

11226
96



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL No. 26, ISSSTE, ZACATECAS, ZACATECAS

PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN DE RECHOHABIENTES
DEL ISSSTE
DE LA COLONIA GONZÁLEZ ORTEGA, SOMBRERETE, ZAC.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ENRIQUE VALDEZ OROZCO



Sede Hospital General
Oficina de Emergencia Zacatecas
Libro No. 114 Folio No. 23
Hojas No. 26 2003
Fecha: 26 de Julio de 2003
Firma del Jefe de Emergencia
de la Unidad Médica

IMPRESO EN
FABRIL DE
MEXICO

ZACATECAS, ZACATECAS.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo académico.
NOMBRE: DR. ENRIQUE VALDEZ OROZCO

FECHA: 8 de Septiembre 2003
FIRMA: [Firma]

2003



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PAGINACIÓN DISCONTINUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL No. 26, ISSSTE, ZACATECAS, ZACATECAS

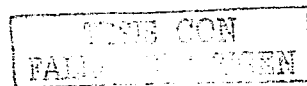
PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN DERECHAHABIENTES
DEL ISSSTE
DE LA COLONIA GONZÁLEZ ORTEGA, SOMBRERETE, ZAC.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
DR. ENRIQUE VALDEZ OROZCO

ZACATECAS, ZACATECAS.

1997.



PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN DERECHOHABIENTES
DEL ISSSTE
DE LA COLONIA GONZÁLEZ ORTEGA, SOMBRERETE, ZAC.

PRESENTA:

DR. ENRIQUE SALDÍZ GOROZCO

DR. SERGIO NAVARRO LARA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL I.S.S.S.T.E.,
ZACATECAS, ZAC.

DR. JUAN CARLOS MEDRANO REVELLES
ASESOR METODOLÓGICO S. S. A. ZACATECAS, ZAC.

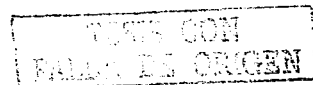
DR. FRANCISCA JONESTECANO ESPERON
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.

DRA. GUSTAVO ADOLENO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REGULACION DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD.

COORDINACION NACIONAL DE POLÍTICA Y DESARROLLO EDUCATIVO
I.S.S.S.T.E.

ZACATECAS, ZAC.




1997

PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN DERECHOHABIENTES
DEL ISSSTE
DE LA COLONIA GONZÁLEZ ORTEGA, SOMBRERETE, ZAC.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

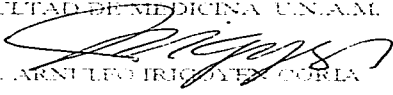
PRESENTA:

DR. ENRIQUE VALDEZ OROZCO

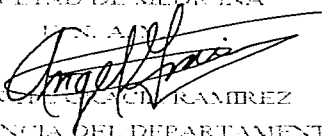

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA


DR. ÁNGEL MARÍA RAMÍREZ

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

INDICE GENERAL

TESIS CON
FALLA DE ENTREN

INDICE

1. Titulo
2. Índice General
3. Marco Teórico (Marco de referencia o Antecedentes)
4. Planteamiento del problema
5. Justificación
6. Objetivos

-General

-Específicos

7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)
8. Metodología

-Tipo de Estudio

-Población, lugar y tiempo de estudio

-Tipo de muestra y tamaño de la muestra

-Criterios de Inclusión, exclusión y de eliminación

-Información a recolectar. Variables a recolectar

-Método o procedimiento para captar la información

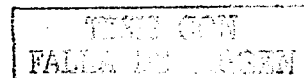
-Consideraciones éticas

9. Resultados

-Descripción de los resultados

-Tablas (cuadros) y gráficas

10. Discusión de los resultados encontrados
11. Conclusiones
12. Referencias Bibliográficas
13. Anexos



MARCO TEORICO

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

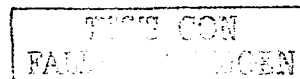
MARCO TEORICO

De acuerdo a las cifras de la O.M.S. en el mundo mueren alrededor de veinte millones de niños, y el treinta por ciento de estas muertes corresponden a infecciones de las vías respiratorias. (1)

En 1992 se concibió la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La iniciativa tiene por fin, al igual que los programas comunitarios de atención de la salud, impartir cursillos a quienes cuidan a los niños para que estén en condiciones de reconocer los signos de las infecciones agudas de las vías respiratorias y procuren que el paciente reciba tratamiento a tiempo fuera del hogar.

En más de 40 países de los 82 países con datos disponibles, menos del 50% de los niños que padecían infecciones agudas de las vías respiratorias acudieron a un servicio de salud. En muchos países es necesario además contar con servicios de salud idóneos y disponer de antibióticos en mayor medida.

En los países en desarrollo, las infecciones agudas de las vías respiratorias son la causa principal de mortalidad de niños menores de cinco años. La infección más grave es la neumonía, que solía tratarse recurriendo a antibióticos. En cuanto los niños presentan signos de infecciones agudas de las vías respiratorias - a saber, tos y respiración rápida y entrecortada - se debería procurar que el niño reciba atención sanitaria idónea. (2)



Desde el punto de vista histórico, se ha observado que las infecciones de las vías respiratorias han prevalecido en ambientes de gran hacinamiento (3). Donde se ha observado que el factor de riesgo más habitual de los episodios frecuentes de las vías respiratorias corresponden a las de tipo viral; y éstas son las que se relacionan con la asistencia a las guarderías (4).

A nivel mundial las infecciones de las vías respiratorias tienen un gran impacto en los niños y sus familias (5). Donde las repercusiones económicas son elevadas (6). Por lo que la evaluación rigurosa y permanente de un trabajo científico da nuevas propuestas para el reconocimiento de la problemática respiratoria (7, 22).

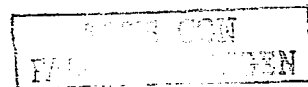
La investigación del futuro debe de tratar de aclarar los efectos de la exposición a los cambios ambientales; así como el trabajo o en el hogar para reducir la probabilidad a enfermarse (8).

FACTORES PREDISPONENTES.

Los factores predisponentes más importantes se relacionan con exposición ambiental, datos individuales, y sociales: (9)

Ambientales

- Contaminación ambiental dentro o fuera del hogar.
- Tabaquismo pasivo.
- Deficiente ventilación de la vivienda.
- Cambios bruscos de temperatura.



- Asistencia a lugares de concentración como teatros, cines, estancias infantiles, etc.
- Contacto con personas enfermas de IRA.

Individuales

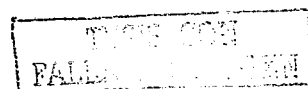
- Edad. La frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año, y especialmente en los menores de dos meses de edad.
- Bajo peso al nacimiento
- Ausencia de lactancia materna.
- Desnutrición.
- Infecciones previas.
- Esquema incompleto de vacunación.
- Carencia de Vitamina A.

Sociales

- Hacinamiento
- Piso de tierra en la vivienda.
- Madre con escasa escolaridad.

CLASIFICACION.

Estas afecciones causadas por agentes biológicos a cualquier nivel del aparato respiratorio. De acuerdo a su topografía, o localización de la infección, diferenciamos dos grandes grupos: infecciones de vías respiratorias superiores y de vías respiratorias inferiores.



INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

I. RESFRIADO COMÚN

Es una infección vírica autolimitada y de curso benigno. La etiología más frecuente es el rinovirus, responsable del 25 al 20 % de los episodios. El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático.

