

11226

109



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
"EL ROSARIO"

PARA LA OBTENCION DE TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MA. TERESA ESMERALDA MALDONADO ABAD



IMSS

MEXICO.D.F.



JEFATURA DE ENSEÑANZA FEBRERO 2002

U. M. F. No. 33

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA.



DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO".



DRA. MA. CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR.



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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. LETICIA SÁNCHEZ FLORES
J.D.C.
ASESORA.



DRA. MA. TERESA ESMERALDA MALDONADO ABAD
RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
TESISTA.

AGRADECIMIENTOS

**A DIOS, POR DARME LA FORTALEZA
E INTELIGENCIA PARA SEGUIR ADELANTE
Y POR LA FAMILIA QUE ME DIO.**

**A MIS PADRES, POR SU APOYO INCONDICIONAL
EN TODO MOMENTO, Y LA FORTALEZA PARA
SEGUIR ADELANTE.**

**A MI ESPOSO RAUL, POR SU AMOR Y LEALTAD
INCONDICIONAL, POR SU SACRIFICIO. GRACIAS.**

**A MIS HIJAS ALONDRA Y KASANDRA, POR EL
TIEMPO QUE NO LES PUDE DAR Y QUE ELLAS
ME BRINDARON SIN CONDICION.**

**A MIS HERMANOS Y MAESTROS, YA QUE SON
UN EJEMPLO A SEGUIR DE TEMPERAMENTO, IN
TELIGENCIA Y FORTALEZA PARA SEGUIR ADE
LANTE Y SALTAR CUALQUIER OBSTACULO.**

**A DRA. LETICIA SANCHEZ, POR CONFIAR EN
MI PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO
ASI COMO POR SUS CONOCIMIENTOS.**

INDICE

INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO.....	2-3
INFORMACION GENERAL	4-5
PREGUNTA PROBLEMA OBJETIVO GENERAL	6
MATERIAL Y METODOS	7-8
RESULTADOS	9-20
BIBLIOGRAFIA	21

INTRODUCCION

Existen factores que afecta en mayor o menor grado el órgano de la audición, los cuales pueden ser hereditarios, prenatales, neonatales, infecciones y por medicamentos, entre otros. Al estar este órgano dañado impide una adecuada comunicación si el problema es detectado tempranamente { 0 a 3 años} el pronostico es favorable, de no detectarse a tiempo las medidas rehabilitatorias no surtirán efecto deseado, afectando el núcleo familiar y al niño en su relación social y psicológica, así como la aceptación social del mundo que lo rodea.

Si se detecta tempranamente a estos niños que tiene defectos auditivos, pueden tener posibilidades de funcionar adecuadamente en el medio ambiente como individuos productivos relacionándose con su comunidad llevando acabo su tratamiento con un pronostico favorable, por lo que creemos que hay una gran necesidad de detección de este problema.

Es conveniente que en México, dentro de las acciones de salud se implementen medidas de detección temprana como obligación hacia los médicos principalmente a todas las personas que tengan contacto con niños de 0-3 años de edad con el fin de abatir la incidencia de defectos auditivos.

MARCO TEORICO.

Desde la Segunda Guerra mundial, se tiene la información de que en Inglaterra Sir Alex en 1947 diseñaron una técnica para el rastreo auditivo de lactantes y preescolares, el cual consistía en poner al bebe en las piernas de su madre, mientras un observador distraía visualmente al niño, al mismo tiempo en que se le presentaba un estímulo sonoro al infante tanto en el lado izquierdo y derecho, detectándose si él bebe volteaba hacia la fuente de sonido.

Hardy en 1959 modifico la técnica anterior utilizándola en niños de 8-14 meses. Aplicándose en el departamento de salud de Ohaio, sin embargo tuvo muchas dificultades en el entrenamiento del personal, detectándose falta de control de los estímulos verbales.

Markides en 1977 realizo una investigación con bebes de 2 a 9 meses utilizando el método de Edwina encuaneto distraía al bebe presentándole el estímulo auditivo para observar su respuesta, se uso una sonaja de baja frecuencia y otra de alta frecuencia. La prueba era aplicada a 3 pies de distancia de oído del niño y fuera de su campo visual.

Margareth B. Menciona que un bebe puede no responder a estímulos auditivos en situaciones de hambre, sueño, estar mojado, irritado, también detecto que la sonaja de baja intensidad no es un sonido interesante para el niño, la autora dedujo que un niño volteaba a una fuente sonora de manera confiable desde los 15 meses de edad a una distancia de 3 metros. Peacock refiere que la edad ideal de rastreo es de los 7 a 8 meses. Estos autores localizaron la técnica de localización el cual era un examen sencillo que requiere de atención para que el resultado sea valido. El método consiste en pasarle al niño diferentes sonidos como golpear una taza con una cuchara, una sonaja de alta frecuencia, repitiendo varias veces el sonido a un metro de distancia del oído en plano horizontal a cada oído por separado, considerando como una respuesta válida el pestañeo o movimiento involuntarios de los ojos y la cabeza, o movimientos de búsqueda con los ojos, por lo que los autores afirman que los 20 meses es la edad en que la respuesta al estímulo sonoro es clara e inequívoco.

