



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 6 DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL
SEGURO SOCIAL EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA**

**SEGUIMIENTO DE LAS GUÍAS DIAGNOSTICAS EN PACIENTES
PEDIATRICOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. DANIEL SOLÍS LEAÑOS

CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: DR. SOLÍS LEAÑAS DANIEL

FECHA: 30- MAY- 2008

FIRMA:  DR.



**SEGUIMIENTO DE LAS GUÍAS DIAGNÓSTICAS EN EL PACIENTE
PEDIATRICO CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 67 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA**

PRESENTA:

DR. DANIEL SOLIS LEAÑOS

AUTORIZACIONES:

[Firma]
DR: GUILLERMO PEDRO MORALES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 6 DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA

[Firma]
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
LIC. GRACIELA GAMBOA

[Firma]
DRA. ETHEL E. SCHAVEZ SAR
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

[Firma]
DR: ARMANDO CAMPOS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA

2005



**SEGUIMIENTO DE LAS GUÍAS DIAGNÓSTICAS EN EL PACIENTE
PEDIÁTRICO CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 67 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA**

PRESENTA:

DR. DANIEL SOLIS LEAÑOS

AUTORIZACIONES:

**DR MIGUEL ANGEL 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 ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

DEDICATORIA:

Con todo mi cariño para:

Mi Familia

Mis compañeros y amigos

Mis maestros

AGRADECIMIENTOS

Con todo mi agradecimiento a mis compañeros Médicos que fungieron como mis tutores en este camino de estudio. Manifestándoles mi más profundo respeto y afecto, sin los cuales no hubiera podido complementar mis conocimientos en mi carrera como Médico.

A mis compañeros de trabajo que siempre me apoyaron.

Al Dr. Pedro Guillermo Morales que sin su ayuda hubiera sido todo más difícil.

Al Dr. Armando Campos por su apoyo incondicional.

A la Licenciada en Enfermería Graciela Gamboa quien fue para mí de una gran ayuda en la preparación de éste trabajo de investigación.

A la Dra. Ethel Schabez por su apoyo y orientación en mi preparación como Médico y en la preparación de mi trabajo de investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por su aval Académico.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social de el cual formo parte como trabajador activo y de quien me siento orgullosamente parte de él.

A todos los que de alguna manera formaron parte de mi preparación para obtener mi Diploma como Médico Familiar

Índice General

1. Introducción	1
2. Marco teórico	5
3. Planteamiento del problema	20
4. Justificación	21
5. Objetivos	21
General	21
Específicos	22
Metodología	22
Tipo de estudio	22
Población, lugar y tiempo de estudio	23
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	23
6. Variables	23
7. Criterios de inclusión y de no inclusión	24
8. Método para captar la información	25
9. Material, pacientes y métodos	25
10. Consideraciones éticas	26
11. Resultados	27
12. Discusión	32
13. Conclusiones	34
14. Recomendaciones	34
15. Referencias bibliográficas	35
16. Anexos	40

3. Introducción

Las infecciones respiratorias agudas representan una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo, principalmente en la edad pediátrica (1). En el Instituto Mexicano del Seguro Social, han permanecido dentro de las primeras causas de demanda de atención en el primer nivel, a pesar del incremento en la consulta por enfermedades crónicas.

A pesar de que la mayor parte de estas infecciones son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido y demostrado por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, principalmente en las infecciones de vías respiratorias superiores (2,3), lo que favorece las resistencias bacterianas y desperdicio de medicamentos debido a la falta de cumplimiento de tratamientos una vez que los síntomas han desaparecido (4,5). Por otro lado, se ha encontrado que las principales complicaciones no se detectan ni tratan oportunamente, lo que puede elevar la mortalidad, aun en regiones con acceso adecuado a los servicios de salud (6,7). Por ello, es esencial utilizar los criterios recomendados por la Organización Mundial de la Salud adaptados a nuestras condiciones como referencia para la atención de las infecciones respiratorias agudas en el primer nivel (8,9).

En la actualidad, el ejercicio de la medicina se encuentra cada vez más bajo el constante escrutinio de la sociedad, y nuestra institución no esta ajena a este juicio. La demanda social más importante es que la institución sea más sensible a sus necesidades y que otorgue servicios de salud con calidad. Dentro de esta óptica, la calidad debe estar fundamentada en tres aspectos: evidencia científica, atención integral y resultados en salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el primer nivel de atención es complejo y de proporciones importantes. Baste mencionar que en Medicina Familiar se otorgan 120 millones de consultas cada año.