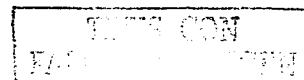
II. SINUSITIS

Sus procesos inflamatorios de los senos paranasales, o cavidades aéreas en el interior de los huesos de la cara. La sinusitis afecta generalmente de los senos maxilares, y en casos más graves puede afectar a los senos frontales, etmoidales, esfenoidales, ...

La sinusitis se dividen en función de su duración en:

- agudas, hasta tres semanas;
- subagudas, de 3 semanas a 3 meses;
- crónicas, más de tres meses.

La mayoría surgen como complicación bacteriana de un resfriado común, o también por transmisión de infecciones de vecindad (dientes), o en el contexto de enfermedades con afectación global de la mucosa respiratoria (por ejemplo, bronquiectasias). Los gérmenes más frecuentes son: neumococo, *Haemophilus influenzae* y *Branhamella catarrhalis*.



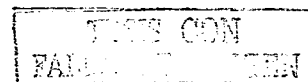
La clínica consiste en dolor y obstrucción local, rinorrea (destilación nasal de moco o agua), congestión nasal, fiebre y cefalea (dolor de cabeza). La técnica más sensible para el diagnóstico es la radiografía de senos. En ocasiones se utiliza la TAC para valoración de la extensión. El tratamiento se basa en:

- Antibioterapia durante 10 días (puede utilizarse amoxicilina - ácido clavulánico o cefalosporinas, y en alérgicos, antibióticos macrólidos; las quinolonas NO se utilizan en niños).
- Medidas para facilitar el drenaje (descongestionantes o en ocasiones punción del seno afectado).
- Puede requerirse cirugía como tratamiento de una sinusitis crónica o complicada.

III. FARINGITIS

Proceso inflamatorio agudo de la mucosa faríngea que se caracteriza por dolor de garganta, de etiología bacteriana (15%) y de causa desconocida (25-40%).

La faringitis estreptocócica se caracteriza por dolor faríngeo intenso, disfagia (dificultad para tragar), fiebre alta, exudado que recubre las amígdalas y faringe ("placas purulentas"), y adenopatías cervicales (ganglios en el cuello). Dada la gravedad de sus complicaciones potenciales, entre ellas la fiebre reumática, siempre que exista sospecha de esta etiología debe realizarse tratamiento antibiótico con penicilina o derivados, y eritromicina como alternativa.



Algunas infecciones víricas poseen características especiales que permiten diferenciarlas:

Cuadro No. 1

• Adenovirus	Fiebre faringoconjuntival
• Virus Coxsackie	Herpangina
• Virus Epstein – Barr	Mononucleosis infecciosa.

IV. LARINGITIS, LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS O CROUP Y EPIGLOTTITIS

Los virus son su etiología más frecuente afectando sobre todo a la población infantil. Un caso particular es la epiglotitis que consiste en una celulitis rápidamente progresiva, que puede causar obstrucción completa de la vía aérea y a veces es letal. El principal agente etiológico es el Haemophilus influenza tipo B.

INFECCIONES DE LAS VÍAS AÉREAS INFERIORES

I. BRONQUITIS AGUDA.

Proceso inflamatorio del árbol traqueobronquial en pacientes sin enfermedad broncopulmonar crónica, asociada generalmente con una infección de vías respiratorias superiores. La etiología es fundamentalmente viral y en una pequeña proporción bacteriana (Mycoplasma pneumoniae o Bordetella pertusis). El cuadro clínico consiste en tos, con o sin expectoración, fiebre, exploración física

generalmente normal, y radiografía del tórax normal. El tratamiento es sintomático y sólo si se sospecha sobreinfección bacteriana se deben añadir eritromicina o penicilinas. (15, 25).

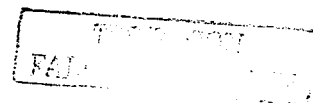
Los agentes causales más específicos de las IRA son: en los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

CLASIFICACION Y AGENTES CAUSALES DE LAS IRAS EN MEXICO

Cuadro No. 2

Infecciones Respiratorias Agudas (Etiología)		
Entidades clínicas Más frecuentes	Etiología más frecuente	
	Virus	Bacterias
Rinofaringitis	Rhinovirus	
Faringoamigdalitis Congestiva	Influenza Parainfluenza Adenovirus	
Faringoamigdalitis	Adenovirus	S. pyogenes
Otitis media	Influenza Parainfluenza	S. pneumoniae T. influenzae M. catarrhalis
Neumonía	Influenza Parainfluenza Adenovirus	S. pneumoniae H. influenzae Aureus * K. Pneumoniae #

Fuente: CENIDS, S. S. A. México.



DIAGNOSTICO

¿Son los datos clínicos la piedra angular para el diagnóstico oportuno y certero de las IRA?

Debido a la elevada frecuencia de las IRA y al número de episodios mal diagnosticados y tratados es necesario unificar los criterios que faciliten su manejo.

Cuadro No. 3

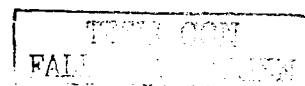
CLASIFICACION, SIGNOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA DE LA IRAS EN MEXICO

Las IRA se clasifican en:

* Clasificación	Signos y Síntomas
IRA sin neumonía	Tos, rinorrea, exudado purulento en faringe, fiebre, Otagia, otorrea, disfonía y odinofagia.
IRA con neumonía leve	Se agrega: taquipnea (menores de 2 meses más de 60x', de 2 a 11 meses más de 50x' y de 1 a 4 años más de 40 x').
IRA con neumonía grave	Se agrega: Aumento de la dificultad respiratoria, tiraje, cianosis y en los menores de 2 meses hipotermia.

Fuente: CENIDS. S.S.A. MEXICO.

NOTA IMPORTANTE: Con estos datos, buscar intencionadamente un síndrome pleuropulmonar.



Los errores más frecuentes en el diagnóstico de las IRA relacionados con:

- Inadvertencia de signos tempranos de neumonía o complicaciones que ameriten la referencia a otro nivel de atención.
- Solicitud excesiva o inadecuada de exámenes de laboratorio.
- Clasificación equivocada.

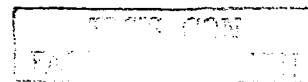
Factores de Mal Pronóstico.

- Niño menor de dos meses
- Presencia de alguna inmunodeficiencia
- Muerte de un menor de 5 años en la familia
- Madre analfabeta o menor de 17 años.
- Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño.
- Menor de un año con antecedentes de bajo peso al nacer.
- Desnutrición moderada o grave. (16).

PROGRAMAS PREVENTIVOS.

Existen programas de control de las Enfermedades Respiratorias Agudas, cuyos objetivos son:

- Reducir la mortalidad por neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias inferiores.



- Reducir la prevalencia de complicaciones de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (fundamentalmente sordera o hipoacusia), consecuencia de la falta de tratamiento o del tratamiento inadecuado de algunas L.R.A. (otitis media y faringitis estreptocócica respectivamente).
- Reducir el uso excesivo e inadecuado de antibióticos en el tratamiento de casos de L.R.A., no neumonía.
- Disminuir la gravedad de los episodios de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, producto de la elevada prevalencia de los factores de riesgo (desnutrición, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, falta de inmunización contra el sarampión, la difteria y la tos ferina). (11)

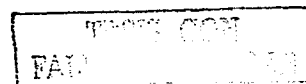
Las patologías diagnosticadas como grave con atención de hospitalización, para su tratamiento adecuado. (12, 24)

La Neumonía es tratada con antibiótico pero ambulatoriamente, enseñando a la madre los signos de alarma que puede presentar el niño, para la pronta consulta médica.

