidas generales y de indicar medicamentos en menor proporción.

El principal aporte de este trabajo es la importancia clínica de evidencia científica en la práctica médica ya que la mayor parte de los pacientes con IRAs solo requieren tratamiento sintomático aplicando los estándares que recomienda la GPC¹.

Este estudio establece un precedente para continuar la investigación en el área de la salud de esta comunidad, promoviendo la continuación del mismo y el desarrollo de nuevos estudios aplicados para otras enfermedades o aspectos sociales de la comunidad.

En conclusión, las IRAs representan la primera causa de consulta médica en la comunidad de Santo Domingo (Ocosingo, Chiapas). El manejo antibiótico, indicado de acuerdo a la valoración con los criterios Centor modificados, fue casi innecesario para el tratamiento de las IRAs; sin embargo, en los pacientes que requirieron antibioticoterapia se encontró una posible relación con un estado de deficiencia nutricional, situación que aumenta el riesgo de complicaciones. De acuerdo a nuestros resultados, los niños menores de 5 años con desnutrición presentan

6.6 veces mayor riesgo de padecer IRAs de etiología bacteriana cuando tienen bajo P/E, 2.85 veces mayor riesgo en niños con bajo P/T y 1.25 veces mayor riesgo cuando presentan baja T/E; por otra parte, el 85% de los niños menores de 5 años con desnutrición que presentan bajo P/E requerirán de manejo antibiótico como tratamiento de las IRAs (que sugiere una etiología probablemente bacteriana), el 50% lo necesitarán cuando se encuentra bajo P/T y el 20% cuando se observa baja T/E.

A pesar de que las tablas de percentiles de P/E, P/T y T/E de la OMS resultan útiles para la valoración del estado nutricional, sugerimos la necesidad de realizar tablas específicas para esta población con el fin de que los estudios, diagnósticos, seguimientos y tratamientos se basen en ellas y no en tablas realizadas con población mundial.

El incumplimiento por parte de los padres/tutores para llevar al menor a consultas de revaloración puede estar fundamentado en el tiempo de espera para recibir la atención debido al gran número de consultas atendidas en un día y por esto poca afinidad a los servicios de salud ofrecidos por el estado, las diferencias culturales, situación económica y dinámicas propias de la población. Aun a pesar de los esfuerzos por explicar la naturaleza de la enfermedad y potenciales complicaciones, esta situación representa un problema de salud importante no solo para esta comunidad, sino para todas aquellas zonas rurales del país en las que existe poco apoyo médico y recursos limitados o prácticamente nulos; una propuesta es realizar pláticas de carácter preventivo a la población en padecimientos más comunes y no solo cuando se acude a consulta, todo esto en su propia lengua y, para generar un mayor impacto social, estar acompañadas de los dirigentes o autoridades (formales o informales) de estos grupos poblacionales.

REFERENCIAS

1. Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México. Secretaría de Salud; 03/11/2016. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
2. Anuario de Morbilidad 1984 - 2018 [sede web]. México: Secretaría de Salud; 2014 [acceso: 28 de marzo de 2019]. Veinte principales causas de enfermedad en Chiapas, por grupos de edad. Estados Unidos Mexicanos Población General. SUIVE/DGE 2013-2017 [1 página]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2014/principales/estatal_grupo/chis.pdf
3. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [acceso: 25 de marzo de 2019]. Malnutrición [9 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
4. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas [sede web]. México: Chiapas Gobierno del Estado; 2016 [acceso 10 de abril de 2019]. Compendio de Información Estadística y Geográfica de Chiapas [5 pantallas]. Disponible en: <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/downloads/productosdgei/CIGECH/Salud.htm>
5. SIODM. “Tasa de mortalidad infantil en los Estados Unidos



Mexicanos”. Dirección General de Información en Salud, 2016.

6. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, et al. Guidelines for the management of acute score throat: ESCMID Sore Throat Guideline Group. Clin Microbiol Infect. 2012; 18(Suppl. 1): 1-27. DOI: [10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x)
7. Ramírez, S. “Reporte de Servicio Social”. 2016; Perfil de morbilidad. 78-82.
8. Colín, G.J. “Informe de Servicio Social”. 2017; Perfil de morbilidad. 75-83.