Con esta perspectiva, investigadores y médicos en ejercicio clínico del instituto, se dieron a la tarea de integrar guías clínicas basadas en evidencia científica y congruente con las condiciones y los recursos disponibles en la actualidad, para abordar los principales motivos de demanda de atención en medicina familiar. Las guías clínicas son instrumentos rutinarios en la práctica médica en todo el mundo.

La medicina basada en evidencia es el principal sustento de las guías de práctica clínica, las cuales han tenido una dinámica evolución y una rápida expansión. El Instituto Mexicano del Seguro Social ha modelado, de acuerdo con sus necesidades y recursos, el desarrollo de guías de práctica

clínica para ser utilizadas por el personal médico como una herramienta para la toma de decisiones clínicas, como un insumo importante para las actividades de educación médica continua y para la provisión y organización de los servicios de salud.

Desde el punto de vista de la calidad de la atención médica, se ha visto que existen deficiencias y errores importantes en la atención ambulatoria y hospitalaria, las cuales se reflejan en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y referencia de pacientes. Las guías contribuyen a abordar parte de esta problemática, disminuyen la posibilidad de que los pacientes sean diagnosticados de manera errónea, reciban medicamentos innecesarios, o sean sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos injustificados. (10)

Desde el punto de vista conceptual, las guías clínicas son un apoyo para el médico, facilitan la elección y secuencia de la tecnología a porfiada, y su utilización puede tener un impacto potencialmente demostrable en los resultados de la atención médica. Las guías no sustituyen el ejercicio clínico deductivo del médico, sino que su utilización cotidiana se debe acompañar de deflexión y crítica de sus recomendaciones (10, 11,12).

Las decisiones médicas no solo tienen efecto en la calidad de la atención médica sino también en los costos de atención. Hipotéticamente,

las guías representan de manera grafica la secuencia lógica de pensamiento medico que permite a este elegir, con una valoración de riesgo beneficio, la mejor alternativa, tomando en cuenta los limitados recursos que existen para la atención a la salud (13, 14,15).

Las guías clínicas son compatibles con el enfoque crítico deseable en la educación médica continua, y al mismo tiempo favorecen la efectividad de la atención. Las guías clínicas se entienden como una propuesta que apoya la decisión del medico en la elección de procedimientos y conductas a seguir ante un paciente en circunstancias clínicas específicas, para mejorar la calidad de la atención medica, reducir las intervenciones innecesarias, inefectivas o dañinas, facilitar el y tratamiento de los pacientes con el máximo beneficio y disminuir al mínimo el riesgo de daño (16)

3.1. Marco teórico

Entendemos por Infección Aguda de las Vías Respiratorias a toda enfermedad infecciosa causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio, durante un período menor de 15 días; la que a su vez, comprende la Infección Aguda de las Vías Respiratorias Superiores, que es la infección que afecta al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales; de igual forma, la Infección Aguda de las Vías Respiratorias Inferiores, a la infección que afecta al aparato respiratorio de las cuerdas vocales hacia abajo. Estas afecciones se denominan influenza, bronquitis, bronquiolitis laringotraqueitis y faringoamigdalitis aguda. (17)

3.1.2 Se considera a la Faringitis y Amigdalitis procesos infecciosos virales o bacterianos y en su etiología intervienen virus o bacterias; entre los mas comunes están los rinovirus, influenza, corona virus, parainfluenza, sincitial respiratorio, Echo, adenovirus, reovirus, herpes simple. En tanto, los agentes bacterianos causales son Streptococcus del grupo A, H.Influenza, B.Pertussis, M.Pneumoniae. También el Streptococcus Viridans, el Beta Hemolítico o el Estafilococo y en ocasiones gérmenes de la flora polimorfa normal, puede presentarse como complicación de la rinitis (que debe sospecharse en la prolongación del padecimiento), o manifestarse como enfermedad primaria. (17)

Para su diagnóstico en menores de 5 años de edad, señala la NOM: Faringitis

probablemente viral se presentan ardor o hiperemia en faringe, Faringitis probablemente estreptocócica en menores de 5 años, exudado blanquecino en amígdalas y ganglios linfáticos cervicales dolorosos. (17)