La No Neumonía; es tos o resfrió, se aconseja a las madres sobre el cuidado que recibirá el niño en el hogar, además de los signos de alarma que deberá tener presente.

COMO SE PREVIENE:

- Ventilando diariamente la vivienda.
- Alimentando al niño adecuadamente, de acuerdo a su edad.



- Colocándole todas las vacunas.
- Aбриándolo adecuadamente a la temperatura del momento.
- No dándole medicamentos sin consultar al médico.
- Vigilando estufas y braseros.

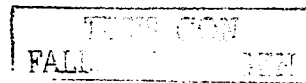
TRATAMIENTO.

Para la atención de IRA, se cuenta con tres planes generales de tratamiento:
(13).

PLAN A

Tratamiento para niños con IRA sin neumonía.

- Incrementar ingesta de líquidos.
- Mantener la alimentación habitual.
- No suspender la lactancia al seno materno.
- Si hay otorrea: limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas.
- Control del dolor y el malestar general, con: acetaminofen 60 mg/kg/día por vía oral, divididos en cuatro a seis tomas. No usar ácido-acetil-salicílico o vasoconstrictores nasales.
- Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° C.
- No aplicar supositorios para la fiebre, en menores de un año.
- No utilizar antitusivos o antihistamínicos.
- Si existen factores de mal pronóstico, revalorar en 48 horas.



- Instruir a la madre en el reconocimiento de los signos de alarma.
- Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes.
- Evaluar el estado nutricional, registrar peso y talla, Cartilla Nacional de Vacunación.
- Antibióticos: pacientes con rinofaringitis, faringitis congestiva, laringitis y bronquitis no prescribir antibióticos ya que son de origen viral.
- Pacientes con faringitis purulenta: administrar penicilina benzatínica combinada, para mayores de 30 kilos, administrar 1.200.000 UI, y en menores de 30 kg, 600.000 UIIM, en dosis única.
- Otitis media aguda y sinusitis: administrar trimetoprim con sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día V. O. en 2 dosis (cada doce horas por siete días o amoxicilina 40 mg/kg/día V. O. en 3 dosis (cada 8 horas) por 10 a 14 días. Revalorar en 24 horas, o antes si se agrava.

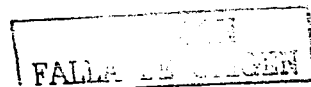
Recuerde que el agua es el mejor fluidificante.

El tratamiento de infecciones respiratorias agudas superiores con antibióticos, no previene la neumonía en los niños.

PLAN B

Tratamiento de neumonía leve, sin factores de mal pronóstico.

- Tratamiento ambulatorio (no hospitalizar)



- Antibiótico: trimetopim con sulfametoxazol 8:40 mg/kg/día, dividido en dos tomas, cada 12 horas, 7 días V. O. o bencil penicilina procainica 400.000 UI, cada 24 horas, por 7 días, I.M.
- Incrementar ingesta de líquidos.
- Alimentación habitual, en pequeñas fracciones, más veces al día.
- Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° C. Se administrará acetaminofén 60 mg/kg día V. O. dividido cada 6 horas sin pasar de 5 dosis al día cuando la temperatura es mayor de 38° C.
- En caso de sibilancias: salbutamol jarabe 0,2 - 0,3 mg/kg día en tres tomas, V. O. En el menor de un año valorar la respuesta en una o dos horas. Si es positiva, continuar con salbutamol; si es negativa, suspender. En mayores de un año continuar.
- Educación a la madre para que sea capaz de reconocer signos de alarma. Si identifica alguno de los signos indicarle que acuda de inmediato a la unidad de salud.
- Revalorar en 24 horas, o antes si se agrava.

El uso indiscriminado e indebido de antibióticos, favorece resistencia bacteriana y mayor gasto económico.

PLAN C

Tratamiento de neumonía grave o leve, con factores de mal pronóstico.

- Envío inmediato al hospital más cercano, donde se instalará el tratamiento adecuado.
- Traslado con oxígeno si es necesario (4 a 6 litros por minuto).

CUADRO No. 4

Signos de Alarma:

Hipotermia en menores de 2 meses	Quejido respiratorio
Dificultad respiratoria	Rechazo a los líquidos y alimentos
Respiración acelerada (taquipnea)	Hundimiento de espacios intercostales (tiro)
Somnolencia o insomnio	Cianosis peribucal y distal
Fiebre (más de tres días)	Desnutrición grave

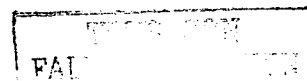
Fuente: CENIDSS, S.S.A. México.

Ante la presencia de un signo de alarma, el niño debe ser trasladado al hospital más cercano.

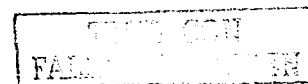
Los rayos X apoyan al diagnóstico, siempre que se cuente con el recurso.

Actividades a promover por parte del personal de la salud en la comunidad para la prevención de las IRA:

- Promover la lactancia materna durante los primeros 4 a 6 meses y complementaria, después de esta edad.
- Vigilar y corregir el estado nutricional.
- Cumplir con el "Esquema Nacional de Vacunación de acuerdo a su edad.
- No fumar cerca de los niños.
- No quemar leña o usar braseros en habitaciones cerradas.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- En época de frío, mantenerse abrigados.
- Comer frutas y verduras que contengan vitaminas "A" y "C".

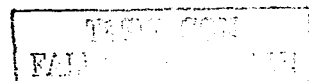


- Tomar abundantes líquidos.
- Evitar el hacinamiento.
- Ventilar las habitaciones.
- Fomentar la atención médica del niño sano.



PLANTEAMIENTO
DEL
PROBLEMA

15-1



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

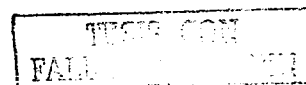
Las infecciones respiratorias agudas son uno de los principales problemas de salud de los niños menores de 5 años en la mayoría de los países en desarrollo, ya que constituyen una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Mientras que en los escolares es motivo de ausentismo escolar; en el grupo de la población económicamente activa es motivo de ausentismo laboral.

Es una importante causa de enfermedad en los niños; ya que anualmente, un niño tiene entre 4 y 8 episodios de I.R.A.

Por su forma de contagio más frecuente, que es la transmisión aérea de los microorganismos, de una persona infectada a otra sana, es importante considerar las condiciones de la vivienda, el hacinamiento como un factor importante en el control de las infecciones respiratorias agudas.

Dentro de las complicaciones más importantes están: constipación nasal, dolor o secreción por oídos, dolor o enrojecimiento de garganta con o sin placas purulentas, fiebre, tos, ronquera, dificultad para respirar y cefalea.

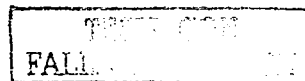
La tasa de morbilidad en Zacatecas se considera actualmente de 36.718 por cada 100.000 derechohabientes; y que ésta es la principal causa de demanda de consulta externa en el Hospital General del ISSSTE Zacatecas (1.547 casos durante el 1er. Trimestre de 1995).