Otros autores Hitchings y Haggard realizaron un estudio que consistía en preguntar a los padres en dos ocasiones diferentes si consideraban que su hijo oía normalmente, reportándose un ascenso abrupto de niños menores de un año con sospecha de deficiencias auditivas en la consulta en aquella época.

Shopper habla de la importancia de la audición para la diferenciación de la voz materna y la de los extraños {presencia auditiva}. Menciona también que así como existe una presencia "visual" y una "táctil" , la presencia auditiva interviene de manera importante cuando el niño esta en la fase de separación e individualización de la madre, permitiéndole mantener la presencia aun cuando no la vea o la pueda tocar.

Otras investigaciones refieren que de cada 67 niños clasificados como alto riesgo, después de los 6 A 7 años aumenta de manera considerable la incidencia de sordera, ya sea por cuestiones adquiridas, problemas heredo-degenerativos, falsos negativos de estudios previos y por aquellos no estudiados al nacer.

A esos niños que tienen audición residual funcional, que tiene las posibilidades de funcionar adecuadamente en el medio ambiente como sujetos productivos, de vincularse con la sociedad si son atendidos y tratados a tiempo, y que por lo general acuden tardíamente a solicitar ayuda, es preciso localizarlos en edades tempranas, detectar su problema lo antes posible ya que cuando antes empiece la rehabilitación el pronostico será mejor.

Los profesionales de la medicina y ciencias afines, aun bien entrenados y experimentados en su especialidad, rara vez están preparados para enfrentarse a la necesidad del pequeño con deficiencia auditiva y con sus padres.

Ya no es posible perder el tiempo para iniciar el tratamiento de los niños hipoacúsicos, exponiéndolos a no poder desarrollarse al máximo e incapacidad para adquirir un lenguaje competente, actualmente ya se cuenta con medios diagnósticos precisos y confiables que detectan el problema auditivo a muy temprana edad.

Parvin realizo un estudio retrospectivo de 149 niños con trastorno auditivo detectado previamente, donde se cuestionaba quien percibía por primera vez que el niño no escuchaba bien. Encontrando que el 59% de los casos, los padres eran los primeros en sospechar la pérdida auditiva, sin embargo pasaba mas de 1 año desde esa primera sospecha aparecía hasta que se determinaba la audición en algún sitio especializado y solo el 33% de ellos fueron diagnosticados antes del año de edad a pesar de tratarse de pérdidas auditivas congénitas, adquiridas en etapas neonatales.

INFORMACION GENERAL

VIA AEREA. Es el medio por el cual percibimos las ondas sonoras a través del aire.

VIA OSEA. Es el medio por el cual percibimos las ondas sonoras a través de los huesos.

TIPOS DE HIPOACUSIA.

CONDUCTIVA. Se presenta cuando la lesión se asienta en el sistema de transmisión del Oído {conducto auditivo, tímpano} entre algunas causas se deben a las malfo

Maciones del conducto auditivo, tapón de cerumen, tapón epidérmico, otitis Externa, cuerpos extraños etc, ..

Normalmente se consideran como síntomas auditivos, en este caso el enfermo habla con voz baja pero exige que se le hable en tonos altos, ya que Cuando el individuo emite sonidos los oye muy fuertes {dentro del cráneo}

La audiometría en estos casos tendrá una vía ósea normal y una vía aérea Con unos umbrales altos.

NEUROSENSORIAL. Es aquella en que la lesión se localiza en el aparato de recepción o Receptor, que es la coclea, o bien el nervio acústico, sus causas pueden Múltiples. Enf. Meniere, Sx. Vascular tóxico. Enfermedades virales,.

MIXTA. Se comporta con componentes de los dos anteriores.

ETIOLOGIA DE HIPOACUSIAS.

Se dividen de acuerdo al nivel en que se encuentre la deficiencia:

GENETICAS. Son enfermedades hereditarias es decir se transmiten de padres a hijos.:

A} Dominante Autosómico. Si un progenitor tiene el carácter y el otro esta sano, la enfermedad aparecerá probablemente en la mitad de sus hijos, si ambos progenitores están afectados la mitad de los hijos estarán enfermos, y en la mayoría de los casos morirán intra-utero., o poco después de nacer.

B} Recesivo Autosómico. Es mucho más frecuente la transmisión de este tipo, si el progenitor es portador, la mitad de la descendencia será portadora y la otra mitad sano.

PRENATALES. Infecciones contraídas por la madre en el embarazo, dando lugar a una hipoacusia como son RUBEOLA, SIFILIS, TOXOPLASMOSIS, CUALQUIER ENF. VIRAL., También algunos medicamentos como los aminoglucosidos. Hipoxia Neonatal.

PERINATALES Y NEONATALES. Durante el parto puede ocurrir la lesión auditiva, por traumatismos obstétricos en partos difíciles en donde exista una hemorragia., prematuridad
• causas metabólicas.

POSNATALES. Empleo de ototóxicos, infecciones como meningitis como la primera causa de hipoacusia, parotiditis, otitis media crónica, exposición a ruido, tapón de cerumen, otitis externa.

