

11226
117
24'



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.

CLÍNICA - HOSPITAL ISSTECH.

“ DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ Y PALENCIA ”

“ DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
EN ESCOLARES DE LA CLÍNICA - HOSPITAL ISSTECH DE TAPACHULA DE
CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS. ”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:

DRA. PATRICIA RUIZ VELÁZQUEZ

TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS

1999.



ISSTECH

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

271334



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.

**“ DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN ESCOLARES DE LA CLÍNICA - HOSPITAL ISSTECH
DE TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS “**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina Familiar, presenta :

DRA. PATRICIA RUIZ VELÁZQUEZ

**PROFESORES TITULARES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSTECH EN
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS.**

~~DR. MAXIMILIANO LÓPEZ GARCÍA.~~

~~DR. FRANCISCO R. GAMBOA CASTILLO.~~

~~DRA. MARIA DEL CARMEN CARRANZA CERVANTES~~

~~ASESOR DE TESIS U.S.A.M.~~

~~DR. JESUS CAMPOS RODRIGUEZ~~

~~ASESOR DE TESIS ISSTECH~~



**“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN ESCOLARES DE LA CLÍNICA - HOSPITAL ISSSTECH DE
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDÓÑEZ, CHIAPAS”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

DRA. PATRICIA RUÍZ VELÁZQUEZ

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



~~DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA~~
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



~~DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES~~
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ÍNDICE GENERAL

	PAGINA.
MARCO TEÓRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
JUSTIFICACIÓN.....	26
OBJETIVOS.....	27
METODOLOGÍA.....	28
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	53
SUGERENCIAS.....	54
CONCLUSIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

MARCO TEÓRICO.**INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.**

Las Infecciones Respiratorias Agudas, constituyen en México el rubro de enfermedades más frecuentes notificados y las formas graves son causa de un gran número de defunciones, particularmente en niños menores de 5 años. (1)

DEFINICIÓN : Se entiende por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), todo cuadro clínico que tenga desde su inicio hasta 15 días de evolución, caracterizados por ser un proceso inflamatorio agudo del epitelio respiratorio alto y/o bajo, que presenta uno o más de los siguientes síntomas y signos:

- 1.- Obstrucción o secreción nasal.
- 2.- Dolor o secreción por oído.
- 3.- Enrojecimiento de garganta con o sin placas purulentas.
- 4.- Tos con o sin expectoración.
- 5.- Ronquera.
- 6.- Dificultades Respiratoria. (3).

ETIOLOGÍA.- La mayor parte de las infecciones respiratorias agudas son de origen viral asociándose algunos a un cuadro clínico particular. (2). Existe otro cuadro de gérmenes que son responsables de las IRA, éstas son las bacterias destacándose los estreptococos B hemolíticos del grupo A, el estafilococo dorado coagulasa positivo, el neumococo y el

haemophilus influenzae del tipo E. Ya sea solos o asociados son capaces de producir IRA más o menos graves dependiendo de la existencia de factores como edad del paciente, presencia de enfermedad previa y virulencia del germen entre otros; algunos factores predisponentes suelen ser la desnutrición, la anemia, la fatiga, enfriamientos, estados alérgicos, inhalación de sustancias irritantes e inmunodeficiencias (3).

EPIDEMIOLOGÍA.- Las infecciones Respiratorias Agudas son extremadamente frecuentes en las primeras etapas de la infancia y suelen tener repercusiones locales o generales de importancia. Su incidencia aumenta notablemente en las zonas de clima variable y durante los cambios de estación. Ocupa uno de los primeros lugares como causa o motivo de Consulta (1).

Se ha podido demostrar (4) que una afección respiratoria aguda es susceptible de lesionar en forma irreversible el aparato respiratorio o predisponer en una fase más tardía, a enfermedades respiratorias crónicas. No obstante a menudo se subestima la importancia clínica de dichos padecimientos agudos quizá por su alta frecuencia y en los infantes mayores de 5 años afectados influye muchísimo el interés de los padres para ser llevados a recibir atención médica. (4).

La morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas en la infancia es de 700 y 1000 casos anuales por 100,000 habitantes, elevándose entre el segundo y el tercer año de vida, para

disminuir hasta 300 y 250 en edad preescolar. Por otro lado las estadísticas (4) revelan que de 6 a 8 afecciones respiratorias agudas por niño y por año constituyen la regla en primer lugar en las grandes ciudades.

La frecuencia de las Neumonías aunque mucho más baja que las otras afecciones respiratorias agudas es de particular importancia como causa de mortalidad en la infancia.(4)

No encontramos estudios específicos de IRA en el grupo de edad escolar; sin embargo en un estudio longitudinal, prospectivo, realizado a nivel de población general en 40 consultorios de cuatro áreas de salud de la zona urbana de la provincia de Cd. Habana, Cuba entre el primero de Enero al 31 de Diciembre de 1991 se encontró la siguiente incidencia diagnóstica:

De 226 episodios en niños comprendidos entre 5 a 14 años:

Catarro común	48.70 %	
Influenza	31.20 %	
Amigdalitis	13.70 %	
Farangitis	1.90 %	
Bronconeumonía	1.10 %	(5)

Existe otro estudio comparativo, prospectivo, secuencial y longitudinal, realizado en Teopisca y Villa de las Rosas, Chiapas, México, de Febrero a julio de 1989 en niños menores de 6 años en donde la incidencia diagnóstica fue.

TEOPISCA:

Faringitis Aguda	36.70 %
Resfrío Común	27.80 %
Faringoamigdalitis	25.30 %
Rinofaringitis	2.50 %

VILLA DE LAS ROSAS:

Faringoamigdalitis	58.60 %
Amigdalitis Aguda	15.50 %
Rinofaringitis	10.30 %
Faringitis Aguda	10.30 %
Resfrío Común	5.10 % (6)

Aunque en estos estudios no se contempló sexo, ni estación del año, la revisión literaria nos permitió encontrar los siguientes datos:

De acuerdo a resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (I.N.E.R.) en relación con la morbilidad general durante el periodo comprendido de 1990 - 1994, se encontró que el grupo de edad más afectado con IRA es el de 5 a 14 años con un claro predominio del sexo masculino. (7). Respecto a los meses de mayor incidencia,

la literatura menciona que las IRA se presentan con mayor predominio en los meses de Otoño e Invierno. (8, 9).

FACTORES DE RIESGO.- Existen factores que favorecen la aparición de las enfermedades respiratorias agudas:

A).- Condiciones Anatómicas: rinofaringe pequeña, macizo craneofacial reducido, rínofaringe muy estrecha, trompa de Eustaquio corta, abundante tejido linfoideo del cuerpo, exuberancia del anillo de Waldeyer.

B).- Condiciones Fisiológicas: deficiencia respiratoria funcional del lactante, el niño no sabe expectorar ni expulsar las secreciones de su nasofaringe, vomita o las deglute frecuentemente.

C).- Condiciones Biológicas: flora microbiana muy variable en la rinofaringe normal, que en condiciones patológicas aumenta notablemente su virulencia y su desarrollo, éstas características del niño determinan una serie de complicaciones simultáneas o concatenadas.(1)

Los mecanismos de defensa del organismo hacia las infecciones respiratorias agudas son:

1.- El anillo de Waldeyer; amígdalas faríngeas palatinas o adenoides lingual y tejido linfoide de la faringe.

2.- El epitelio ciliado que recubre el aparato respiratorio, el moco producido por las glándulas de Weber que es movilizado sobre los cilios y de este modo son eliminados gérmenes, partículas de polvo, etc.

3.- La lisozima y fenómeno de inmunidad local.

4.- Los mecanismos respiratorios que consisten en el transporte de aire o gas desde el exterior, su distribución en las vías respiratorias y su expulsión al exterior.

5.- La acción de la epiglotis que impide el paso de los exudados a las vías respiratorias inferiores.

6.- La limpieza de las vías respiratorias y desplazamiento de las secreciones con los cambios de posición y la tos.

7.- La canalización hecha por los linfáticos y la filtración en los ganglios. (10,11,12)

PATOLOGÍAS POR IRA.

RESFRIADO COMÚN.-

DEFINICIÓN: Es la enfermedad más frecuente de las Infecciones Respiratorias Agudas, tanto en niños como en adultos, constituye un padecimiento autolimitado, también se le conoce como coriza, rinitis y rinofaringitis. (10,13,14). Este síndrome excesivamente frecuente del sistema respiratorio puede ser provocado por una amplia gama de virus.

EPIDEMIOLOGÍA: Los menores de 5 años constituyen el grueso de las víctimas por (IRA) aunque hay que tener en cuenta que también niños mayores están expuestos a ellas; los cuadros clínicos de resfriado común son más frecuentes en climas fríos o templados y en los meses de invierno o primavera durante los cuales se reportan epidemias que incluyen amplias áreas geográficas, aunque existen variaciones de individuo a individuo y de una familia a otra.

Las condiciones de nacimiento, los grandes conglomerados humanos, la convivencia de muchas personas en sitios cerrados, son factores altamente predisponentes para el contagio. Son los escolares los que habitualmente introducen el virus al hogar, siendo el ataque secundario en la familia. (10,13,14)

PATOGENIA.- Los virus se transmiten por contacto directo a través de secreciones buconasofáricas de un individuo a otro, mediante las gotas expulsadas al hablar o al toser; también se ha demostrado contacto indirecto a partir de fomites, ropas, utensilios manejados

por los pacientes. Ya que se ha recuperado Rinovirus de las manos de pacientes que sufren Resfriado Común. (15).

CUADRO CLÍNICO.- El período de incubación oscila entre 3 y 7 días y el síndrome se caracteriza por grados variables de congestión nasal con obstrucción y rinorrea, dolor o prurito faríngeo y estornudos frecuentes, ocasionalmente se acompaña de datos de conjuntivitis, tos seca y enrojecimiento de la faringe y amígdalas sin exudado, calosfríos, cefalea, lagrimeo, mal estado general con mioartralgias; puede existir febrícula, la secreción nasal es espesa y profusa cuando inicialmente era hialina o mucóide y se acompaña de plenitud en nasofaringe y cabeza, se reportan también alteraciones del gusto y del olfato y disminución de la agudeza auditiva. (16)

Los casos no complicados de resfriado común rara vez exceden de una semana de duración. (13, 14, 1, 12).