1. Pacientes con infecciones respiratorias simples. (que enfermaron de 1 ó 2 veces en el último año).
2. Con infecciones en vías respiratorias recurrentes. (cuando un paciente presenta 3 ó más cuadros de infecciones respiratorias en el último año).
3. Con infecciones crónicas persistentes, cuando a pesar del tratamiento médico persistió la infección respiratoria en todos los grupos de edad, por lo que se espera determinar y comprobar, cuáles son los factores que tienen mayor influencia en las rino-faringitis, y en consecuencia poder mejorar o disminuir su presentación en la unidad así como en la población sujeta al área de influencia.

Se observa que la frecuencia de IRAS es alta en este lugar, donde se estudiará la frecuencia de los principales signos y síntomas de las infecciones respiratorias agudas en los derechohabientes de la U.M.F. ISSSTE de la Colonia González Ortega, Sombrecete, Zac.

Sabemos que el medio ambiente participa en forma importante en la afección de las IRAS principalmente en el primer trimestre del año, ya que se encuentran en una región con una altura de 2,351 metros sobre el nivel del mar, y que se encuentran con las cercanías de la Sierra Madre Occidental, donde se han llegado a registrar temperaturas de 14 grados centígrados bajo cero y donde esto nos predispone a ser una población con mayor riesgo.



En relación a la alimentación, nuestra población carece de cultura higiénica dietética, dando como consecuencia, pobre en proteínas abundante en carbohidratos, consecuentemente dando una deficiencia nutricional.

El vestido, obviamente por las condiciones económicas de la población, carecen del abrigo adecuado, dando mayor riesgo a padecer las I. R. A. S.

La pobre educación en la prevención de las I. R. A. S., nos conlleva a que esta población presente más riesgo a padecer dichas patologías.

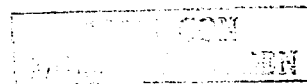
Se sabe que tenemos un primer pico en otoño y un segundo en los meses de marzo, abril y mayo.

Se debe de considerar que la etiología de las IRAS, en ocasiones presentan algunas formas inhabituales como algunos protozoos, micobacterias y hongos, en donde sabemos que si instalamos un tratamiento adecuado, podremos reducir la morbimortalidad (17).

Las características de las viviendas que habitan los derechohabientes son: de tipo rural, techos de lámina, mal ventilados, escasez de agua, potabilización inadecuada de la misma y debido a esto y a los recursos económicos bajos, se propicia también el hacinamiento en las casas habitación.

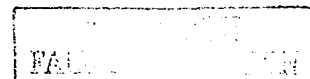
Una vez formulado lo anterior, puede llegar a plantearse la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de los principales signos y síntomas de las infecciones respiratorias agudas en la población derechohabiente al ISSSTE en la Colonia González Ortega, Sombrerete Zacatecas?



JUSTIFICACION

18-1



JUSTIFICACION

Las IRA constituyen un importante problema de salud pública.

El comportamiento de la mortalidad por IRA* en menores de 5 años, por grupo de edad, se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 5

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN
MEXICO DE 1990 A 1997.

Año	< 1 año		1 - 4 años	
	Defunciones	Tasa (1)	Defunciones	Tasa (2)
1990	10122	370.00	2785	32.70
1991	8594	311.80	1651	19.40
1992	8127	290.50	1470	17.20
1993	6996	246.40	1614	18.90
1994	7687	264.70	1660	18.80
1995	6955	252.90	1694	19.80
1996	6647	245.50	1498	16.90
1997	6218	231.20	1259	14.20

* Incluye neumonía e influenza

1 Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados (NVR)

2 Tasa por 100,000 habitantes del grupo de edad.

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática, S.S.A.



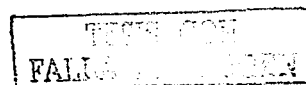
En México en el año de 1997, la neumonía ocupó el 3er lugar como causa de muerte en la población infantil con 2,375 defunciones (tasa de 199.2 por 100,000 NVR) y en los preescolares la tasa fue 12.50 por 100,000. (18)

La neumonía es la principal complicación de las IRA, responsable de un número significativo de muertes.

Es difícil prevenir el contagio de las IRA, sobre todo en grandes ciudades donde se comparten muchos espacios: bares, transporte público, oficinas, etc. Con la tos, el estornudo o simplemente al hablar, escapan del organismo minúsculas gotitas que portan el virus y que quedan suspendidas en el ambiente. (19)

Con la aplicación de esta investigación puede lograrse disminuir el uso y abuso de medicamentos dado que el origen de las rinofaringitis en la mayoría de los casos es de tipo viral por lo que se piensa que dando una orientación adecuada así como una educación en la prevención de este tipo de patologías a base de cuidados, como el evitar los cambios bruscos de temperatura, ingerir abundantes líquidos así como cítricos y en caso necesario poder guardar reposo o tener que acudir con el médico para la valoración de uso de medicamentos, evitándose así la automedicación, logrando también efectos benéficos muy específicos (20) y poder así disminuir las repercusiones económicas de las familias

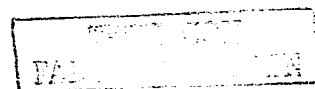
Por consiguiente teniendo un adecuado manejo de las rinofaringitis, evitaremos que los padres o familiares de los pacientes, tengan que hacer compras innecesarias de medicamentos por tener desconocimiento de la evolución de la



enfermedad, por lo que el médico deberá de dar una explicación adecuada del manejo del paciente que presente una infección de vías respiratorias.

Las aportaciones de las medidas de control y el conocimiento de cómo evitarlas nos daran mejores resultados para su manejo y tratamiento adecuado y por consecuencia se mejorará el estado de salud de la población

Es factible intervenir sobre diversos aspectos relacionados con las IRA. En los programas establecidos para su prevención y control existen lineamientos que de seguirse estrictamente habrían de proporcionar resultados de impacto en la morbilidad ocasionada por estos padecimientos.



OBJETIVOS

21-1



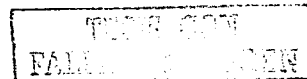
OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia de los principales signos y síntomas de las infecciones respiratorias agudas en la población derechohabiente al ISSSTE de la Colonia González Ortega del Municipio de Sombrerete, Zac.

OBJETIVO ESPECIFICO

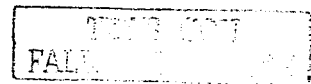
Creemos importante determinar que factores como la edad, sexo, así como el medio ambiente, impactan en forma importante la presentación de IRAS en esta unidad, y que por consiguiente nos dan repercusiones en la salud

Establecer, jerárquicamente, el nivel de presentación de signos y síntomas, como son: obstrucción o secreción nasal, dolor o secreción para oído, dolor o enrojecimiento de garganta, fiebre, tos, ronquera, dificultad respiratoria, cefalea representada por porcentaje.



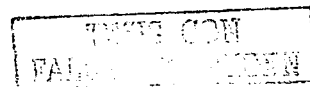
HIPOTESIS

22-2



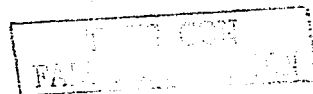
HIPOTESIS

Por ser un trabajo de investigación de tipo descriptivo no es necesario la elaboración de hipótesis.



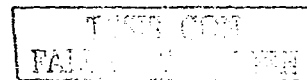
METODOLOGIA

23-A



CRITERIOS
DE
SELECCION

23-2



METODOLOGIA

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Tipo de Estudio: Descriptivo, Prospectivo, Transversal y Observacional.

Población de Estudio: Derechohabientes del ISSSTE en la Colonia González Ortega del Municipio de Sombrerete, Zac.