PREGUNTA DEL PROBLEMA.

Con que frecuencia se detectan probables defectos auditivos en niños de 0 a 3 años en un primer nivel de atención.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia con que se detectan los defectos auditivos en niños de 0-3 años en un primer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1} Identificar el porcentaje de niños a 0 a 3 años con factores de riesgo para probable hipoacusia en un primer nivel de atención.*
- 2} Identificar el porcentaje de lactante de 0-1 año que se les detecta tempranamente alteración auditiva { hipoacusia} al aplicarles la prueba de 4 juguetes sonoro y un juguete insonoro en un primer nivel de atención.*
- 3} Identificar el porcentaje de niños mayores de 1 a 3 años que se les detecta tempranamente alteración auditiva al aplicarles la prueba de juguetes sonoros de prueba de un minuto en un primer nivel de atención.*
- 4} Identificar las características propias de los lactante y preescolares estudiados.*

PREGUNTA DEL PROBLEMA.

Con que frecuencia se detectan probables defectos auditivos en niños de 0 a 3 años en un primer nivel de atención.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia con que se detectan los defectos auditivos en niños de 0-3 años en un primer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1} Identificar el porcentaje de niños a 0 a 3 años con factores de riesgo para probable hipoacusia en un primer nivel de atención.*
- 2} Identificar el porcentaje de lactante de 0-1 año que se les detecta tempranamente alteración auditiva { hipoacusia} al aplicarles la prueba de 4 juguetes sonoro y un juguete insonoro en un primer nivel de atención.*
- 3} Identificar el porcentaje de niños mayores de 1 a 3 años que se les detecta tempranamente alteración auditiva al aplicarles la prueba de juguetes sonoros de prueba de un minuto en un primer nivel de atención.*
- 4} Identificar las características propias de los lactante y preescolares estudiados.*

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizo en la Unidad de Medicina familiar No.33 "EL ROSARIO", clinica de primer nivel de atención. (consulta externa), dicha unidad cuenta con tres niveles, distribuido de la sig, manera.:

El primer nivel se encuentra el laboratorio y servicio de Rx, enseñanza, consultorios de odontología, epidemiología, y medicina preventiva, urgencias, aulas y areas de mantenimiento.

Segundo nivel esta conformado por consultorios para la atencion de los pacientes, sub-dirección médica, baños para pacientes , archivos, asi como area de gobierno y administrativa, area de salud en el trabajo.

Tercer nivel consta de area para consultorios, asi como area de asistencia social., biblioteca. Cuenta ademas con 54 medicos familiares para la consulta externa para la atencion de los derecho-habientes. Dicha unidad atiende aproximadamente 9346 niños Menores de 5 años de los cuales se encuentran distribuidos de la sig.manera:

*Menores de 1 año 1345 de los cuales 708 son hombres y 637 son mujeres.
1 año de edad 1667 niños de los cuales 837 son hombres y 830 son mujeres.
2 años de edad 1942 niños de los cuales 971 son hombres y 971 mujeres.
3 años de edad 1903 niños de los cuales 944 son hombres y 959 son mujeres.
{hasta junio 2000}.*

Se utilizo un consultorio de esta unidad durante 30 dias, que cuenta con las sig. Caracteristicas.

SILENCIOSO, ADECUADA ILUMINACION. ACCESIBLE PARA LOS PACIENTES.

Se realizo un estudio de tipo transversal propectiva, utilizando una encuesta anexa Dicha encuesta se aplico a las madres donde su contenido sobre antecedentes pre y Post-natales, datos generales del niño como internamientos previos, infecciones de Vias aereas superiores, asi como cuestionamientos sobre la adecuada audicion de su hijo Y posteriormente se realizo un estudio a 510 niños que consiste de la sig. Manera:

En niños de 0 a 1 año se aplico la sig. Prueba que consiste en colocar al niño con su madre en el consultorio y mediante un juguete silencioso y de color intenso pero llamativo para la edad del niño, y juguetes soñoros como {sonaja, corneta} a dieferente distancia Validados por el Intituto Nacional de Comunicación Humana para detectar hipoacusia

*En niños menores de un año en esta prueba el juguete insonoro se utilizara para distraer Al niño y posteriormente se presentara un juguete sonoro a diferentes alturas y se observara la respuesta del niño donde se registrara la respuesta de la sig. Menera.
Respuesta a 1 juguete sonoro de 3 a una altura de 10cm sera reportado como hipoacusia severa. Respuesta a 2 juguetes sonoros de 3 a una altura de 10cm sera reportado como hipoacusia moderada. Respuesta a 3 juguetes sonoros de 3 a una altura de 10cm se considera audicion normal.*

En cuanto a niños de 1-3 años se utilizo la sig. Tecnica: los juguetes se aplican a un metro de distancia en la parte posterior media de la cabeza, el timbre se aplica dando un solo golpe de mediana intensidad. El palo de Lluvia se aplica dando un solo giro. , la matraca se aplica dando un solo giro a un diente del engrane.