TRATAMIENTO.- No hay tratamiento específico alguno, los antibióticos son usados únicamente para tratar las complicaciones por infecciones secundarias, además agregamos medidas generales consistiendo en descanso, suficientes líquidos para prevenir la deshidratación y una alimentación ligera, balanceada y apetitosa a tolerancia; en caso de fiebre se puede administrar acetaminofén en gotas o tabletas de 100 mgs por vía oral, calculada en base de 50-60 mgs/kg/día. (16, 2, 17)

PREVENCIÓN.- Las vacunas desarrolladas contra algunos de los posibles agentes etimológicos, aún en fase experimental, no son de utilidad práctica en población abierta debido entre otras cosas al gran número de agentes.

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA.-

GENERALIDADES.- Esta patología es una de las más frecuentes de vías respiratorias particularmente en niños; es también un evento frecuentemente sobrediagnosticado y lo que es peor, el que con mayor frecuencia recibe un manejo inadecuado, en donde el abuso y mal uso de los antibióticos constituye la regla; los agentes más frecuentemente involucrados en la faringoamigdalitis aguda son: adenovirus, virus Epstein Barr así como por bacterias del tipo del estreptococo beta hemolítico del grupo A y el *corinebacterium diphtheriae*. (13,18)

EPIDEMIOLOGÍA.- Es generalmente primitiva y favorecida por algún enfriamiento general o local, como la salida a la intemperie después del baño, la exposición prolongada al frío, la ingestión de helados o bebidas heladas; se puede observar en todas las etapas de la infancia, no existe distinción de sexo y tiende a ser viral en niños pequeños a diferencia *relativa de la bacteriana*.

La evolución clínica de la faringoamigdalitis aguda es generalmente corta, de 3 a 5 días, se puede presentar complicaciones de vecindad o a distancia, como laringotraqueítis, apendicitis, miocarditis, nefritis, es bien sabida la importancia de la faringoamigdalitis en la etiopatogenia de la fiebre reumática. (1)

Los agentes asociados con infección faríngea varían dependiendo de la edad, estación del año y factores socioeconómicos, en la clase media con población de niños de 4 a 18 años estudiados durante los meses de invierno; es el estreptococo del grupo A el más común asociado con faringoamigdalitis y en segundo lugar se encontró el *M. Pneumoniae*. (19)

CUADRO CLÍNICO.- Su sintomatología está caracterizada por principio brusco, intempestivo y a veces dramático con fiebre alta oscilando de 39 a 40 °C, vómitos y síntomas generales, calosfríos, palidez (en los lactantes), cefalea, mialgias, artralgias y en caso de fiebre muy alta se agrega convulsiones espasmofílicas, delirio y anorexia.

La voz gutural es característica durante este período y cuando el enfermo habla puede orientarse el diagnóstico aún sin haberlo escuchado nunca antes. (16)

DIAGNOSTICO.- En la faringoamigdalitis el diagnóstico también es clásico por clínica, el cultivo para piógenos está indicado en los casos en que se sospecha de etiología bacteriana, su uso debe restringirse en los casos rebeldes al tratamiento, sospecha de fiebre reumática o glomerulonefritis difusa aguda, escarlatina, septicemia y difteria.

TRATAMIENTO.- Cuando el proceso infeccioso es viral el tratamiento es sintomático con control de la fiebre, mantener permeable las vías aéreas, aporte suficiente de líquidos y electrolitos, calorías, en estos casos el tratamiento desde el punto de vista profiláctico con base en los antimicrobianos es no estar justificado. (16, 17, 20).

OTITIS MEDIA AGUDA.-

Es una infección común en los niños ya que esto está relacionado en parte con su susceptibilidad a las infecciones respiratorias agudas superiores y se debe al hecho de que la trompa de Eustaquio es más corta y la infección se disemina más fácilmente hacia el oído medio. Muchos niños tendrán otalgia con infecciones leves de vías respiratorias y en el examen hay un leve color rosado en la periferia de la membrana timpánica. La sintomatología suele ser dolor y llanto y el niño mayor se quejará de otalgia pero el lactante bien puede llorar en forma incesante y el preescolar se puede quejar de dolor abdominal. El examen otoscópico de la membrana del tímpano con la pérdida del reflejo derecho es normal. Después se puede observar pus por detrás de la membrana y luego puede haber signos de perforación. Muchos con una infección de vías respiratorias superiores tienen un color rosado leve, en la periferia de la membrana timpánica y los lactantes lloran mucho. Esto constituye una Otitis Media genuina y no requiere tratamiento como tal.

EPIDEMIOLOGÍA.- La OMA se considera una enfermedad casi exclusiva de la edad pediátrica, ya que la mayoría de los casos se presentan antes de los cinco años de edad. Se estima que para antes de los tres años, más de dos terceras partes de los niños han tenido uno o más episodios de OMA y más de una tercera parte, tres o más. (21).

La enfermedad tiene presentación estacional, siendo más común en el periodo de Diciembre a Marzo y baja en el periodo de Julio a Septiembre lo cual, aunque no siempre se

correlaciona con las condiciones climáticas, si coincide con la mayor incidencia de infecciones respiratorias. (22).

La infección se presenta significativamente con mayor frecuencia en niños varones y al parecer existe cierta predisposición genética o de tipo familiar para padecer OMA, sobre todo en los casos más severos o asociados con complicaciones.(23).

TRATAMIENTO.- Si bien muchos casos están relacionados con una infección viral de las vías aéreas superiores, la infección del oído también puede ser causada por bacterias H. Influenza de y *Streptococo Pneumoniae*. La penicilina es eficaz contra la Otitis Media y también puede utilizarse ampicilina. Si la membrana timpánica está perforada las gotas óticas de gentamicina e hidrocortizona son útiles para tratar el conducto auditivo externo. (24).

SINUSITIS AGUDA.-

Existen 4 senos paranasales a cada lado de la cabeza, son espacios óseos llenos de aire y tapizados por mucosa. El seno etmoidal también se le conoce como laberinto etmoidal a causa de que está formado por varias celdillas. Los otros senos son el maxilar o antro de Hignmore, el frontal y el esfenoidal. En el nacimiento solamente existe el seno maxilar y el etmoidal, el seno frontal se neumatiza hasta el *primero o segundo año de vida*. El esfenoidal al tercer año de vida.

Sinusitis significa un cambio inflamatorio de la mucosa, de cada 100 pacientes que consultan por trastornos sinusales, menos del 10% padecen de sinusitis. Estas se clasifican en supurada aguda, sub-aguda y crónica; sinusitis alérgica e hiperplásica.

Sinusitis Supurada Aguda.- Frecuentemente continúa al catarro común, cuando hay fiebre, puede presentarse después de nadar o bucear. Su agente causal generalmente por cocos gram positivos; estreptococos, estafilococos, neumococos, otros: haemophilus influenza de.

EPIDEMIOLOGÍA.- La infección de los senos paranasales es una condición frecuente, tanto en la población pediátrica como en adultos; aunque su mortalidad es baja, constituye una causa importante de morbilidad.

La incidencia tanto de las infecciones sinusales agudas como de las crónicas. Aumenta al final de la infancia cuando se completa la neumatización de los senos paranasales. Se estima que entre el 0.50 % y 5.0% de las IRA se complican con infección de los senos paranasales.(25).

La incidencia de sinusitis es mayor durante los meses de Otoño, Invierno y Primavera. No obstante, durante el Verano también pueden presentarse casos de infección de los senos paranasales, generalmente asociados a la práctica de deportes acuáticos como la natación.

SINTOMATOLOGIA.- El primer síntoma es sensación de nariz tapada, presión sobre el seno afectado, malestar general moderado, cefalalgia, hipertermia de 37.5 °C, el recuento de glóbulos puede ser normal e incluso leucopenia. Evolucionan de 48 a 72 horas hasta que hay dolor intenso localizado sobre el seno afectado. Es típico que el dolor aparezca 2 horas después de haberse levantado, aumente progresivamente y disminuya por la tarde y la noche. Las secreciones nasales pueden ser sanguinolentas, después purulentas y abundantes, la mucosa nasal en el lado afectado está hiperémica y edematosa y los cornetes aumentados de tamaño por lo tanto la nariz se obstruye todavía más. La transiluminación en el seno frontal o maxilar, no se produce cuando hay algo en el seno que impide la transiluminación. En el examen radiológico se ve el seno enfermo como borroso y algunas veces un nivel líquido.

TRATAMIENTO .- El tratamiento es médico y quirúrgico solo cuando el orificio natural del seno, está completamente obstruido, cuando esto sucede existe empiema, el dolor se hace intolerable y la extensión de la infección va más allá de las paredes del seno.

El tratamiento médico consiste en suprimir el dolor, retraer la mucosa nasal y controlar la infección. Si persiste secreción purulenta, dolor, fiebre y la cuenta de glóbulos blancos está fuera de las proporciones que podrían esperarse en el curso de la enfermedad, deberán prescribirse antibióticos a altas dosis de tipo de penicilinas. (26)

LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS AGUDA.-

DEFINICIÓN.- Proceso inflamatorio agudo de la laringe y tráquea que invade rinofaringe y progresa hacia la región inferior del árbol respiratorio y puede producir diversos grados de disminución del calibre de la laringe, tráquea y bronquios provocando obstrucción de la vía aérea de grado variable.

ETIOLOGÍA.- La laringotraqueobronquitis aguda en el 90 al 98% de los casos es de etiología viral y de estos los más frecuentes son los causados por el grupo parainfluenza, sincitial respiratorio y adenovirus, la única bacteria responsable de laringotraqueobronquitis supraglótica o epiglotitis es el *Haemophilus Influenza* de tipo B pero en nuestro medio es excepcional. (20)

PATOGENIA.- La nasofaringe es la puerta de entrada de las infecciones respiratorias agudas, el agente patológico se implanta directamente sobre la mucosa y produce las manifestaciones clínicas por acción directa como en los virus o por medio de toxinas como en las bacterias, la diseminación es por contigüidad.