En caso de faringitis por estreptococo, el dolor de garganta y la odinofagia (que puede ser grave), regularmente es de aparición brusca, la edad mas frecuente es de los 6 a los 15 años y es común en las estaciones de primavera y otoño, puede acompañarse de dolor abdominal, náuseas y vómitos. Al realizar la exploración física, se observa faringe y amígdalas hiperemicas, así como petequias en paladar. Asimismo, las características clínicas que sugieren infección estreptocócica son fiebre, adenopatía cervical anterior y exudado faringoamigdalino, en ocasiones la erupción se parece a la escarlatina en grandes rasgos, se considera que una faringitis vesicular, coriza, sin tos y sin artromialgias sugiere más una etiología viral o no estreptocócica. En ambos casos, puede presentarse cefalea, mialgias, artralgias y fiebre, la cual varía dependiendo del agente etiológico. Se señala que en el grupo de 6 á 8 años de edades agente etiológico responsable en más de la tercera parte de los casos es el estreptococo, mientras que de los 12 a los 14 años, es responsable de 25 á 50%, y en el adulto 1 de cada 10 presenta cultivos positivos. (17)

3.1.3 La Laringotraqueitis aguda es una enfermedad que afecta a niños de 6 meses a tres años. Son frecuentes los brotes estacionales en otoño, invierno y primavera. La propagación suele hacerse por vía aérea o por contacto con secreciones infectadas. Los agentes patógenos más importantes son los virus

parainfluenza de tipo 1, siendo menos frecuentes el virus sincitial respiratorio, el de la influenza A y B y los adenovirus, entero virus, rinovirus, virus del sarampión y *Mycoplasma pneumoniae*. Los signos y síntomas suelen ir precedidos de una infección de vías respiratorias superiores con tos espasmódica perenne y ronquera, marcan el inicio. Suele haber sufrimiento respiratorio, taquipnea y retracción inspiratoria supraclavicular, supraesternal, subesternal e intercostal. La auscultación revela inspiración prolongada, estridor, con roncus espiratorio y respiración sibilante. Alrededor del 50% de los niños de los niños desarrollan fiebre. (17)

La enfermedad suele durar de 3 á 4 días. Los episodios recidivantes se denominan a menudo laringitis espasmódica. El tratamiento en casos leves puede ser domiciliario con medidas generales. El niño debe estar bien alimentado y bien hidratado. El reposo es importante, ya que la fatiga y el llanto agravan el proceso. Los humidificadores permiten manejar la sequedad de las vías aéreas superiores. Un sufrimiento respiratorio progresivo o persistente, taquicardia, fatiga, cianosis o deshidratación indican la necesidad de hospitalizar al paciente. El tratamiento con vaporizadores reduce la viscosidad de las secreciones bronquioalveolares y facilitan su eliminación. Los nebulizadores habituales de chorro. Mejoran la humidificación laríngea, por la humidificación bronquial, requiere el uso de tienda de oxígeno o de un nebulizador ultrasónico adaptado a una mascarilla. La adrenalina racémica nebulizada produce alivio

sintomático y mejora la fatiga. La dexametasona parenteral en dosis altas de más de 0.3 miligramos por kilogramo de peso es útil y mejoran al paciente hospitalizado. (18)

3.1.4 La Bronquiolitis, suele aparecer en forma de epidemia, afectando a niños menores de 18 meses de edad, con una incidencia máxima en los lactantes menores de seis meses de edad. Se calcula que la incidencia anual durante el primer año de vida es de 11 casos en 100 niños. Los agentes causales son el virus sincitial respiratorio y el virus parainfluenza 3; los virus influenza A y B, los parainfluenza 1 y 2 y los adenovirus son menos frecuentes. El *Mycoplasma pneumoniae*, rinovirus, enterovirus y el virus del sarampión son agentes etiologicos mas raros. El virus se propaga desde las vías respiratorias hacia los bronquios medianos y pequeños, y los bronquiolos provocando necrosis epitelial. El edema y el exudado resultantes inducen el desarrollo de una obstrucción parcial, que es más pronunciada durante la espiración y que puede conducir a atrapamiento de aire. (18)

Los signos y síntomas: es típico un cuadro inicial de infección de vías respiratorias superiores seguido de un cuadro de inicio brusco caracterizado por sufrimiento respiratorio con taquipnea, taquicardia y tos seca. El sufrimiento respiratorio esta caracterizado por cianosis peri bucal, retracciones profundas de las áreas subcostal, intercostal y supraesternal, y respiración sibilante audible.