Duración: Inició el primer semestre de 1996 (de febrero a julio).

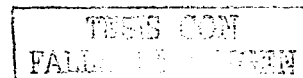
Unidad de investigación y observación: Derechohabientes del ISSSTE en la Colonia González Ortega, del municipio de Sombrerete Zac.

Variables: Son de tipo cualitativo, infección respiratoria aguda y prevalencia de sintomatología.

Criterios de selección: Paciente derechohabiente del ISSSTE que acuda a consulta médica por infección respiratoria aguda.

Criterios de inclusión: Paciente derechohabiente del ISSSTE de la colonia González Ortega, cualquier sexo, cualquier edad, con infección respiratoria aguda

Criterios de exclusión: Paciente no derechohabiente, que acuda a consulta por cualquier otra enfermedad.



Criterios de eliminación: Paciente derechohabiente que acuda a consulta médica con cuadro patológico agregado a infección respiratoria aguda.

Procedimiento: Se identificarán los pacientes con cuadro de rinofaringitis que se presentarán a consulta médica.

Se clasificarán las enfermedades de rinofaringitis agudas en la población derechohabiente.

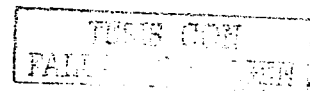
Se realizará la aplicación de cédulas de recolección de datos relacionados con los casos.

Universo: Se considerará el total de la población adscrita al consultorio periférico del ISSSTE de la colonia González Ortega, Sombretete Zac., con un total de 246 derechohabientes.

Muestra: Se considerará como muestra al 15% del total de la población derechohabiente, siendo un total de 32 personas a encuestar. Para la selección de los sujetos en estudio se realizará de acuerdo a la demanda de atención médica por infección respiratoria aguda, en el período de investigación.

Procedimiento para la captación de información: Se diseñó una hoja de recolección de datos que se captarán durante la encuesta a los derechohabientes seleccionados por la presencia de infección respiratoria aguda.

Posteriormente se vaciará la información en un concentrado que permitirá el análisis y cruzamiento de las variables consideradas para este estudio.



La cédula de captación de datos incluye información sobre: año, mes, día, No. progresivo de consulta, nombre, edad, sexo, presencia de obstrucción nasal, dolor o secreción por oídos, dolor o enrojecimiento de garganta e s. placas purulentas, fiebre tos, ronquera, dificultad para respirar y cefalea (ver anexo No. 1).

Este formato permitirá la recolección de datos individuales y nominales para poder hacer la identificación y seguimiento de los pacientes de acuerdo a su evolución.



RESULTADOS

26.2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

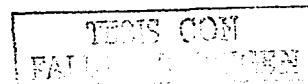
La investigación se aplicó en los derechohabientes de la unidad médica familiar ISSSTE, de la colonia Gonzalez Ortega, Sombrierete, Zac., durante el periodo de febrero a julio de 1996, siendo un total de 93 personas encuestadas, representando un 26.87% del total del universo, rebasando en 11.87 puntos porcentuales lo estimado en la muestra, que fue de 82 personas encuestadas, representando el 15% del total del universo.

En relación a la edad la distribución fue la siguiente: con un 28% el grupo de 1-4 años, seguido por el grupo de 25-34 con un 22%, con un 24% el grupo de 35-44, en el grupo de 45 y más 15-74 y menores de un año con 12%, 6%, 4% y 1% respectivamente (cuadro y gráfica No. 1).

Para la variable sexo la distribución fue la siguiente: sexo masculino 40 entrevistados, representando un 42% y el sexo femenino con 53 personas encuestadas, representando un 57% (cuadro y gráfica No. 2).

Relacionado con la obstrucción o presencia de secreción nasal, los resultados fueron: un 100% manifiesto este sintoma (cuadro y gráfica No. 3).

La variable dolor de oído o presencia de secreción purulenta por conducto auditivo externo, los resultados son los siguientes: 11 encuestados manifestaron presencia de dolor o secreción, representando un 12%, mientras que 82 personas respondieron en forma negativa, representado por un 88% (cuadro y gráfica No. 4).



Para la presencia de dolor faríngeo, con hiperemia de la mucosa y presencia o no de placas purulentas, los resultados son los siguientes: el total de personas encuestadas, que representa un 100%, se le encontró, a la exploración física, presencia de esta variable (cuadro y gráfica No. 5).

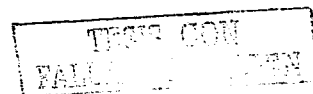
En relación a la fiebre, valorada con termómetro, el 95% presentó este signo, es decir 88 personas encuestadas, mientras que sólo el 5% no presentó fiebre (cuadro y gráfica No. 6).

Para la variable tos los resultados son los siguientes: 48 de los entrevistados, que representa el 48% presentó tos, mientras que el 52% no refirió este signo, significando 48 de los entrevistados (cuadro y gráfica No. 7).

En relación a ronquera sólo 1 de los entrevistados presentó esta manifestación, siendo el 1%, mientras que el 99% restante no lo presentó (cuadro y gráfica No. 8).

La dificultad respiratoria no se manifestó en ninguno de los encuestados, representando así el 100% (cuadro y gráfica No. 9).

Finalmente, el síntoma cefalea, se presentó en 58 entrevistados, significando el 62%, mientras que el 38% restante negó la presencia de éste síntoma (cuadro y gráfica No. 10).

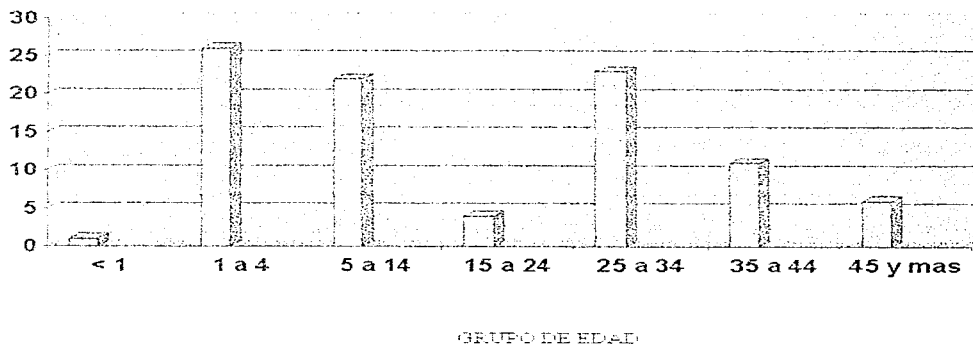


CUADRO No. 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
 POR GRUPOS DE EDAD, U.M.F. ISSSTE
 COL. GONZALEZ ORTEGA,
 FEBRERO - JULIO 1996.