EPIDEMIOLOGÍA.- La infección respiratoria aguda tiene una incidencia muy alta en todas las edades, pero se presenta con mayor frecuencia en niños mayores de 5 años particularmente en los que viven en malas condiciones sanitarias con hacinamiento. Su frecuencia también se eleva significativamente cuando el niño ingresa a la escuela o a la

guardería . El número de episodios infecciosos respiratorios agudos que un individuo puede sufrir durante un año es variable, pero en términos generales oscila entre 2 a 6. (3)

CUADRO CLÍNICO.- La triada sintomática caracterizada de la laringotraqueobronquitis está constituida por disfonía, tos traqueal y estridor, en los procesos virales casi siempre va precedida de manifestaciones de una infección respiratoria aguda alta de 1 a 3 días de duración caracterizada por fiebre, rinorrea y coriza, etc. La triada sintomática puede cursar con signos de insuficiencia respiratoria (polipnea, aleteo nasal, tiro supraesternal, intercostal, retracción xifoidea). Puede haber estertores gruesos, disminución de ruidos respiratorios por obstrucción al paso de aire. Cuando la triada persiste por más de 4 días en pacientes menores de un año o de 3 días en niños mayores del año de edad, se debe investigar neumonía. (20)

COMPLICACIONES .- La complicación más frecuente de la laringotraqueobronquitis subglótica es la neumonía generalmente de origen bacteriano por cocos gram positivos, le siguen en frecuencia insuficiencia cardíaca, neumotórax, neumomediastino, atelectasias, miocarditis y septicemias.

EXÁMENES DE LABORATORIO.- El cultivo de exudado faríngeo deberá efectuarse ante la sospecha de epiglotitis al igual que la toma de hemocultivo y sembrarse en medios específicos por H. Influenza de tipo B. (27)

TRATAMIENTO.- Las medidas más efectivas y en las que deben ponerse más atención en laringotraqueobronquitis aguda son:

- 1.- Mantener permeable las vías respiratorias.
- 2.- Vigilancia de las manifestaciones de insuficiencia respiratoria.
- 3.- Evitar en lo posible la inquietud del paciente.
- 4.- El niño debe mantenerse sentado.
- 5.- Disminuir la fiebre.
- 6.- Corregir la Hipoxia. (16)

BRONQUITIS.-

DEFINICIÓN.- Es un estado patológico caracterizado por inflamación de la mucosa bronquial, de su epitelio y de las glándulas mucosas anexas; el proceso inflamatorio puede ser parcial, localizado o general, es decir puede afectar desde la tráquea a los bronquiolos respiratorios, su evolución puede ser breve, de días o durar semanas. (11)

ETIOLOGÍA.- Los agentes causales frecuentes son los virus que asociados a las bacterias, así a los pocos días de iniciado el cuadro viral, la infección se hace mixta, entre las bacterias predominan las gram positivas, micrococos catarralis, estreptococos y estafilococo.

EPIDEMIOLOGÍA.- Intervienen varios factores como son: el agente, el huésped y el medio ambiente.

El agente: son bacterias, virus, hongos o parásitos, en cada uno han de considerarse su infectividad, patogenicidad, virulencia y antigenicidad.

El huésped: las deficiencias o limitaciones inmunológicas, la susceptibilidad, la disminución de la resistencia por otros procesos patológicos previos o concomitantes, la desnutrición, el ejercicio físico o los cambios de temperatura prolongados.

El ambiente: los cambios climatológicos bruscos y frecuentes, la promiscuidad, los defectos de la habitación, la polución ambiental y la convivencia con portadores de gérmenes.
(1).

CUADRO CLÍNICO.- Dominada por síntomas principales: la tos y la fiebre, la tos es seca en las primeras horas o aún por varios días, por tosidas aisladas, más frecuente de día que de noche sin provocar disnea, cianosis, ni dolor y no se modifica por los cambios de actitud del paciente; posteriormente la tos es húmeda y frecuente, la fiebre se manifiesta variable pero habitualmente no sobrepasa los 39 °C y en general es intermitente y vespertina, los datos de insuficiencia respiratoria generalmente no están presentes o en su defecto se presentan en mínima intensidad, la disnea o jadeo es acentuado (bronquitis asmatiforme).
(19, 3).

TRATAMIENTO.- El tratamiento va encaminado a los gérmenes gram positivos generalmente son los participantes en la etiología del padecimiento, por lo que está el uso de antimicrobianos.

NEUMONÍA.-

DEFINICIÓN.- Es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar que puede condensarse por el exudado que obstruye a los alvéolos.

ETIOLOGÍA.- Estos padecimientos son causados por una gran variedad de agentes etimológicos siendo los principales los siguientes:

VIRUS.- influenzae, parainfluenza, adenovirus, sincitial respiratorio, rinovirus.

BACTERIAS.- neumococo, estreptococo, H influenzae, estafilococo, E. coli, klebsiella y otros gérmenes gram negativos.

OTROS.- Mycoplasma pneumoniae, toxoplasma gondii, histoplasma capsulatum, coccidioides immitis, pneumocystiscarini. (3).

EPIDEMIOLOGÍA.- Las neumonías continúan siendo una de las principales causas de muerte, fundamentalmente en grupos de población con bajos niveles de vida, mal saneamiento y desnutrición prevalente; la fuente de contagio la constituye casi siempre las secreciones nasales o bucales de personas infectadas siendo el mecanismo de transmisión el contacto directo.

El período de contagiosidad es menor de 7 días; estas infecciones también muestran distribución estacional, siendo más alta en los meses de invierno y favorecida por agrupamiento mayor de personas en ambientes cerrados, cambios bruscos de la temperatura y en particular el frío que altera los mecanismos de defensa del huésped y que favorecen la instalación de procesos vírales y posteriormente bacterianos. (3).

CUADRO CLÍNICO.- Algunos datos clínicos se pueden encontrar en cualquier tipo de neumonía tales como los correspondientes al síndrome infeccioso (fiebre, anorexia, vómitos, mal estado general y cianosis); así como los cuyas características varían de acuerdo al momento evolutivo; en la mayoría de los casos existen datos clínicos que permiten establecer el diagnóstico diferencial entre los diversos tipos de neumonías. La neumonía lobulillar o bronconeumonía, generalmente se inicia con fiebre, tos, rinorrea y posteriormente signos de insuficiencia respiratoria, la exploración del tórax revela la existencia de estertores alveolares diseminados. (3, 10).

DIAGNOSTICO.- Es fundamentalmente clínico, pero es indudable que los estudios de gabinete aportan datos de gran valor.

TRATAMIENTO.- Cuando se sospeche etiología bacteriana en infecciones respiratorias agudas siempre será el uso de antibioticoterapia lo cual sucede en la neumonía lobulillar, lobar o segmentaria, esto no sucede en la neumonía intersticial, la cual casi siempre es viral y solamente está indicado antibiótico cuando existe infección piógena en otra localización o en su defecto halla infección bacteriana agregada. (18)

PRONOSTICO.- El pronóstico será favorable siempre y cuando se administre el tratamiento adecuado y rápido o temprano. (3).

EDAD ESCOLAR

El proceso evolutivo de un individuo se puede dividir en edades vitales, cada una de las cuales es precedida y seguida por una crisis, es decir por una breve modificación en el equilibrio, motivada por una brusca necesidad de readaptación frente a cambios internos o externos.

El principio de la edad escolar se ha establecido en los 72 +/- seis meses y termina cuando ocurre el brote puberal del crecimiento físico; pero la pubertad depende de la maduración neurológica del hipotálamo que está influida por múltiples factores genéticos, neuroendocrinos y ambientales y que normalmente ocurre en la mujer que en el hombre. De manera general puede decirse que el término de la edad escolar debe buscarse a los 12 +/- 1 año en el varón y a los 10 +/- 1 año en la mujer. Esto supone que en términos biológicos, la etapa escolar es más breve en la mujer que en el hombre. Durante los primeros años escolares ocurre un incremento en el desarrollo cognocitivo, produciéndose una preparación para el aprendizaje general y específico, para la lectura, para los números y así sucesivamente. Al llegar a esta edad, el niño ha establecido una seguridad básica en sus relaciones familiares que le permiten tomar su atención hacia afuera; fuera de sí mismo, hacia el mundo en general; esto trae como consecuencia su ávido deseo de conocer.

La crisis que marca el término de la edad escolar es de socialización, se llama crisis puberal y la desencadena la posibilidad inicial de ejercer las funciones de reproducción. Desde

el punto de vista de la inteligencia, ésta alcanza sus mayores incrementos, y el niño adquiere el lenguaje escrito y aprende a manejarlo hasta un nivel de utilidad básica para sus actividades futuras.

Lo fundamental en esta época es que el niño inicia su proceso de socialización separándose de la dependencia emocional de sus padres. El escolar va en busca de su autoconfirmación e independencia. Busca su identidad a través de sus iguales, o sea la sociedad de niños de su misma edad. (27)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyen la *patología infecciosa* más común de la humanidad; son, así mismo, la primera causa de muerte en niños menores de cinco años, estimándose, al menos en países en vías de desarrollo, que ocasionan hasta cuatro millones de muertes cada año. (28,29). Dada la elevada frecuencia con que se presentan, constituyen un problema de salud pública grave y, sin duda alguna, la causa más importante de consulta médica tanto general como especializada. Estas infecciones adoptan características particulares dependiendo de una serie de circunstancias, tales como; edad del paciente, sitio anatómico afectado, el agente causal y su virulencia.

La organización mundial de la salud (OMS) estima en promedio, un niño en una área urbana tiene de cinco a ocho episodios de infección respiratoria aguda (IRA) anualmente, con una duración promedio de siete a nueve días. La mayoría de ellas corresponde a infecciones de las vías respiratorias superiores, las cuales son de menor gravedad, aun que no por eso dejan de ser causa de ausencia escolar y laboral, además de las molestias físicas que producen. En áreas rurales, la incidencia parece ser menor, no obstante se considera que de 7 a 10 % de todos los niños menores de cinco años desarrollan IRA grave o moderada durante un año. (30).

En México se estima que ocurre 280 millones de IRA al año, de las cuales se sabe que la incidencia de niños de uno a cuatro años es de siete episodios al año.(31). En las comunidades rurales esta frecuencia es mucho menor y apenas alcanzan dos a tres episodios de IRA en niños menores de cinco años, siendo aun menor en niños mayores, lo cual se reporta en la literatura.(32).

De lo anterior me surge el interés de saber ¿cuáles son las principales infecciones de vías respiratorias agudas en el grupo de edad escolar usuarios de la clínica - Hospital ISSTECH, en el periodo comprendido de junio de 1995 a junio de 1996?.

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD.- Sabemos que el restar la debida importancia a la atención del niño escolar en estos padecimientos nos puede llevar al ausentismo escolar por parte del niño y a la presentación de complicación graves que ponen en peligro la vida del paciente como los son la meningitis, endocarditis, septicemias, etc. Así como complicaciones graves pero muy frecuentes como es el caso de la otitis media, sinusitis, acceso retrofaríngeo, adenitis cervical supurada No obstante la complicación más temible después de una infección por estreptococo B hemolitico grupo A es quizá el desarrollo de la Fiebre Reumática o Glomerulonefritis.