Puede haber deshidratación por los vómitos y por la disminución de la ingesta oral de líquidos. La percusión de tórax produce un sonido timpanico y la

auscultación revela sibilancias, espiración prolongada y estertores húmedos finos. La radiografía puede mostrar pulmones hiperinsuflados, depresión del diafragma y tramas hiliares prominentes. El diagnóstico se hace en alrededor de las dos terceras partes de los niños presentan leucocitosis de 10 000 á 15 000 por mililitro, con linfocitosis de 50 á 75%. El diagnóstico etiológico específico se establece por el aislamiento del virus mediante técnicas de inmunofluorescencia y el análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas del antígeno del virus. El tratamiento, en la mayoría de los casos es en casa y se recuperan de 3 á 5 días sin secuelas. El estado de hidratación se mantiene con toma pequeña y frecuente de líquidos claros, los corticoesteroides carecen de valor y los sedantes están contraindicados. No hay que administrar antibióticos. Los broncodilatadores suelen ser ineficaces. En los niños prematuros con cuadros subyacentes hospitalizados, en situaciones de alto riesgo, o con enfermedad grave se puede considerar la administración de Ribavirina 6 gramos diluidos en 300 ml de agua estéril, mediante un aerosol de partículas pequeñas durante 12 a 18 horas por día a lo largo de 3 a 5 días.(19).

A los tipos de infección anteriores se considera a la neumonía como la principal causa de muerte en niños menores de 5 años, donde la neumonía destaca como la principal causa de defunción de dos millones de niños alrededor del mundo. A lo anterior se puede agregar que la contaminación intradomiciliaria, genera más del 40% de mortalidad en menores de un año. (20) Se observa, que un niño, menor de 5 años, residente de zona urbana, sufre de 6 á 8 episodios anuales de

infección respiratoria aguda, la que incluye tos, resfrió, rinorrea, bronquitis, bronquiolitis, neumonía; mientras que en zonas rurales el promedio es de 3 á 5 episodios. Estas diferencias podrían atribuirse a la disminución en la concentración de contaminantes ambientales, irritantes de la mucosa respiratoria de las zonas rurales. (20) La alta incidencia de neumonía, sumada a la prevalencia de factores de riesgo en los niños (desnutrición, hacinamiento, bajo nivel de atención al niño en el hogar), hace que en los países en desarrollo la incidencia de complicaciones y la mortalidad entre los casos de neumonía, sean mucho mas frecuentes que en los países desarrollados. Entre los factores de riesgo se destacan especialmente: el bajo peso al nacer, la falta o corta duración de la lactancia materna, la desnutrición, la falta de vitamina A, la carencia de vacunación o la vacunación incompleta, la contaminación del aire en el interior del domicilio y el enfriamiento. (20)

Por otra parte, la calidad de atención que reciben los niños menores de cinco años en los servicios de salud, se ha mencionado como uno de los factores asociados a las altas tasas de mortalidad y también determina un problema de gran importancia para el control de las infecciones respiratorias agudas, que es el uso de medicamentos para su tratamiento. Donde las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de administración de antibióticos a los niños de este grupo de edad. El uso inadecuado de antibióticos

fomenta la resistencia bacteriana y puede producir efectos potencialmente Nocivos para la salud del niño. En la mayoría de los estudios realizados, en 50% o más de los casos con infección respiratoria aguda atendidos en los servicios de salud, se receto un antibiótico como tratamiento, a pesar de que la mayoría de estos casos no lo requería. Además de los antibióticos, se recurre a otros medicamentos no recomendados para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en los niños, tales como los jarabes para la tos y el resfrío; muchos de los cuales contienen compuestos potencialmente nocivos por su efecto como supresores de los mecanismos naturales de defensa del niño.(21)

La identificación de los factores de riesgo en niños con infección respiratoria aguda permite establecer un tratamiento oportuno y más agresivo. (22)