GRUPO DE EDAD	NUMERO	%
< 1	1	1
1 - 4	26	28
5 - 14	22	24
15 - 24	4	4
25 - 34	23	25
35 - 44	11	12
45 Y MAS	6	6
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE
 GRAFICA No. 1



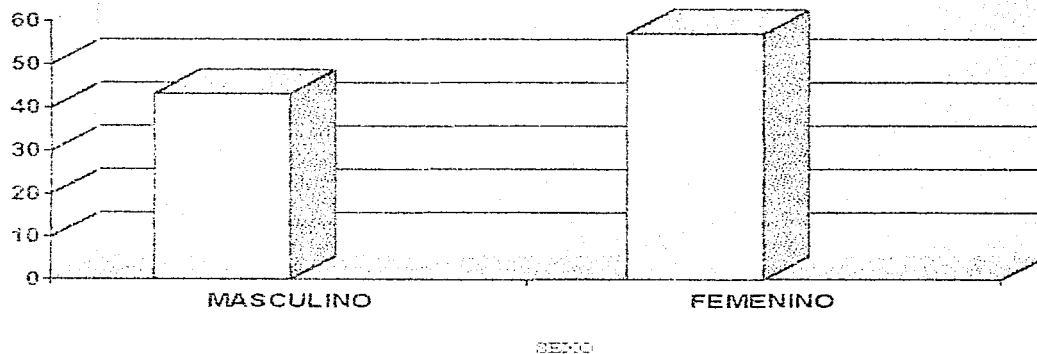
CUADRO No. 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
POR SEXO. U.M.F. ISSSTE
COL. GONZALEZ ORTEGA,
FEBRERO - JULIO 1996.

SEXO	NUMERO	%
MASCULINO	40	43
FEMENINO	53	57
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

GRAFICA No. 2



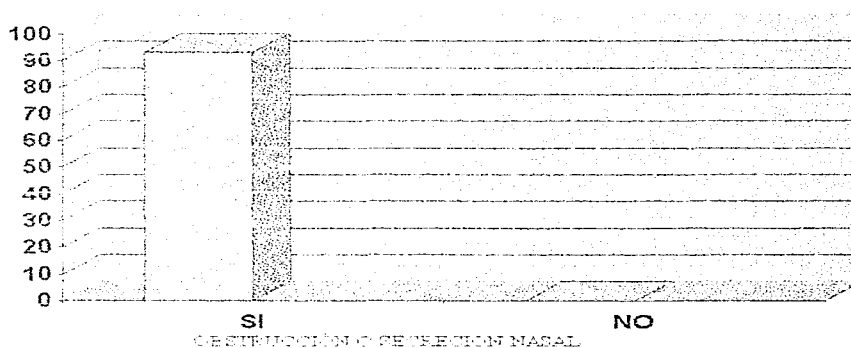
CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
 QUE MANIFESTARON OBSTRUCCIÓN O SECRECIÓN NASAL.
 U.M.F. ISSSTE
 COL. GONZALEZ ORTEGA.
 FEBRERO - JULIO 1996.

OBSTRUCCION O SECRESION NASAL	NUMERO	%
SI	93	100
NO	-	-
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

GRAFICA No. 3



TRABAJO CON
 FARMACIA

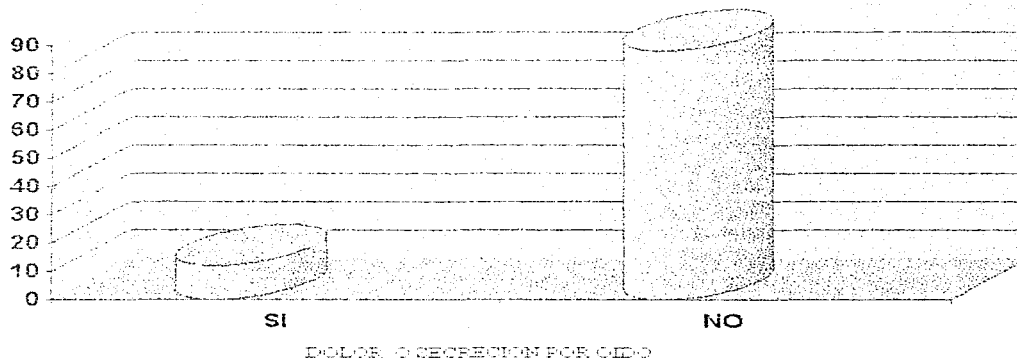
CUADRO No. 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
 CON DOLOR O SECRECIÓN POR OÍDOS. U.M.F. ISSSTE
 COL. GONZALEZ ORTEGA.
 FEBRERO - JULIO 1996.

DOLOR O SECRECIÓN POR OÍDO	NUMERO	%
SI	11	12
NO	82	88
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

GRAFICA No. 4



CUADRO No. 5

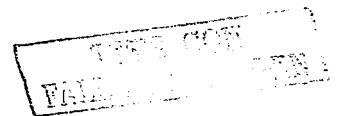
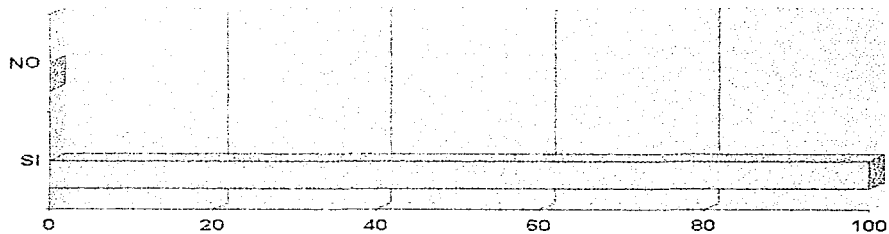
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
 CON DOLOR O ENROJECIMIENTO DE GARGANTA,
 CON O SIN PLACAS PURULENTAS, U.M.F. ISSSTE
 COL. GONZALEZ ORTEGA,
 FEBRERO - JULIO 1996.

DOLOR O ENROJECIMIENTO DE GARGANTA	NUMERO	%
SI	93	100
NO	-	-
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

DOLOR DE GARGANTA CON O SIN PLACAS
 PURULENTAS

GRAFICA NO. 5.



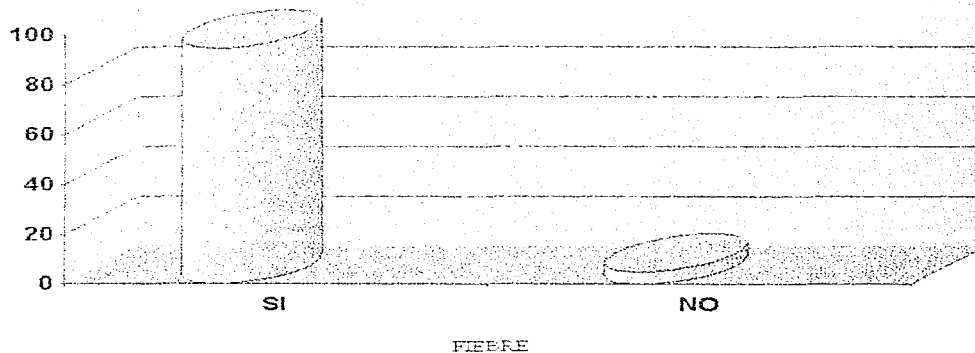
CUADRO No. 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
CON FIEBRE. U. M. F. ISSSTE
COL. GONZALEZ ORTEGA.
FEBRERO - JULIO 1996.

FIEBRE	NUMERO	%
SI	11	12
NO	82	88
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

GRAFICA No. 6

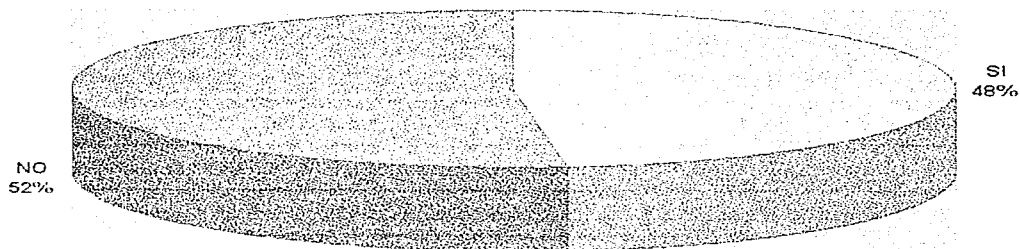


CUADRO No. 7
 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
 CON PRESENCIA DE TOS. U.M.F. ISSSTE
 COL. GONZALEZ ORTEGA,
 FEBRERO - JULIO 1996.