TRASCENDENCIA.- En base a lo anterior es justificable investigar mediante un Diagnóstico Situacional las IRA en los niños en edad escolar con el propósito de conocer la realidad que impera en ellos y a la vez nos permita modificar positivamente nuestra conducta medica tanto a nivel preventivo como curativo.

FACTIBILIDAD.- Dado que los casos de IRA en infantes de edad escolar tienen los atributos de magnitud y trascendencia y debido a que la patología es un programa prioritario nacional, debemos considerar que las condiciones para seguir investigando estan dadas y solamente hace falta motivar a más investigadores para conseguir un conocimiento más amplio de la patología (IRA).

OBJETIVOS**GENERALES :**

Determinar las principales infecciones respiratorias agudas en edad escolar en el periodo de un año.

ESPECÍFICOS:

- 1).- Conocer el porcentaje de consulta de niños sanos y con patología de IRA.
- 2).- Incidencia y porcentaje del grupo de edad más afectado por IRA.
- 3).- Número de casos de IRA por mes y por sexo.
- 4).- Número de casos de IRA por mes en ambos sexos.
- 5).- Número de casos y porcentaje en niñas enfermas de IRA y por edad.
- 6).- Número de casos y porcentaje de niños enfermos de IRA y por edad.

METODOLOGÍA**TIPO DE ESTUDIO.-**

Transversal, retrospectivo y observacional.

POBLACIÓN.-

El grupo de niños de edad escolar de los 6' a los 11 años, derechohabientes usuarios de la Clínica Hospital ISSTECH de Tapachula de Cordova y Ordoñez, Chiapas.

LUGAR.-

Clínica - Hospital ISSTECH, Tapachula de Cordova y Ordoñez, Chiapas.

TIEMPO.-

De Junio de 1995 a Junio de 1996

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.-

Muestreo por conveniencia .-

Se tomará el 10% de la población derechohabiente usuaria en ese grupo de edad. (90 expedientes Clínicos), obtenidos en forma aleatoria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-

Todos los expedientes de los niños en edad de 6 a 11 años, con notas médicas que contengan diagnósticos de una enfermedad respiratoria aguda, de acuerdo con las Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en la 9a. Revisión y de la Norma Técnica Mexicana de Enfermedades Respiratorias incluyendo ambos sexos.

Todos los expedientes de niños de 6 a 11 años con Diagnóstico de IRA y con menos de 15 días de evolución.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.-

Los expedientes que mencionen enfermedad respiratoria y evolución de más de 15 días, notas médicas procedentes de Urgencias.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.-

Expedientes, que estén registrado en la computadora como derechohabientes y no aparecen en el archivo.

VARIABLES DE MEDICIÓN.-

- Se tomarán en cuenta los diagnósticos de IRA que estén dentro del rango de menos de 15 días de evolución.
- Grupo de edad de escolares comprendido de los 6 a los 11 años.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.-

- Revisión de notas de IRA de expedientes clínicos.
- Paloteo por sexo, edad y mes de presentación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.-

El estudio es factible de realizar en la unidad ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades de la misma para su realización. En el presente caso el consentimiento no comprende la participación directa del paciente ya que solamente se investigarán los diagnósticos incluidos en los expedientes.(33).

RECURSOS HUMANOS.-

- Un Epidemiologo asesor de la Tesis.
- Un estudiante de la especialidad de Medicina Familiar.
- Un Jefe de Archivo Clínico.
- Un capturista de computación.
- Una recepcionista.

MATERIALES.-

- Artículos de escritorio.
- Expedientes Clínicos.
- Bibliografía.
- Consulta de Internet.
- Un consultorio de Medicina Familiar.

RECURSOS FINANCIEROS.-

- Propios del estudiante.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 90 expedientes clínicos y se obtuvieron los siguientes resultados que a continuación se describen:

TABLA No. 1 .- Se observa que el número de niños sanos y enfermos correspondió al 50 % de una serie de 90 expedientes revisados.

TABLA No. 2 .- Los diagnósticos de IRA se distribuyeron por magnitud de la manera siguiente: Faringitis con 48.18 %, Amigdalitis con un 29.09 %, Rinofaringitis un 15.45 %, Bronquitis y bronquiolitis 3.73%, Laringitis y Traqueitis 2.72% y Sinusitis con un 0.90%. De los diagnósticos anteriores se observa que los más frecuentes se encuentran en los tres primeros mencionados, sumando un 100.07 %

TABLA No. 3 .- Las edades en las que se observó mayor incidencia fueron los de 6 y 7 años, sumando un 51.15% del total de casos.

TABLA No. 4 .- Se observa en las niñas un comportamiento con 4 picos en los meses de Septiembre de 1995, en Marzo, en Mayo y en Junio de 1996. En los niños en Octubre y Diciembre de 1995, en Marzo y Junio de 1996

TABLA No. 5.- La sumatoria de casos de ambos sexos hacen muy aparente 5 picos de presentación de IRA en los meses de Junio, Septiembre y Diciembre de 1995, así como en Marzo y Junio de 1996.

TABLA No. 6.- Las niñas de 6 años aportan un porcentaje de 20.5% del total de casos de IRA apoyando la revisión de los resultados de la tabla No. 3 en que se observa más incidencia en los niños de menor edad.

TABLA No. 7.- Los niños presentan casos de IRA con los mismos porcentajes en las edades de 6,7 y 9 años (27.3%)

EXPOSICIÓN DE RESULTADOS EN TABLAS Y GRÁFICAS

PORCENTAJE DE CONSULTA DE NIÑOS SANOS Y CON PATOLOGÍA DE IRA.

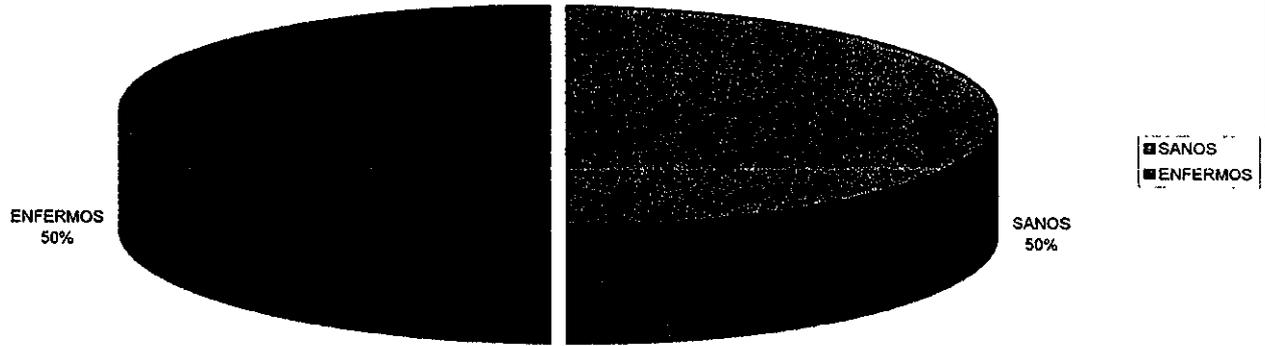
TABLA No. 1

SANOS	45	50%
ENFERMOS	45	50%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Expedientes clínicos del ISSTECH de la Clínica Hospital Tapachula.

GRAFICA No. 1

PORCENTAJE DE CONSULTA DE NIÑOS SANOS Y CON PATOLOGIA DE IRA



FUENTE: Expedientes clínicos del ISSTECH de la Clínica - Hospital Tapachula

DIAGNOSTICO MAS FRECUENTE DE IRA Y SU PORCENTAJE

TABLA No. 2

TIPO DE PADECIMIENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FARINGITIS AGUDA	53	48.18%
AMIGDALITIS AGUDA	32	29.09%
RINOFARINGITIS AGUDA	17	15.45%
BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS	4	3.73%
LARINGITIS Y TRAQUETITIS AGUDA	3	2.27%
SINUSITIS AGUDA	1	0.90%
TOTAL	110	100.07 %

FUENTE: Expedientes clínicos del ISSTECH de la Clínica Hospital Tapachula.

GRAFICA No. 2

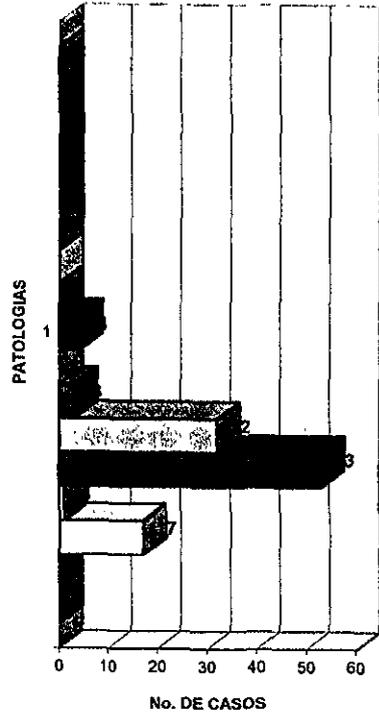
**CONSULTA EXTERNA CLINICA ISSTECH, TAPACHULA, CHIAPAS
FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO (IRA) EN GRUPOS ESCOLARES**

No.	PATOLOGIAS	No. DE CASOS
1	OMA NO SUPURATIVA	0
2	OM SUPURATIVA Y LA NO ESPECIFICADA	0
3	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	17
4	SINUSITIS AGUDA	1
5	FARINGITIS AGUDA	53
6	AMIGDALITIS AGUDA	32
7	LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDA	3
8	INFECCIONES AGUDAS DE VR SUP DE LOC. MULTIPLE O NO ESPECIFICADO	0
9	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDA	4
10	NEUMONIA VIRICA	0
11	NEUMONIA NEUMOCOCCICA	0
12	OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	0
13	NEUMONIA DEBIDO A OTRO MICROORGANISMO ESPECIFICADO	0
14	NEUMONIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0
15	BRONCONEUMONIA ORGANISMO CAUSAL NO ESPECIFICADO	0
16	NEUMONIA ORGANISMO CAUSAL NO ESPECIFICADO	0
17	INFLUENZA	0
TOTAL		110

FUENTE: Expedientes Clinicos del ISSTECH de la Clínica - Hospital Tapachula.