CONFLICTOS DE INTERÉS


Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

ANEXO A


Nombre:	Edad:
Primer Consulta	
Ausencia de tos	
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas	
Temperatura > 38°C	
Exudado o inflamación de amígdalas	
3 a 14 años	
15 a 18 años	
Puntaje total	

Segunda Consulta	
Ausencia de tos	
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas	
Temperatura > 38°C	
Exudado o inflamación de amígdalas	
3 a 14 años	
15 a 18 años	
Puntaje total	



**Universidad Autónoma
Metropolitana
Xochimilco**

**¿Qué es una infección
respiratoria aguda?**



MPSS Judith Yael González Meneses
C.S.R. Santo Domingo

EPSS Valentina del Rosario Martínez Sánchez
C.S.R. Santo Domingo

MPSS Luis Ángel Moreno Venegas
H.B.C. Santo Domingo

ANVERSO

Infección de vías aéreas superiores/ Chamel te jaichem ta jini'tik k'alal ta kok'ib'tik

Enfermedad infecciosa desde la nariz hasta la garganta, en un tiempo menor a 15 días, ocasionado más comúnmente por virus y, menos frecuente, por bacterias. Chamel te ya xiaich ta jini'tik k'alal ta kok'ib'tik ta ie' lajineh k'alal nax, te ja sjachol te xisuxetik.

¿Cómo identificarlo?/¿Bit'il ya jna'tik?

Por virus

- Conjuntivitis/Chamel te s'itil
- Comezón en los ojos/Sak' s'itil
- Tos/Qhbal
- Diarrea/Tsa'
- Ronquera/Makal' ouk'
- Úlceras en la boca/Lajem beal
- Sarpullido/Chinistik ta ibek'etaltik

Por bacteria

- Escorrimento nasal/Ya'ol'ni
- Tos/Qhbal
- Fiebre/K'ak'
- Dolor al tragar/K'ux ouk'ul k'alal ya jibik'ok te wa' s'isistik
- Dolor en todo el cuerpo/K'ux pi'sil
- Menos hambre/Ya' x'ol' te xi'oa'le
- Dolor de cabeza/K'ux bol'

**¿Cómo cuido a mi hijo?
¿Bit'il ikanantay te kale?**

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón *Poktik'antik ik'ab'it'ik sok xapon.*
- Niños enfermos no deben compartir juguetes y chupones con niños sanos. Lavar éstos objetos con agua y jabón cuantas veces sea posible *Te tut alal'etik te tsaktic lambilix ma' xu' ya yaly' it'ia' sok yan alal'etik te mato tsaktik lambila, sok oix ma' xu' ya smajamheysab'it'ik te yix'ta'ike. Ya yich' pokel te yix'ta' sok ja' sok xapon spisil ora.*
- Promover que todos los visitantes se laven las manos antes de entrar en contacto con los niños./ K'alal ya x'ul utal'etik ya kalbeytik ak'a spok sk'ab'ik k'alal ya s'isak'ik te tut alal.
- Evitar entrar en contacto con personas enfermas con gripe o con fiebre./ ma' j'ajk'antik te mach'a ayix ta chamele
- Continuar con lactancia materna/ ka'beytik te schu'a.

¿Qué no debo hacer?/¿Bin ma' xu ya jpas?

- No compartir cubiertos, platos y cucharas/ ma' smajan te ban ya yaly' uch'el
- No saludar de mano/ ma' ka wak' ja k'ab k'alal ya a pathex yo'tan yantik
- Toser y estornudar sin taparse la boca con el brazo/ k'alal ya xob'ainat ma' ka mak a wa son xujik a k'ab.

Debo ir al hospital si.../Ya xbon ta hospital (snaul' pax) k'alal...

- A mi hijo no se le quita la fiebre en 3 días/ teme ta oxeh k'ajk'al max kajach te sk'ajkal te jkerema
- Que empeoren o aparezcan nuevos síntomas después de 3 a 5 días de que inició la enfermedad/Te me ya jujch' o ya yak' sha ta nael ya tan sjach' bal ta patil ta oxeh o joeh k'ajk'al
- Que no mejore después de 7 a 10 días de que inició la enfermedad/Te me ma' xke'icha ta patil ta jukeh k'alal ta lajineh k'ajk'al te jach ta'ile chamele

REVERSO