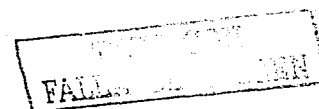
TOS	NUMERO	%
SI	45	48
NO	48	52
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

GRAFICA No. 7



PRESENCIA DE TOS



CUADRO No. 8

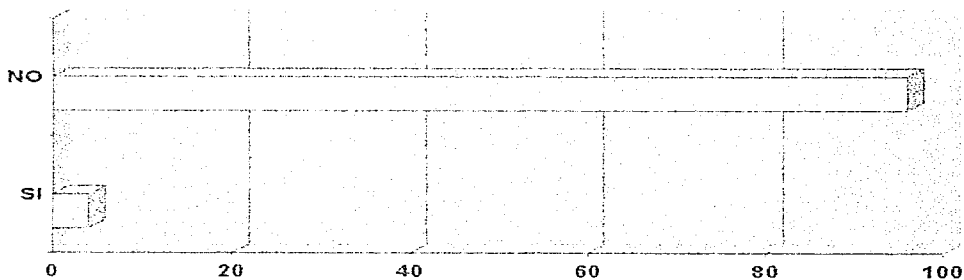
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
CON RONQUERA, C.M.F. ISSSTE
COL. GONZALEZ ORTEGA,
FEBRERO - JULIO 1996.

RONQUERA	NÚMERO	%
SI	4	4
NO	89	96
TOTAL	93	100

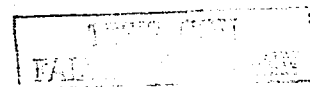
FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHAHABIENTE

RONQUERA

GRAFICA No. 8



%



CUADRO No. 9

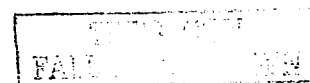
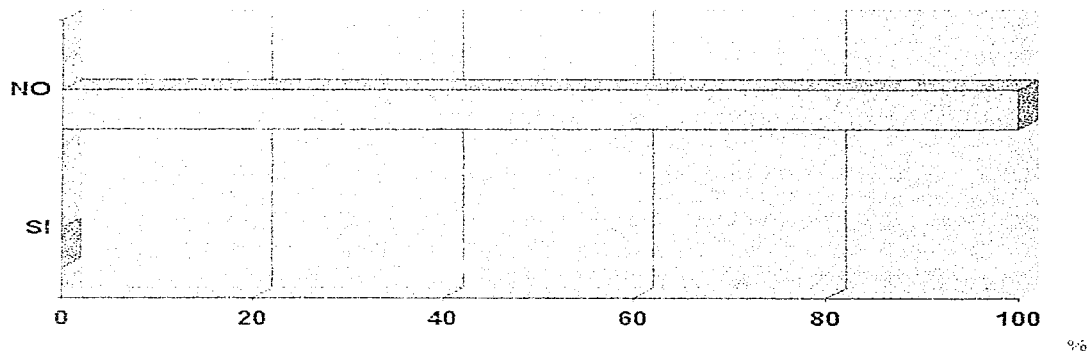
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
 CON DIFICULTAD RESPIRATORIA. U.M.F. ISSSTE
 COL. GONZALEZ ORTEGA,
 FEBRERO - JULIO 1996.

DIFICULTAD RESPIRATORIA	NUMERO	%
SI	-	-
NO	93	100
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

DIFICULTAD RESPIRATORIA

GRAFICA No. 9



CUADRO No. 10

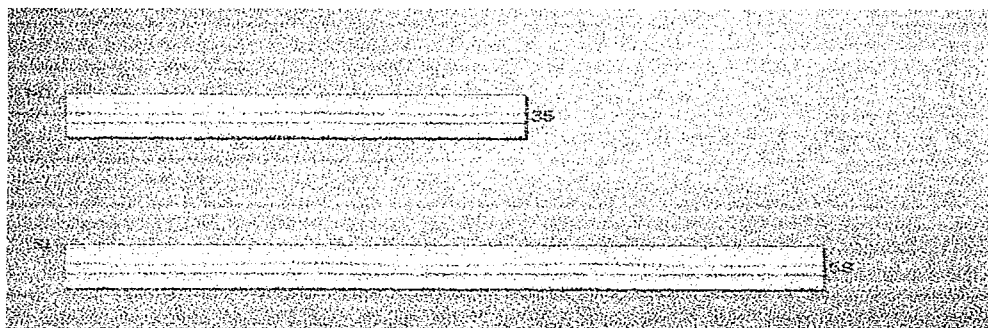
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS
CON CEFALEA. U.M.F. ISSSTE
COL. GONZALEZ ORTEGA.
FEBRERO - JULIO 1996.

CEFALEA	NUMERO	%
SI	58	62
NO	35	38
TOTAL	93	100

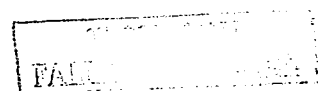
FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN POBLACIÓN DERECHOLABIENTE

CEFALEA

GRAFICA No. 10



250



DISCUSION DE LOS
RESULTADOS
ENCONTRADOS

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Con los resultados obtenidos es evidente que el grupo de edad más afectados es el menor de 5 años, con un total de un 29%, lo cual demuestra que es el grupo con mayor morbilidad, como lo manifestamos en el cuadro y la gráfica No. 1.

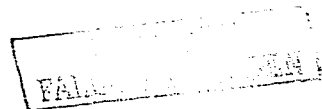
Se demostró que el sexo masculino presentó el 43% en relación a tener mayor sintomatología de las vías respiratorias altas, dando así que el sexo masculino presenta mayor morbilidad, según lo demuestra el cuadro y gráfica No. 2.

Otra prevalencia que se demuestra es la obstrucción nasal en un 100% de los casos de todo el universo de estudio, igualmente que la secreción nasal, según se aprecia en el cuadro y gráfica No. 3.

Se pudo determinar en el universo de estudio, que el dolor o secreción por oídos se presentó en un 12% de los casos, como lo demostramos en el cuadro y gráfica No. 4.

Otros de los signos y síntomas que pudimos valorar con toda exactitud fue del dolor o enrojecimiento de garganta, que fue en un total de un 100%, siendo valorado, por medio de la observación directa, como se observa en el cuadro y gráfica No. 5.

Es importante la observación que la fiebre fue valorada en un 95% de los casos, las cuales el 5% no registraron elevación termométrica como lo valoramos y se representa en la gráfica y cuadro No. 6.



Otro síntoma que se pudo determinar con toda precisión fue la tos de tipo irritativa, siendo en un porcentaje acumulado de un 48%, mientras tanto el 52% no presentó dicho síntoma, como se puede apreciar en la gráfica y cuadro No. 7.

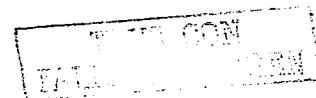
También al valorar la rinitis o disfonía, se determinó que fue en un 4% de los sujetos en estudio los que presentaron dicho síntoma, en tanto el 96% de la población en estudio no se manifestó, y esto lo podemos representar en el cuadro y gráfica No. 8.