El ambiente donde se apliquen los juguetes debe estar sin ruido , las condiciones higienicas del niño debe ser satisfactorias para que esto no interfiera en la respuesta, el niño se debiera encontrar en sueño ligero o en alerta para que la respuestas sean claras. Aquí tambien se clasifico la hipoacusia en leve, moderada y severa.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
(IMSS)
UMF NÚ. 33 ROSARIO.

Encuesta para niños de 0 a 3 años con sospecha de hipoacusia

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

FOLIO

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

DM () HAS () CANCER () HIPOACUSIA ()

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

No. Gesta. () EMB. TERMINO () PRETERMINO () POSTERMINO ()

INFECC. DURANTE EMB. (SI) (NO) CUALES _____

MEDICAMENTOS DURANTE EMB. (SI) (NO) CUALES _____

RADIGRAFÍAS DURANTE EMB. (SI) (NO) SEMANAS GEST. _____

PARTO DISTÓCICO (SI) (NO) PARTO EUTÓCICO (SI) (NO)

APGAR _____ PESO AL NACER _____ USO INCUBADORA _____ HIPOXIA (SI) (NO)

ICTERICIA (SI) (NO) OTROS _____

DESARROLLO PSICOMOTOR _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

INMUNIZACIONES (SI) (NO) ALERGIAS (SI) (NO) ENFERMEDADES VIRALES (SI) (NO)
(NO) CUALES _____ FARINGOAMIGALITIS FREC. (SI) (NO)

OTITIS (SI) (NO) MENINGITIS (SI) (NO)

HOSPITALIZACIONES PREVIAS (SI) (NO)

PREGUNTAS PARA LOS PADRES.

SOSPECHA QUE SU HIJO ESCUCHA BIEN (SI) (NO)

PORQUE _____ DESDE CUANDO _____

DESPIERTA O HACE MOVIMIENTOS CON RUIDOS FUERTES (SI) (NO)

BUSCA EL SONIDO (SI) (NO)

JUEGA CON SONAJAS (SI) (NO)

DICE PALABRAS O EMITE SONIDOS SEGUN SU EDAD (SI) (NO)

BALBUCEA (SI) (NO)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
(IMSS)

LACTANTES DE 0 A 1 AÑO

NOMBRE
EDAD

JUGETE	DISTANCIA	RESP. OIDO DERE.		RESP. OIDO IZQ.	
		SI	NO	SI	NO
GUANTE	10CM				
SONAJA	10CM				
CAMPANA	10CM				
BOCINA	10CM				

NIÑOS MAYORES 1 AÑO A 3 AÑOS.

NOMBRE
EDA.

JUGETE	DISTANCIA	RESP. OIDO DER.		RESP. OIDO IZQ.	
		SI	NO	SI	NO
PALO DE LLUVIA	1 METRO				
TOMBE	1 METRO				
MATRACA	1 METRO				

Se considera respuesta (+) parpadeo, llanto, cese actividad, movimiento de la cabeza y extremidades
Se considera respuesta (-) cuando no hay actividad

	GAITTO QUE ARANA	GERRITO QUE RABCA	FERRE DEL TAL AMBOS OIDOS	
OIDO DERECHO			SI	NO
OIDO IZQUIERDO			SI	NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8+B

RESULTADOS.

Después de haber realizado dicho estudio se encontró que en los niños menores de 1 año se presentaron 93 casos de hipoacusia distribuidos de la siguiente manera:

hipoacusia LEVE 76 niños, Moderada 16 niños, Severa solo 1 caso. Donde la madre detectó dicho problema en los primeros 3 meses de vida extrauterina ya que observaban que el desarrollo de su niño a nivel psicomotriz no era el normal, se buscó en cuenta a los antecedentes prenatales y se encontró que la mayor parte de estas madres sufrieron infecciones durante el embarazo de tipo vaginales y de vías urinarias, tratadas con aminoglucosidos y antimicóticos vaginales, además de encontrarse con antecedentes heredofamiliares de hipoacusia total de predominio paterno y en algunas ocasiones de predominio materno. Por lo que consideramos que se justifica dicho resultado, y encontramos cifras alarmante en un estudio de 510 niños con sospecha de hipoacusia y elegidos a azar.

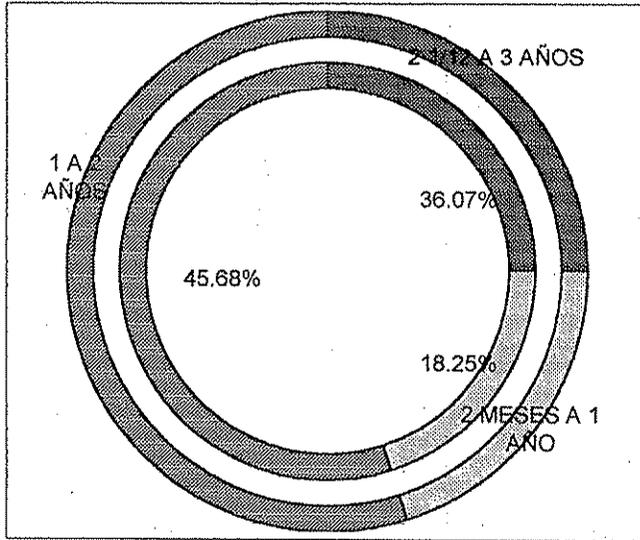
En cuanto a los niños mayores de 1 año a la edad de 3 años se encuentran 130 niños con la posibilidad de alteraciones de nivel auditivo {hipoacusia} distribuidos de la siguiente manera:

Hipoacusia leve 94 niños, Moderada 29 niños y Severa 7 niños, encontrándose los mismos datos en antecedentes heredofamiliares de hipoacusia y DM, aunque este último tal vez no tenga que ver con dicho padecimiento, sin embargo las madres también recibieron tratamiento durante el embarazo con aminoglucosidos, y un dato muy importante es que en estos niños se presentaron meningitis y otitis media, en donde algunos de ellos estuvieron hospitalizados, en este caso las madres no detectaron el problema hasta la realización de la prueba y con sospecha desde hace 1 año, sin embargo sin atención médica para dicho caso, por lo que se concluye que los niños sospechosos de hipoacusia pueden ser detectados a tiempo y canalizados a la especialidad correspondiente para su atención oportuna. Y que los medicamentos mal empleados en el embarazo + antecedentes familiares de hipoacusia + infecciones de vías aéreas superiores complicadas dan como resultado sospecha de hipoacusia.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

EDAD EN MESES

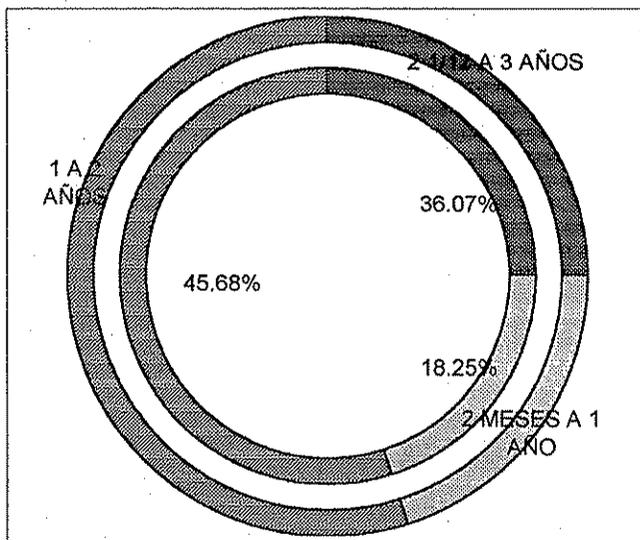
CARACTERISTICAS DE EDAD.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 MESES A 1 AÑO	93	18%
1 AÑO A 2 AÑOS	233	46%
2 1/2 A 3 AÑOS	184	36%
	510	100%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD EN MESES

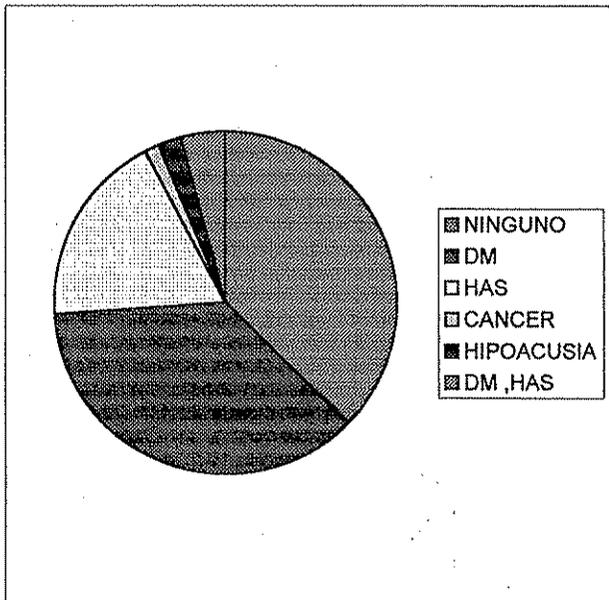
CARACTERISTICAS DE EDAD.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2MESES A 1 AÑO	93	18%
1 AÑO A 2 AÑOS	233	46%
2 1/12 A 3 AÑOS	184	36%
	510	100%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES MAS
FRECIENTES EN NIÑOS 10 A 3 AÑOS**

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
NINGUNO	190	37%
DM	187	37%
HAS	93	18%
CANCER	7	1%
HIPOACUSIA	12	2%
DM ,HAS	21	5%
TOTAL	510	100%