GRAFICA No.2

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE IRA



- INFLUENZA
- NEUMONIA ORGANISMO CAUSAL NO ESPECIFICADO
- BRONCONEUMONIA ORGANISMO CAUSAL NO ESPECIFICADO
- NEUMONIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
- NEUMONIA DEBIDO A OTRO MICROORGANISMO ESPECIFICADO
- OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS
- NEUMONIA NEUMOCOCCICA
- NEUMONIA VIRICA
- BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDA
- INFECCIONES AGUDAS DE VR SUP DE LOC. MULTIPLE O NO ESPECIFICADO
- LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDA
- AMIGDALITIS AGUDA
- FARINGITIS AGUDA
- SINUSITIS AGUDA
- RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
- OM SUPURATIVA Y LA NO ESPECIFICADA
- OMA NO SUPURATIVA

FUENTE: Expediente Clínico del ISSTECH de la Clínica - Hospital Tapachula

GRAFICA No. 2A

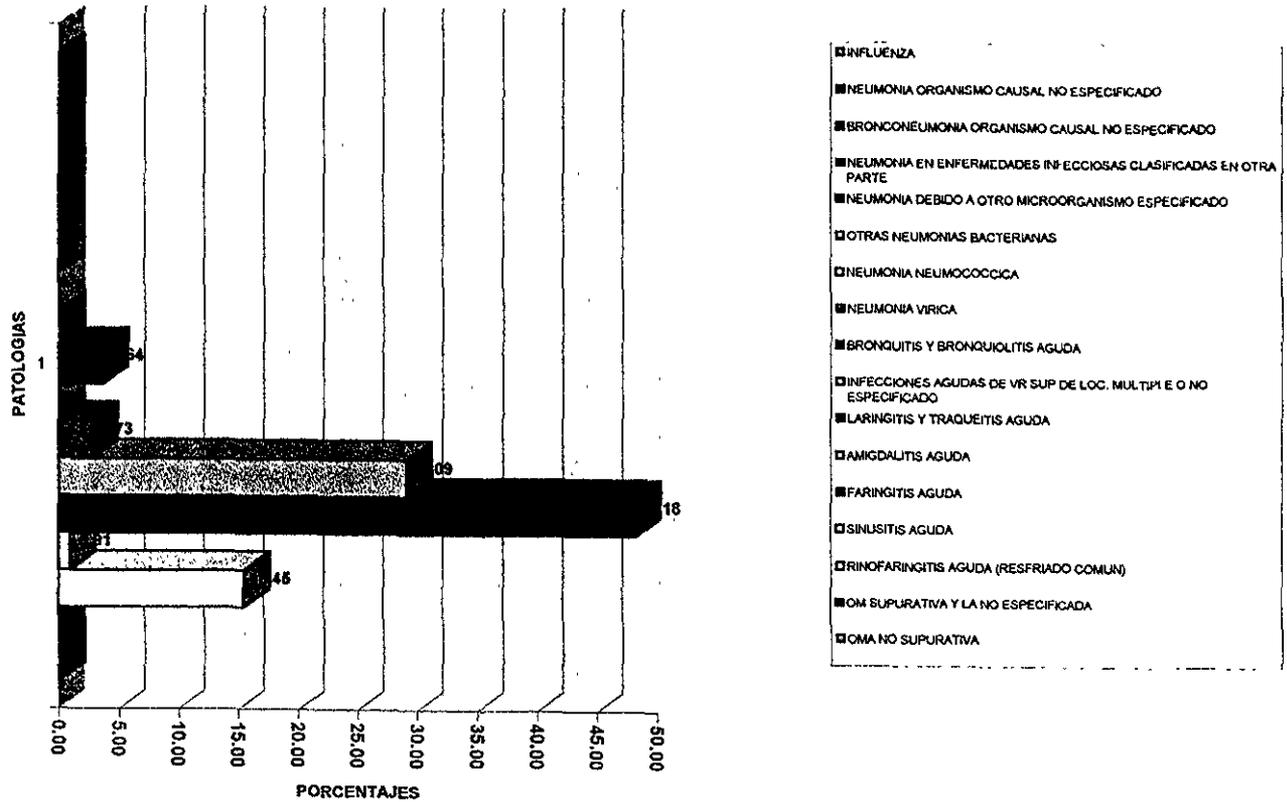
**CONSULTA EXTERNA CLINICA ISSTECH, TAPACHULA, CHIAPAS
FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO (IRA) Y PORCENTAJE EN GRUPOS ESCOLARES**

PATOLOGIAS	PORCENTAJE	No. DE CASOS
OMA NO SUPURATIVA	0.00	0
OM SUPURATIVA Y LA NO ESPECIFICADA	0.00	0
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	15.45	17
SINUSITIS AGUDA	0.91	1
FARINGITIS AGUDA	48.18	53
AMIGDALITIS AGUDA	29.09	32
LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDA	2.73	3
INFECCIONES AGUDAS DE VR SUP DE LOC. MULTIPLE O NO ESPECIFICADO	0.00	0
BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDA	3.64	4
NEUMONIA VIRICA	0.00	0
NEUMONIA NEUMOCOCCICA	0.00	0
OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	0.00	0
NEUMONIA DEBIDO A OTRO MICROORGANISMO ESPECIFICADO	0.00	0
NEUMONIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0.00	0
BRONCONEUMONIA ORGANISMO CAUSAL NO ESPECIFICADO	0.00	0
NEUMONIA ORGANISMO CAUSAL NO ESPECIFICADO	0.00	0
INFLUENZA	0.00	0
TOTAL	100.00	110

FUENTE: Expedientes Clinicos del ISSTECH de la Clinica - Hospital Tapachula.

GRAFICA No. 2A

PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE IRA



FUENTE: Expedientes Clinicos del ISSTECH de la Clinica - Hospital Tapachula.

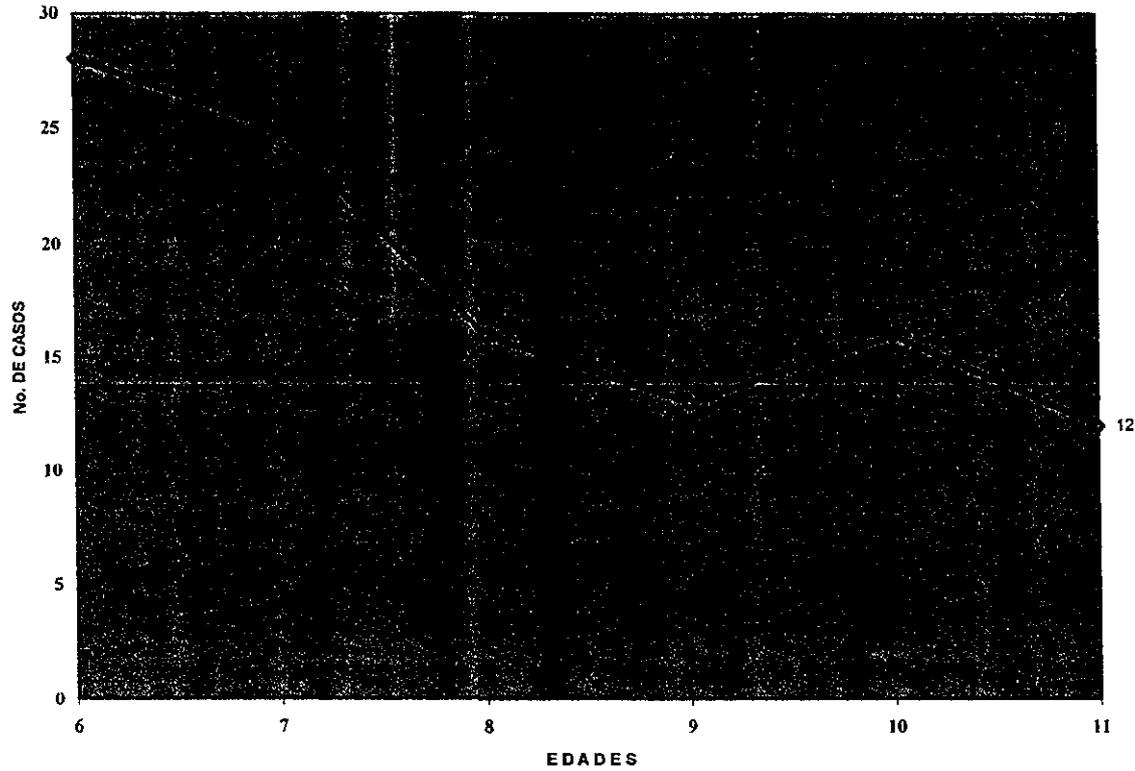
INCIDENCIA Y PORCENTAJE DEL GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO POR IRA**TABLA No. 3**

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
6 AÑOS	28	25.4 %
7 AÑOS	25	22.7 %
8 AÑOS	16	14.5 %
9 AÑOS	16	14.5 %
10 AÑOS	13	12.0 %
11 AÑOS	12	10.9 %
TOTAL	110	100.00 %

FUENTE: Expedientes clínicos del ISSTECH de la Clínica Hospital Tapachula.

GRAFICA No 3

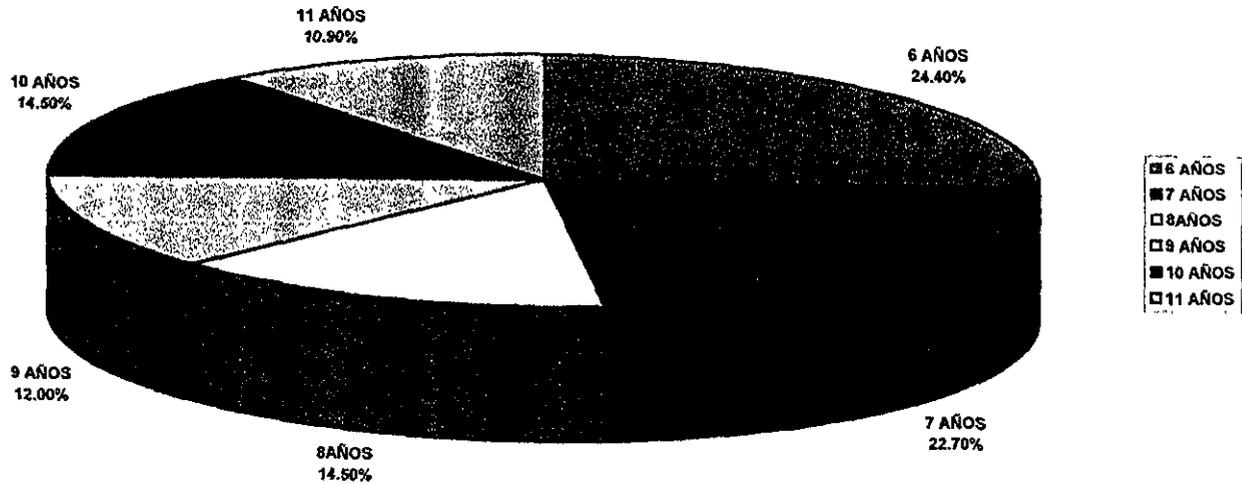
INCIDENCIA DEL GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO.