Cabe señalar, que valoramos y observamos que en 100% de los casos no se presentó dificultad respiratoria en nuestro universo de estudio, como lo representamos en el cuadro y gráfica No. 9.

Otro síntoma en estudio, fue la cefalea o dolor de cabeza, donde nuestra población la manifestó en un 62% de los casos y el 38% no manifestó el síntoma de cefalea, según lo podemos presentar en el cuadro y gráfica No. 10.

Los hallazgos de esta investigación son congruentes con los obtenidos en otros estudios, tales como los realizados por Kressel y Burg (3 y 4). Es el contacto directo con enfermos lo que condujo a la diseminación de este tipo de padecimientos.

Por lo antes mencionado en el análisis de datos se puede comprobar que además de las variables como ocupación, sexo, edad, hacinamiento, grupo de edad y su relación con las complicaciones de las rinitofaringitis en el grupo en estudio.



participan también el clima, el grado cultural de cada familia así como el nivel económico bajo que determina calidad de la vivienda, vestido, nutrición, etc. además de saber la importancia que juega el médico en la participación activa para la prevención, asistencia médica adecuada, la comunicación y adiestramiento, a los enfermos y familiares sobre la protección adecuada, ingesta de mayor cantidad de líquidos y mayor ingesta de carbohidratos, además de hacerles mención a la no automedicación. Se puede disminuir las infecciones de las vías respiratorias superiores. En el estudio en cuestión se pudo observar que en el último bimestre estudiado se disminuyó la frecuencia, así como las complicaciones bacterianas de las vías respiratorias superiores.

Este trabajo es trascendente para conocer en un entorno específico, como lo es la Colonia González Ortega, cómo se da el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas y cuales son sus determinantes para su aparición y repercusiones.

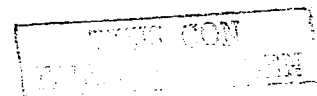
La práctica de la medicina familiar puede nutrirse de estos conocimientos para incidir de una manera más definitiva en la transformación de los conocimientos y las prácticas populares acerca de estos padecimientos.

La influencia que los médicos familiares tienen sobre sus pacientes y población derechohabiente en general debe enfocarse hacia aspectos de prevención de estas enfermedades, a través de la educación para la salud, la cual deberá de intensificarse con especial énfasis en los centros escolares y estudiantiles que son los más afectados, de acuerdo con esta y otras experiencias de investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

41-1

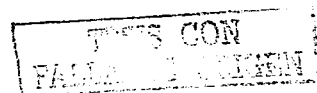


CONCLUSIONES

Cabe mencionar que podemos determinar que obtuvimos beneficios en forma personal así como para la institución en el aspecto que se disminuyó el número de casos, con menor uso de medicamentos, con menor número de complicaciones, se educó a enfermos y familiares sobre la no automedicación, además con un menor uso de los recursos de la institución.

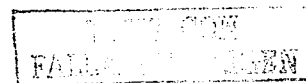
Con una disminución en el ausentismo escolar, y en forma importante menor gasto familiar.

Definimos que la forma de cómo contrarrestar los factores que influyen en la aparición de las infecciones de las vías respiratorias, que es por medio de una explicación adecuada sobre las etapas que se pueden presentar en la enfermedad, cómo prevenirlas y cómo tratarlas en forma adecuada. Además de indicar la mayor ingesta de líquidos y evitar el acudir a lugares con hacinamiento y lugares con personas enfermas, y así mismo evitar las complicaciones de dichas enfermedades.



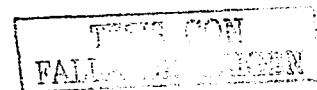
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

42-1

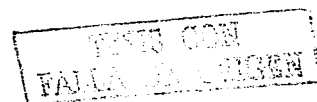


BIBLIOGRAFIA

1. GOMEZ B. D. MICROBIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS Y SU IMPACTO EN LA MORBILIDAD INFANTIL. INFECTOLOGÍA. EDICIÓN ESPECIAL 1993. P. 63.
2. GEMELSON J. S. PNEUMONIAE.
3. KRESSEL B. A. INFECCIONES NEUMOCÓCICAS. ETIOLOGÍA CAMBIANTE Y SURGIMIENTO DE RESISTENCIA FARMACOLÓGICA. PRACTICA PEDIATRICA VOL 3 NO. 11, ISSN, P. 43.
4. BURG D. F. EL NIÑO CON RINITIS. PRACTICA PEDIATRICA. SEPTIEMBRE 1994; VOL 3 No. 9, ISSN. P. 49.
5. GARRITY K. REVISIÓN DE NEUMONÍA EN LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS. PRACTICA PEDIATRICA JULIO 1994, VOL. 3 No. 7 ISSN.
6. ARGUEDAS A. TRATAMIENTO CORTO EN OTITIS MEDIA AGUDA. INFECTOLOGÍA ENERO 1994. AÑO 14, No. 1, P. 54.
7. RUBIO M. H. CONTRIBUCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN INVESTIGACIÓN NEUMOLÓGICA. GACETA MEDICA DE MEXICO.



8. BLANCO DE LA M. H. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. 329. (24) . 1809.
9. GENMED@CENTROSAALUD.COM
10. HERNANDEZ V. M. Y. MICROBIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS Y ANEXOS. EDUCONTYA VOL. N6. 3. P. 14.
11. GENMED@CENTROSAALUD.COM
12. GENMED@CENTROSAALUD.COM
13. GENMED@CENTROSAALUD.COM
14. GENMED@CENTROSAALUD.COM
15. PULSOMED.COM.MX
16. GENMED@CENTROSAALUD.COM
17. REYES H. Y COL. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. INFECTOLOGÍA VOL. 128. N6. 5. P. 589. ISSN. 00163813.3.
18. GENMED@CENTROSAALUD.COM
19. WWW.MEDICOSALUD.COM



20. TELLEZ R. M. M. Y COLS. LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL Y LAS INFECCIONES RESPIRATORIA DE LOS NIÑOS. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. NOVIEMBRE 1997. VOL. 2 No. 7, P. 15.
21. CENTRO DE CAPACTEACION REGIONAL ZACATECAS. SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS.
22. DE HOYOS P. R. RINOFARINGITIS VIRAL AGUDA Y COMPLICACIONES (SINUSITIS Y OTITIS) EDUCONTYA. VOL. No. 3.
23. WWW.FALSADEF.COM.MX
24. REYES H. Y COL. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. INFECTOLOGÍA VOL. 128, No. 5, P. 589, ISSN. 00163813.5.
25. JOHN W. TRATAMIENTO INTEGRAL. ATENCIÓN MEDICA SEPTIEMBRE 1997. P. 13.

TESIS CON
FALLA DE JUREN

ANEXOS

TRIPS CON
VALS DE INGEN

CUADRO DE REGISTRO DE DATOS

45.2

20 FEBRERO 25 MARZO 1966

NO.	NOMBRE	EDAD	SEXO	SERVICIOS USADOS							
				CONSTRUCCION O SERVICIO HABITACIONAL	TRABAJO O SERVICIO DE OBRAS	TRABAJO O SERVICIO DE PLANTAS ELECTRICAS	TRABAJO O SERVICIO DE PLANTAS DE AGUA	TRABAJO O SERVICIO DE PLANTAS DE GAS	TRABAJO O SERVICIO DE PLANTAS DE CALOR	TRABAJO O SERVICIO DE PLANTAS DE ENERGIAS	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											

Figure 44