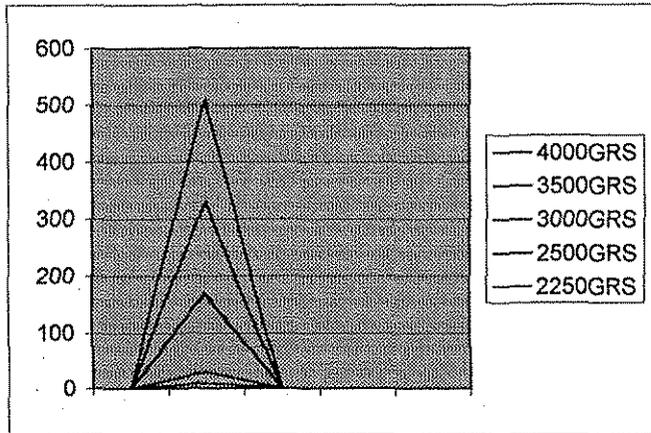


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

9-C

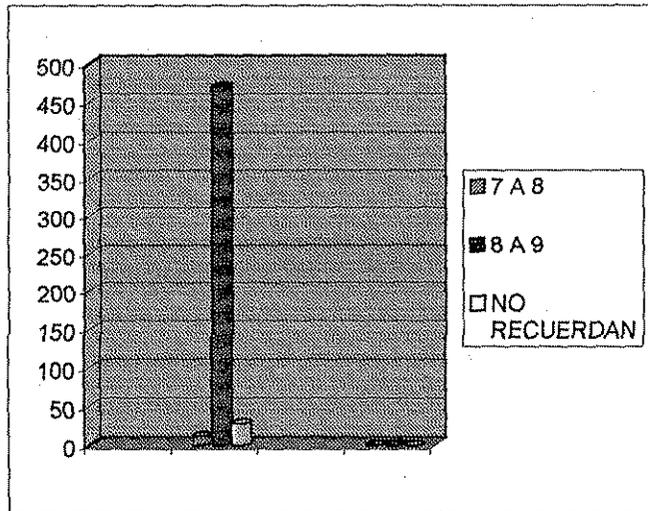
**FRECUENCIA DE PESO AL NACIMIENTO
EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS ESTUDIADOS**

PESO	NUMERO	PORCENTAJE
2250GRS	10	2% M1
2500GRS	20	4%
3000GRS	140	27% M2
3500GRS	160	31%
4000GRS	180	35% M3
TOTAL	510	100%



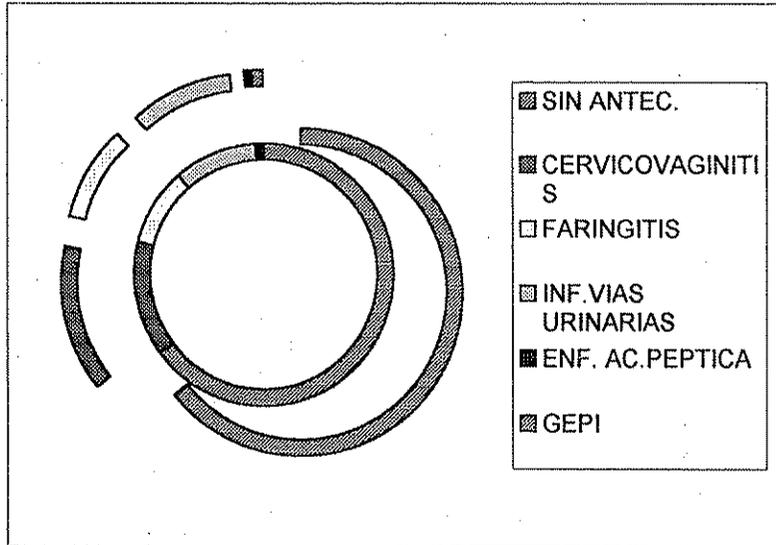
**FRECUENCIA DE CALIFICACION APGAR
EN NIÑOS 0 A 3 AÑOS CON SOSPECHA
DE HIPOACUSIA.**

APGAR	NUMERO	PORCENTAJE
7 A 8	12	2%
8 A 9	470	92%
NO RECUERDAN	28	5%
TOTAL	510	100%



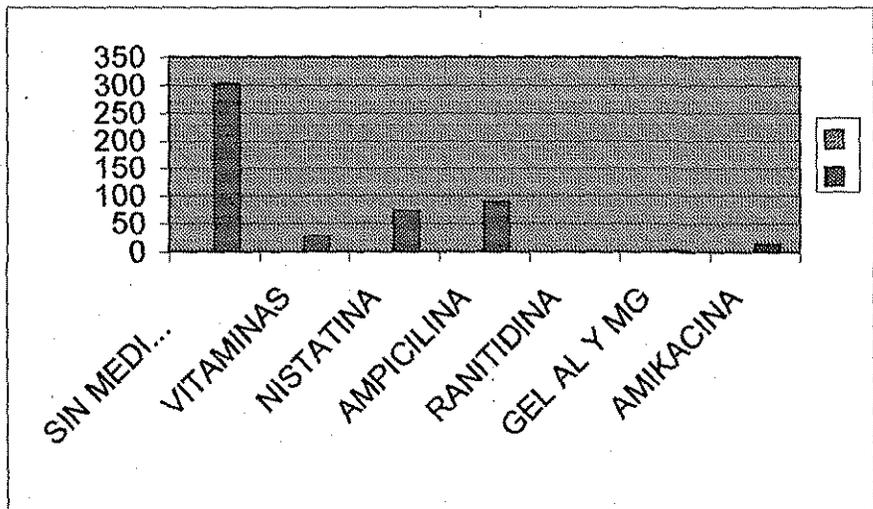
**INFECCIONES PRENATALES MAS FRECUENTES
EN NIÑOS 0 A 3 AÑOS CON SOSPECHA DE HIPOACUSIA**