FUENTE: Expedientes Clinicos del ISSTECH de la Clinica - Hospital Tapachula.

GRAFICA No. 3A

PORCENTAJE DEL GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO POR IRA



FUENTE: Expedientes Clinicos del ISSTECH de la Clinica - Hospital Tapachula.

NUMERO DE CASOS DE IRA POR MES Y POR SEXO

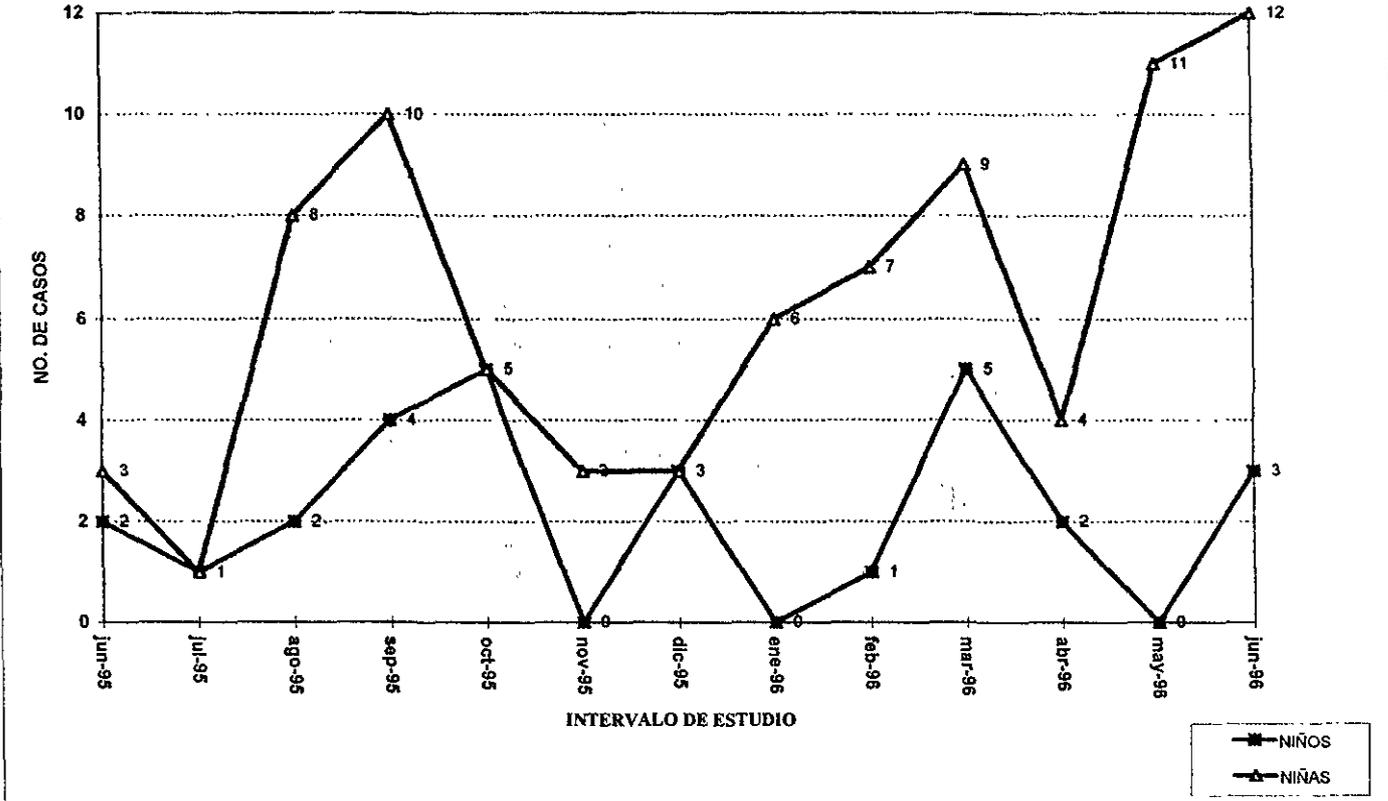
TABLA No. 4

SEXO FEMENINO			SEXO MASCULINO		
MES	AÑO	No. DE CASOS	MES	AÑO	No. DE CASOS
JUNIO	1995	3	JUNIO	1995	2
JULIO	1995	1	JULIO	1995	1
AGOSTO	1995	8	AGOSTO	1995	2
SEPTIEMBRE	1995	10	SEPTIEMBRE	1995	4
OCTUBRE	1995	5	OCTUBRE	1995	5
NOVIEMBRE	1995	3	NOVIEMBRE	1995	0
DICIEMBRE	1995	3	DICIEMBRE	1995	3
ENERO	1996	6	ENERO	1996	0
FEBRERO	1996	7	FEBRERO	1996	1
MARZO	1996	9	MARZO	1996	5
ABRIL	1996	4	ABRIL	1996	2
MAYO	1996	11	MAYO	1996	0
JUNIO	1996	12	JUNIO	1996	3
TOTAL		82	TOTAL		28

FUENTE: Expedientes clínicos del ISSTECH de la Clínica Hospital Tapachula.

GRAFICA No.4

NUMERO DE CASOS DE IRA POR MES Y POR SEXO



FUENTE: Expedientes Clínicos del ISSTECH de la Clínica - Hospital Tapachula.

NUMERO DE CASOS DE IRA POR MES EN AMBOS SEXOS

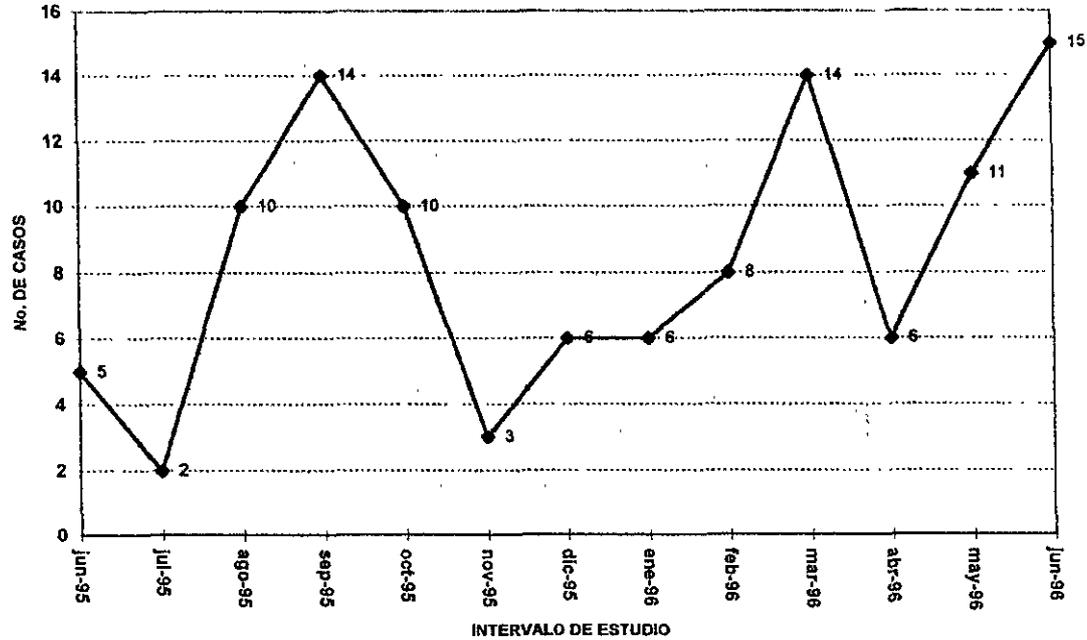
TABLA No. 5

MES		NO. DE CASOS
JUNIO	1995	5
JULIO	1995	2
AGOSTO	1995	10
SEPTIEMBRE	1995	14
OCTUBRE	1995	10
NOVIEMBRE	1995	3
DICIEMBRE	1995	6
ENERO	1996	6
FEBRERO	1996	8
MARZO	1996	14
ABRIL	1996	6
MAYO	1996	11
JUNIO	1996	15
TOTAL		110

FUENTE: Expedientes clínicos del ISSTECH de la Clínica Hospital Tapachula.

GRAFICA No. 5

NUMERO DE CASOS DE IRA POR MES EN AMBOS SEXOS



FUENTE: Expedientes Clinicos del ISSTECH de la Clinica - Hospital Tapachula.

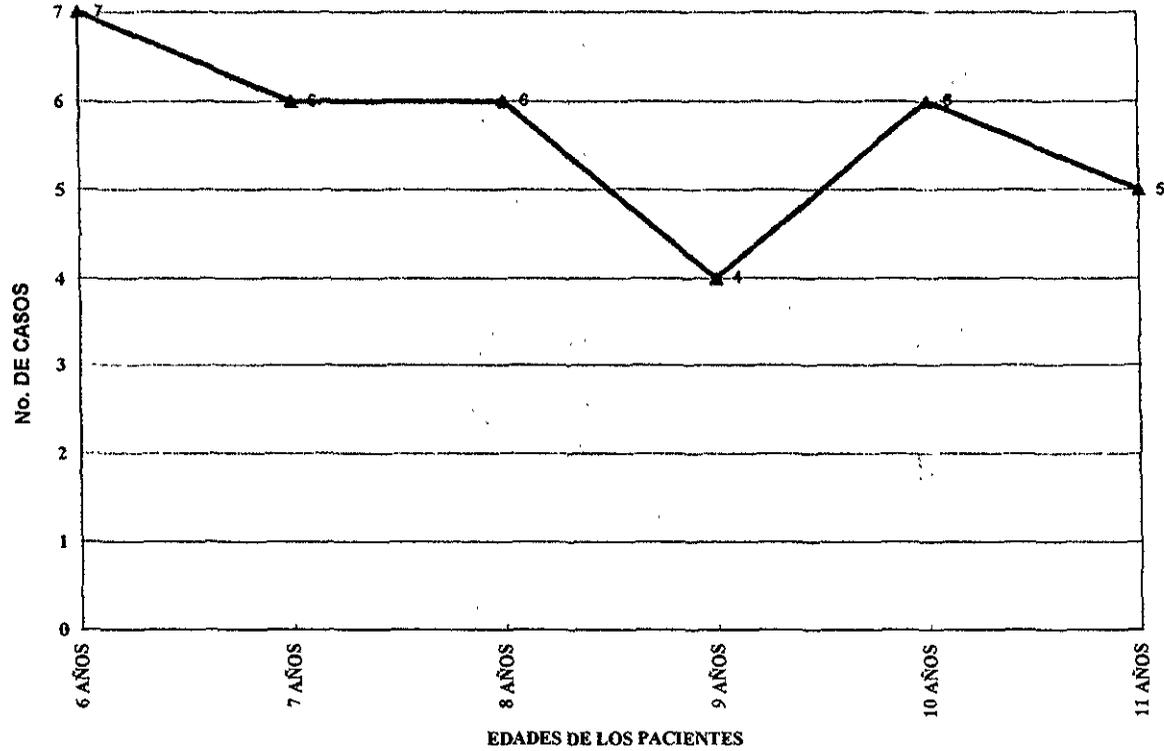
NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJE EN NIÑAS ENFERMAS DE IRA POR EDAD**TABLA No. 6**

EDAD	NIÑAS ENFERMAS	PORCENTAJE
6 AÑOS	7	20.5 %
7 AÑOS	6	17.6 %
8 AÑOS	6	17.6 %
9 AÑOS	4	12.0 %
10 AÑOS	6	17.6 %
11 AÑOS	5	14.7 %
TOTAL	34	100.0 %

FUENTE: Expedientes clínicos del ISSTECH de la Clínica Hospital Tapachula.