TIPO DE INFECCION	NUMERO	PORCENTAJE
SIN ANTEC.	330	64%
CERVICOVAGINITIS	73	14%
FARINGITIS	49	10%
INF. VIAS URINARIAS	52	10%
ENF. AC. PEPTICA	4	1%
GEPJ	2	1%
TOTAL	510	100%



**MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS DURANTE EL
EMBARAZO EN LA MADRES DE NIÑOS CON SOSPECHA
DE HIPOACUSIA**

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
SIN MEDICAMENTO	302	59%
VITAMINAS	28	6%
NISTATINA	73	14%
AMPICILINA	89	17%
RANITIDINA	1	0%
GEL AL Y MG	3	1%
AMIKACINA	14	3%
TOTAL	510	100%

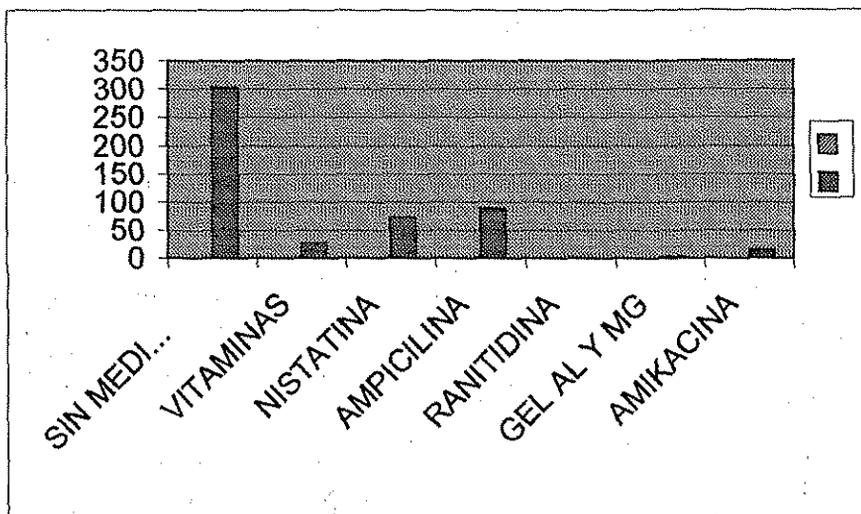


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

9-6

MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS DURANTE EL EMBARAZO EN LA MADRES DE NIÑOS CON SOSPECHA DE HIPOACUSIA

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
SIN MEDICAMENTO	302	59%
VITAMINAS	28	6%
NISTATINA	73	14%
AMPICILINA	89	17%
RANITIDINA	1	0%
GEL AL Y MG	3	1%
AMIKACINA	14	3%
TOTAL	510	100%



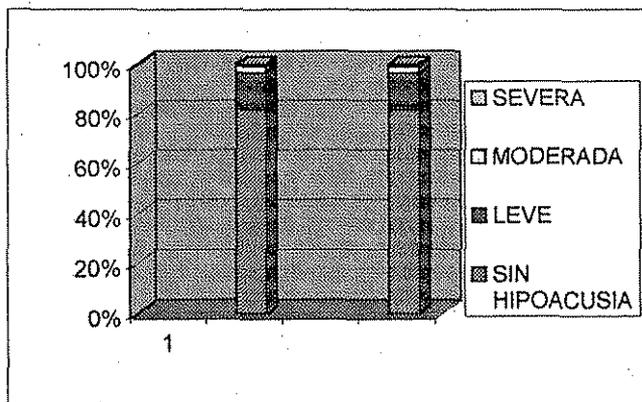
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

9-H

**FRECUENCIA DE NIÑOS PORTADORES DE HIPOACUSIA
Y LA RELACION CON MEDICAMENTOS DURANTE EL
EMBARAZO DE LA MADRE.**

LACTANTE

SIN HIPOACUSIA	417	81%
LEVE	76	15%
MODERADA	13	3%
SEVERA	4	1%
TOTAL	510	100%

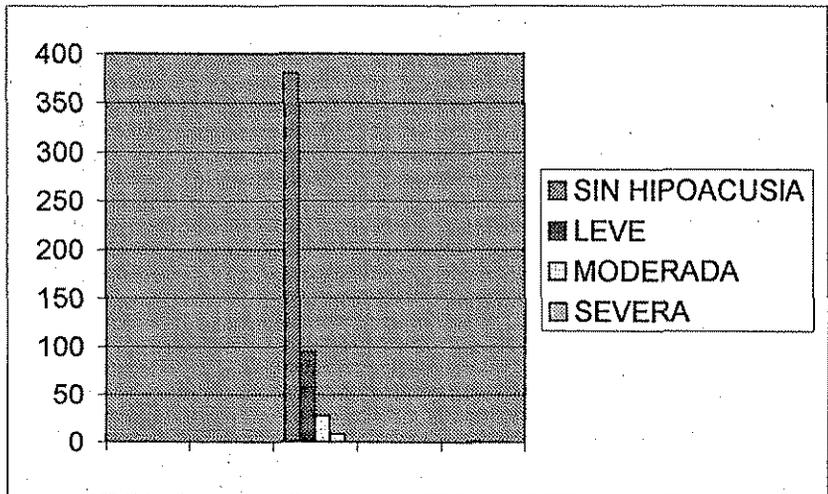


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FRECUENCIA DE NIÑOS PORTADORES DE HIPOACUSIA Y LA RELACION CON MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO DE LA MADRE.

NIÑOS

TIPO DE HIPOACUSIA	NUMERO	PORCENTAJE
SIN HIPOACUSIA	380	18%
LEVE	94	74%
MODERADA	28	6%
SEVERA	8	2%
TOTAL	510	100%

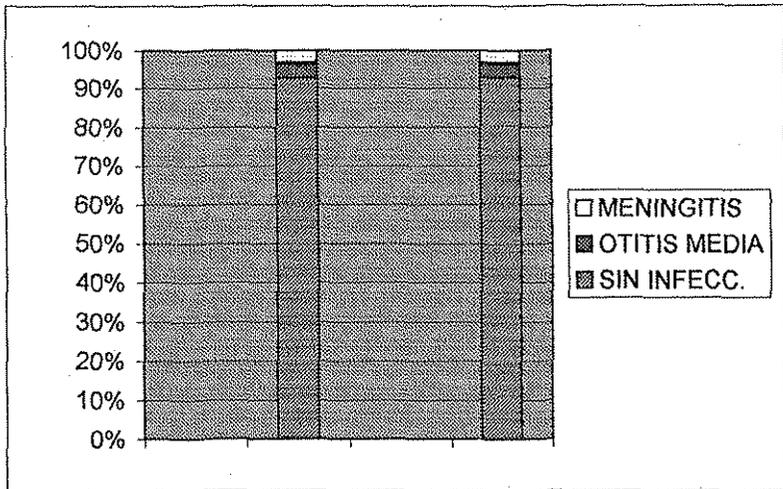


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9-5

**INFECCIONES MAS FRECUENTES EN
NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS CON SOSPECHA DE
HIPOACUSIA.**

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
SIN INFECC.	473	93%
OTITIS MEDIA	20	4%
MENINGITIS	17	3%
TOTAL	510	100%

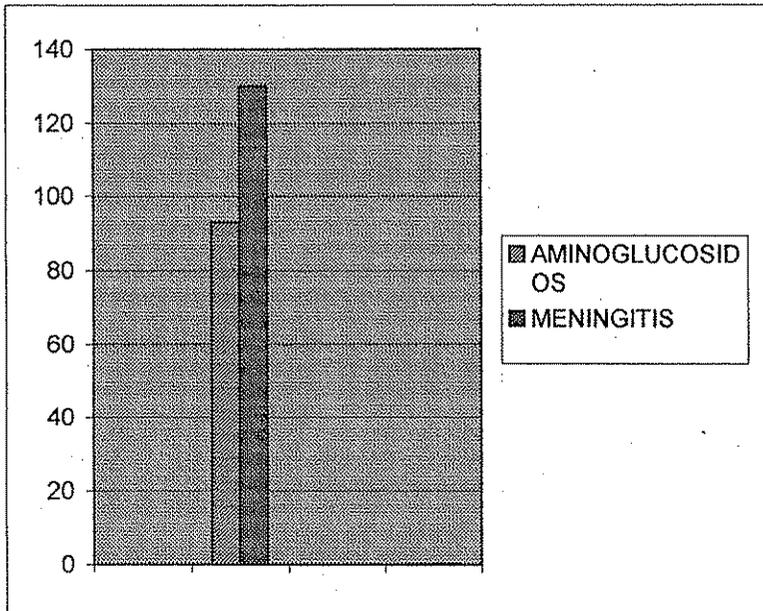


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

9-R

FRECUENCIA DE HIPOACUSIA Y RELACION CON ANTECEDENTES DE INGESTA DE MEDICAMENTOS E INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS.

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
AMINOGLUCOSIDOS	93	18%
MENINGITIS	130	25%
SUB.TOTAL	223	44%
		87%



9-1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- SHOPPER, M., " *The Role of audition in Early Psychic Development, with Special Reference to the use of the pull in theseparation association*". Journal of American Psicoanalysis association., 26 {2}, 1978. Pp. 283-310.
- 2.- Jaffe. Burton, Hearing Loss in Children. Baltimore: Univ. Park Press, 1977. pp. 302-315.
- 3.- Nothen, J. Hearing in Children. Baltimore: The Williams and Wilkings. Co., 1979.
- 4.- Seinh, S., Diagnotic Procedures in Hearing. L enguaje and Speech. Baltimore. University Park Press. 1978.
- 5.- Guardino Ruiz de Santiago, "Validación de jugetes sonoros Mexicanos para la detección temprana de hipoacusia en niños de 0 a 3 años. Tesis para obtener la licenciatura de Terapista en Comunicación Humana. Mex. 1991.