GRAFICA No.6

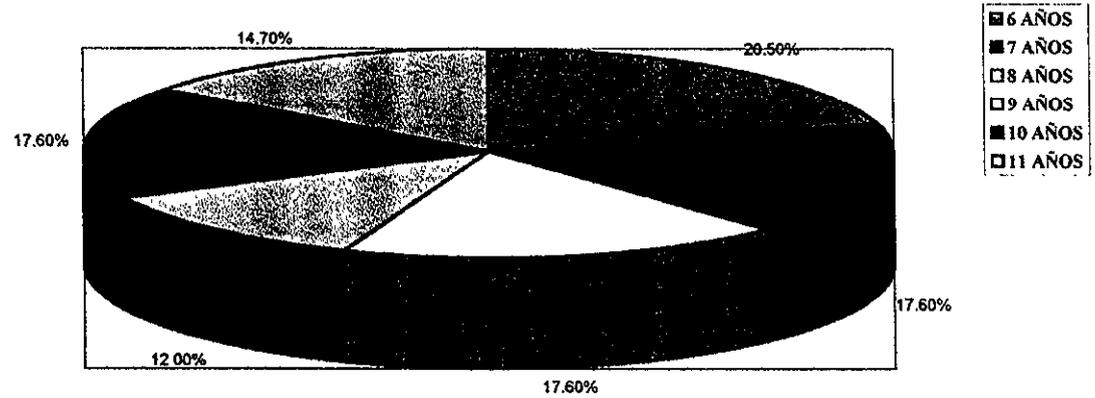
NUMERO DE CASOS EN NIÑAS ENFERMAS DE IRA POR EDAD.



FUENTE: Expedientes Clinicos del ISSTECH de la Clinica - Hospital Tapachula.

GRAFICA No. 6A

PORCENTAJE DE NIÑAS ENFERMAS DE IRA POR EDAD



FUENTE: Expedientes Clínicos del ISSTECH de la Clínica - Hospital Tapachula.

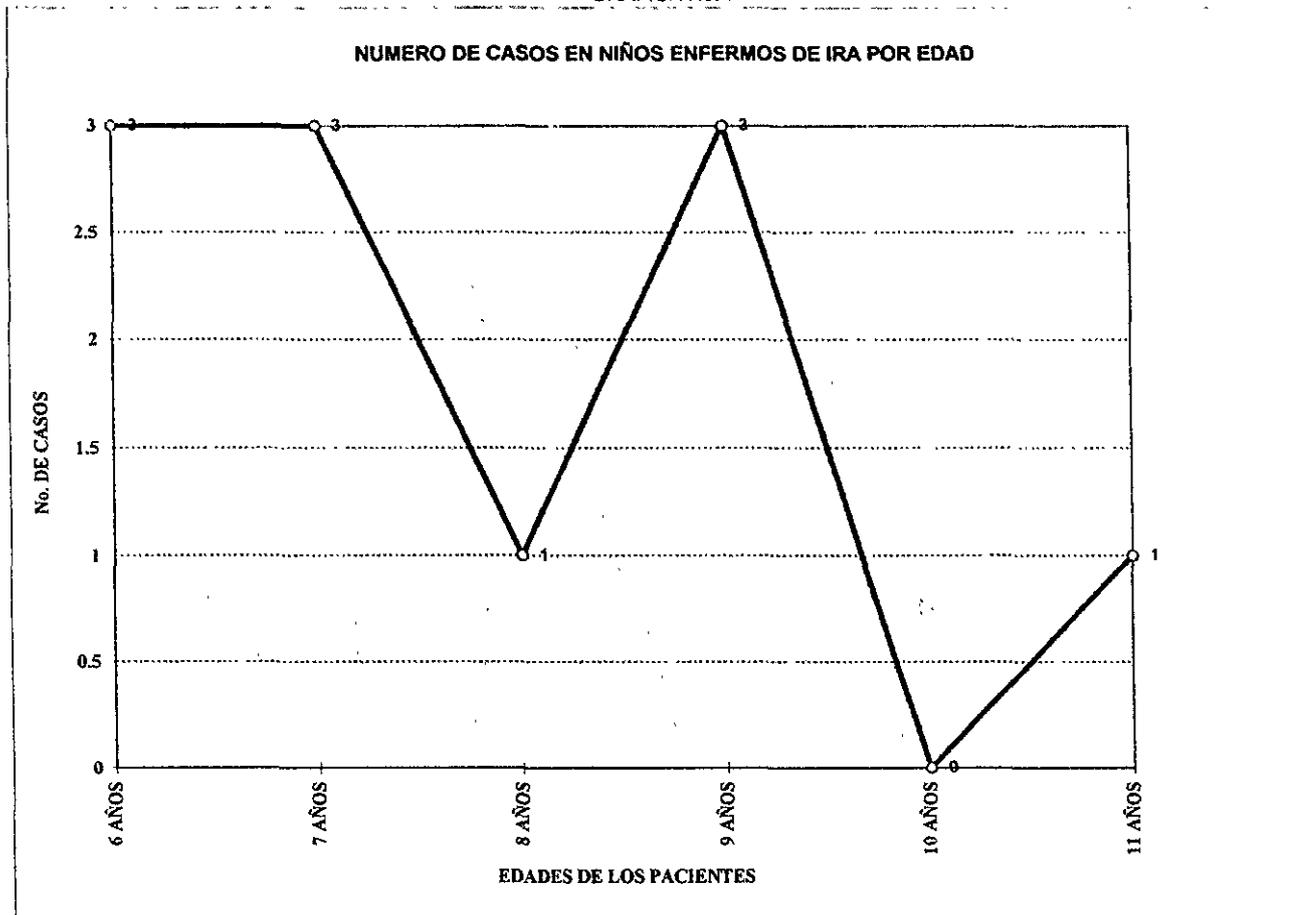
NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJE EN NIÑOS ENFERMOS DE IRA POR EDAD

TABLA No. 7

EDAD	NIÑOS ENFERMOS	PORCENTAJE
6 AÑOS	3	27.3 %
7 AÑOS	3	27.3 %
8 AÑOS	1	9.2 %
9 AÑOS	3	27.3 %
10 AÑOS	0	0.0 %
11 AÑOS	1	9.2 %
TOTAL	11	100.0 %

FUENTE: Expedientes clínicos del ISSTECH de la Clínica Hospital Tapachula.

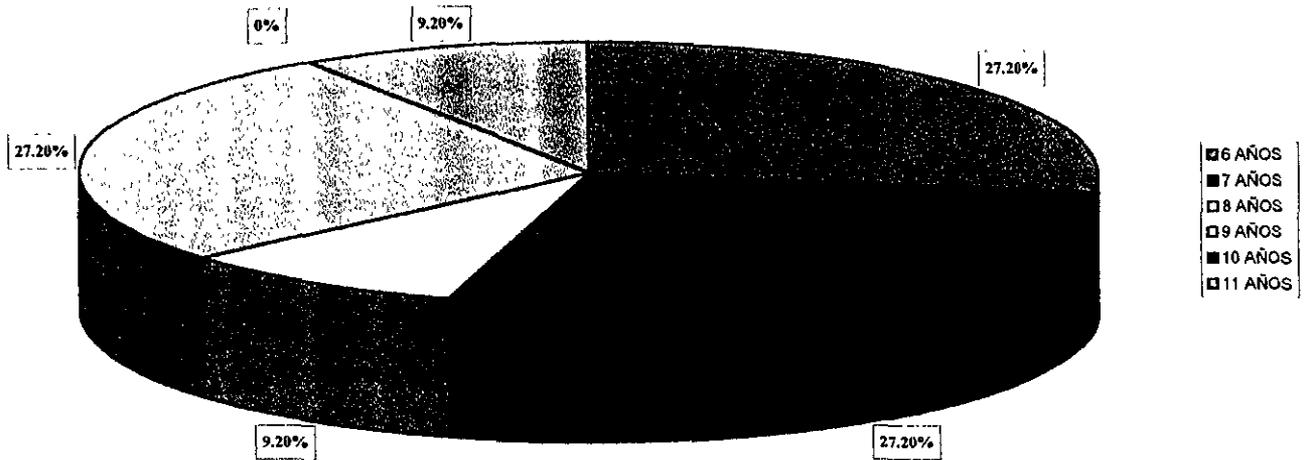
GRAFICA No. 7



FUENTE: Expedientes Clínicos del ISSTECH de la Clínica - Hospital Tapachula.

GRAFICA No. 7A

PORCENTAJES EN NIÑOS ENFERMOS DE IRA POR EDADES



FUENTE: Expedientes Clinicos del ISSTECH de la Clinica - Hospital Tapachula.

DISCUSIÓN

En los resultados de incidencia de (IRA) en estudios cubanos (5) y en un estudio del Estado Chiapas (6) se observa que la mayor incidencia correspondió a catarro común, faringitis aguda, amigdalitis y bronconeumonía ésta última en un mínimo porcentaje; en nuestro estudio la incidencia es similar a los trabajos hallados con la única diferencia de que no tuvimos casos de neumonía.

En la investigación realizada, además de la patología se amplió por edad, sexo y estación del año, lo que contribuirá sin duda alguna a la planeación programática y planteamiento de estrategias locales.

Finalmente, señaladas las coincidencias y comparaciones con los trabajos cubanos y estatales, se debe plantear a los directivos la necesidad de seguir con la adecuada vigilancia epidemiológica y cumplir con los programas prioritarios nacionales, en este caso con el IRA en favor de la salud de los niños en edad escolar para prevenir complicaciones futuras y deterioro del aparato respiratorio.

SUGERENCIAS

1 - Es interesante realizar otro estudio y abrir nuevas líneas de investigación respecto a si en realidad los niños en edad escolar tienen una frecuencia menor en incidencia de IRA en comparación con los niños menores de 5 años, en la clínica y en otras instituciones, esto tomando en cuenta la amplia bibliografía disponible en el grupo menor de 5 años.

2.- Dar seguimiento a pacientes menores de 5 años con IRA que pasen a la edad escolar y demostrar de acuerdo a la bibliografía la existencia de daños ocasionados por estos padecimientos (Glomerulonefritis, Fiebre Reumática, Sinusitis, Otitis, Meningitis, etc.).

3.- Investigar si los escolares asistentes a la clínica ISSTECH de Tapachula, acuden con más frecuencia al médico comparando su asiduidad con las otras instituciones del Sector Salud, asumiendo una hipótesis de que acuden con más frecuencia a la clínica ISSTECH que a otras del Sector por la prestación de mejores servicios.

CONCLUSIONES

Esta investigación nos ha permitido conocer la situación que impera en el grupo en edad escolar de la Clínica - ISSTECH de Tapachula de Cordova y Ordoñez, Chiapas, además de conocer las particularidades de morbilidad en la unidad. Los objetivos trazados se lograron alcanzar, se contó con el material y la metodología necesaria.

También se pudo observar que este grupo de edad es poco estudiado a todos los niveles, abriendo una amplia gama de posibilidades de investigación para confirmar las observaciones de la OMSS en el sentido de los posibles daños secundarios a una IRA así como otras observaciones mencionadas en la discusión del trabajo.

Teniendo un conocimiento real sobre la situación, el médico familiar podrá tomar las medidas preventivas y curativas para disminuir la morbilidad y limitar el daño que estas infecciones con llevan.

BIBLIOGRAFÍA

- (1).- R.H. VALENZUELA - J- LUENGAS - L. MARQUEZ, MANUAL DE PEDIATRIA.
MÉXICO D. F. EDITORIAL INTERAMERICANA 11a. EDICIÓN 1985.
- (2).- R. A. L. BREWIS; PATOGENIA Y TERAPÉUTICA DE LAS ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS;
MÉXICO D. F. EDITORIAL MANUAL MODERNO, 1980.
- (3).- KUMATE - GONZALO JESÚS; MANUAL DE INFECTOLOGIA,
MÉXICO D. F. EDITORIAL FRANCISCO MÉNDEZ CERVANTES,
11a. EDICIÓN, 1988.
- (4).- CARLOS J. ARNAIZ TOLEDO, EPIDEMIOLOGÍA DE LAS AFECIONES AGUDAS
DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.
REVISTA MEXICANA DE PEDIATRIA ENERO - FEBRERO 1990.
VOL. 57 NUM.1 Pág. 33 - 35.
- (5) .- DR. ANTONIO PÉREZ RODRIGUEZ; DRA. LUISA DE ARMAS PÉREZ; DR.
EDILBERTO GONZÁLEZ OCHOA. SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.
REVISTA INST. NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
VOL. 8 , NUMERO 1; ENERO - MARZO 1995, PAG. 34.

(6).- RAMIRO MORENO SIGO - FRECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 6 AÑOS, ESTUDIO COMPARATIVO DE TEOPISCA Y VILLA DE LAS ROSAS, CHIS; 1998, PAG. 31-32.

TESIS: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS - TUXTLA GUTIERREZ, CHIS.

(7).- DR. JOSE ROBERTO VELÁZQUEZ SERRATUS; DR. ALFREDO TOLEDO GARCÍA
"LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN MÉXICO Y EN EL INER. UNA JUSTIFICACIÓN PARA LA NEUMONÍA PEDIÁTRICA".

REVISTA INST. NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, MÉXICO.

VOLUMEN 9, NUMERO 3; JULIO - SEPTIEMBRE 1996, PAGES. 170 -171.

(8).- GARCÍA E., PIZARRO S., LUGO G., " EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF RESPIRATORY ACUTE INFECTIONS (IRA) IN CHILDREN BELOW 5 AÑOS"

REVISTA LATINOAMERICANA MICROBIOL, 1991; 33: 109-19.

(9).- RUIZ J. CEDILLO, R. DÍAZ M. Y COLS. INFECCIÓN RESPIRATORIA

ESNDIS DE 133 FAMILIAS. GACETA MEDICA, MÉXICO; 1979; 115 347 -58.

(10).- ALARCON G. DONATO - ENFERMEDADES RESPIRATORIAS;

MÉXICO D. F. EDITORIAL SALVAT; 5a. EDICIÓN 1986.

- (11).- COSIÓ VILLEGAS ISMAEL - APARATO RESPIRATORIO;
MÉXICO D. F. EDITORIAL MÉNDEZ OTEO 8a. EDICIÓN, 1980.
- (12).- TORROELLA JULIO MANUEL - PEDIATRIA;
MÉXICO D. F. EDITORIAL FRANCISCO MÉNDEZ OTEO; 8a. EDICIÓN 1982.
- (13).- GONZÁLEZ SALDAÑA NAPOLEON; INFECTOLOGIA CLÍNICA PEDIATRICA,
MÉXICO D. F. EDITORIAL TRILLA, 4a. EDICIÓN 1988.
- (14).- PIO. A. LEOWASKI J. LUELMOF; PROGRAMA DE LA ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA INFANCIA .
BOLETÍN OFICIAL DE SANITARIA; PANAMÁ; 1984.
- (15).- J. L. ALEJANDRO; ENFERMEDADES INFECCIOSAS;
MÉXICO D. F. EDITORIAL NUEVA INTERAMERICANA 3a. EDICIÓN 1982.
- (16).- KRUPP MARCUS A. DX CLÍNICO Y TRATAMIENTO;
MÉXICO D. F. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO;
18a. EDICIÓN 1986. Pág. 413 - 416.

- (17).- MANUAL DE NORMAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS - DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICINA
PREVENTIVA - SECRETARIA DE SALUD;
MÉXICO D. F. 1985.
- (18).- HOWAR D. E. WILLIAMS; LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LOS
NIÑOS;
MÉXICO D. F. EDITORIAL SALVAT. 1982.
- (19).- BEESON M. C. / DERMOTT, WYNGOARDEN; TRATADO DE MEDICINA
INTERNA CECIL.
MÉXICO D. F. 15a. EDICIÓN EDITORIAL INTERAMERICANA VOL. I 1983.
- (20).- M. Y. MARKS - INFECCIONES BACTERIANAS COMUNES EN LA LACTANCIA
Y LA NIÑEZ.
MÉXICO D. F. EDITORIAL INTERAMERICANA 1985. Pág. 43 - 62.
- (21).- TEELE DW; KLEIN J. O.; ROSNER BA. " EPIDEMIOLOGY OF OTITIS MEDIA IN
CHILDREN" ; ANN OTOL RHINOL LARYNGOL, 1980; 89 (SUPPL. 68); 5-6.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

(22).- FEIGIN RD.; KLINE MW.; SPELTER G. "OTITIS MEDIA" IN TEXT BOOK OF PEDIATRIC INFECTIONS DISEASES. THIRD EDITIONS, VOL. I PHILADELPHIA; SUNDEERS, 1992: 174 -89.

(23).- KLEIN J. O., "OTITIS EXTERNA, OTITIS MEDIA, MASTOIDITIS" EN MANDELL G. L.; DOUGLAS R.G., BENNET J.E. EDS. ENFREMEADES INFECCIOSAS PRINCIPIOS Y PRACTICA 3ra. EDICIÓN, VOLUMEN 1; ARGENTINA: PANAMERICANA, 1991 531- 35.

(24).- JHON HOOD: PRAXIS CLÍNICA PEDIATRICA - INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES. MÉXICO D. F. EL MANUAL MODERNO 1983: 29 - 36.

(25).- RODRIGUEZ R.S., "INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS" REVISTA MEXICANA, PUER. Y PED; 1994; 1: 147-67.

(26).- DEWECSE D. D., SAUNDERS H. W.; TRATADO DE ORL. 6a. EDICIÓN MÉXICO D. F. INTERAMERICANA 1986; 234 - 248.

(27).- J. L. PALACIOS E. PICAZO; INTRODUCCIÓN A LA PEDIATRIA MÉXICO D. F. EDITORIAL MÉNDEZ OTEO, 2a. EDICIÓN 1983. Pág. 403 - 410.

(28).- WHO: "PROGRAMME FOR THE CONTROL RESPIRATORY INFECTIONS. RECENT DEVELOPMENTS".

WER; 1993; 68: 353 - 57.

(29).- LEOWSKI J. "MORTALITY FROM ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN UNDER FIVE YEARS

OF AGE: GLOBAL ESTIMATES".

World Health Stat Q, 1986: 39: 138 - 44.

(30).- VALDESPINO JL. GARCÍA MA. " CONSIDERACIONES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y CRÓNICAS".

GARCÍA ML, GIONO S, PACHECO CR, ESCOBAR A, VALDESPINO JL.

EDS. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y CRÓNICAS.

INDRE, SSA, México D. F. 1994: 107 - 25.

(31).- SECRETARIA DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA.

"ECUESTA EPIDEMIOLÓGICA". 1987 - 1988, México, D. F. 1990.

(32).- MARTÍNEZ MC, MUÑOZ O, PENICHE A. RAMÍREZ ME, GUTIERREZ G.

"INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN COMUNIDADES RURALES MEXICANAS". ARCHIV. INVEST. MED, 1989; 20: 255 - 62.

(33).- DECLARACIONES DE HELSINKI - BOLETÍN DE LA OPS. 1990; 108 (5 Y 6): 626-637.

(34).- GLEZEN WP. DENNY FW. EPIDEMIOLOGY OF ACUTE LOWR RESPIRATORY DISCASE IN CHILDREN. N. EN SL. J. MED. 1973. 288: 498 - 505.