En Italia las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que la mortalidad por infección respiratoria aguda en los niños menores de 5 años se encuentra entre el 30 y el 50%. Estas mismas infecciones (incluyendo neumonía, influenza, bronquitis y bronquiolitis) son de 16 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en Canadá. En un gran número de países en desarrollo con altas tasas de mortalidad por neumonía e influenza, no se ha observado descenso en estas tasas en los últimos años. Comparando las estimaciones de 1985 con las realizadas para 1994, puede observarse que en varios países las tasas estimadas en 1994, fueron más altas que las de 1985, y en otros, las diferencias no alcanzan al 20%, lo que representa una tasa de disminución anual

de menos de 3%. La gran diferencia existente entre la mortalidad por neumonía e influenza en los países desarrollados y en desarrollo se incrementa cada vez más si se tiene en cuenta que tanto en el Canadá como en los Estados Unidos las tasas disminuyeron 20% o más en el período que va de 1985 á 1994 (20 y 26.3% respectivamente). Por otro lado, el indicador puede alcanzar cifras entre 150 á 200 episodios de neumonía por cada 1000 niños por año. Asimismo se ha encontrado diferencias en la etiología de estos casos, predominantemente bacteriana en los países en desarrollo en contraste con la alta prevalencia de neumonías virales en los países desarrollados. En la mayoría de los países en desarrollo de América, las tasas de mortalidad por infección respiratoria aguda son menores. No obstante, existe una marcada diferencia, entre la situación de los países desarrollados de la región (Canadá y Estados Unidos) y el resto de los países en desarrollo; entre estos mismos países en desarrollo existen, a la vez, diferencias considerables con respecto a la mortalidad por neumonía e influenza en los niños menores de un año. Aun Costa Rica o Cuba, que tienen las menores tasas de mortalidad entre los países en desarrollo de la región, registran valores más altos que los de Canadá comparativamente. En los Estados Unidos de Norteamérica, la mortalidad se encuentra entre el 2 y el 11%. Así mismo, las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud disponibles, indican que la mortalidad por infección respiratoria aguda en los niños menores de 5 años en especial Cuba, Haití y Puerto Rico, la incidencia es de 3.072. Lo que representa del 20 al 25% del total de las defunciones.

Llamando la atención, que la incidencia anual en niños menores de 5 años, con infección respiratoria aguda es similar en los países desarrollados y en desarrollo. Por otra parte, la disponibilidad de información sobre mortalidad en los países de América Latina es escasa y los factores que afectan su calidad se agravan por la ausencia de un sistema de registro y análisis sistematizado de los datos a nivel nacional o en las regiones de salud, que sí existe para la mortalidad. El perfil de datos disponibles procedentes de estudios especiales, refleja una alta incidencia de infección respiratoria aguda en los niños, los cuales representan entre 40 y 60% de las consultas pediátricas en los servicios de salud, en contraste con el bajo peso que tiene la neumonía dentro del total de consultas (menos de 10% en la mayoría de los estudios) Esto podría reflejar la causa de la alta mortalidad por neumonía; en otras palabras, es menor el número de consultas por neumonía porque no se llevan a cabo oportunamente la identificación de los signos y síntomas que preceden a la neumonía. En este sentido, la información obtenida a partir de registros hospitalarios muestra en cambio un peso mayor de la neumonía, dado que es una de las principales causas de hospitalización por infección respiratoria aguda en los niños, junto con los cuadros de infección bronquial severa. En la mayoría de los hospitales de los países en desarrollo, las infecciones respiratorias agudas representan entre 20 y 40% de todas las hospitalizaciones pediátricas, la mayoría de ellas debidas a neumonía, y un menor porcentaje a bronquitis, bronquiolitis y síndrome de bronco-obstrucción. (23)

En nuestro país las infecciones del aparato respiratorio ocupan los primeros lugares de morbilidad en niños menores de cinco años de edad y continúan siendo un problema prioritario de salud. Son varios los factores que influyen en esta elevada morbilidad y se considera que determinan un mal pronóstico: el que la madre sea analfabeta o menor de 17 años de edad, el antecedente de muerte de un menor de cinco años en la familia, el ser menor de dos meses o menor de un año con antecedente de bajo peso al nacer, el cursar con desnutrición moderada o grave o con alguna inmunodeficiencia y la dificultad de obtener accesos a los servicios de salud. (24) Así mismo, la neumonía es causa frecuente de hospitalización, y a pesar de que la mortalidad por neumonía ha descendido notablemente en los últimos 60 años, sigue siendo una de las principales causas de muerte, especialmente entre la población infantil. Durante 1998, la neumonía e influenza ocuparon el tercer lugar en la mortalidad infantil, con una tasa de 108.3 defunciones por 100 000 nacidos vivos registrados. En la edad preescolar, en el mismo año, la neumonía e influenza ocuparon el cuarto sitio con una tasa de 8.1 defunciones por 100 000 habitantes de uno a cuatro años. Es necesario un mayor cobertura de los servicios de salud para la población de bajos recursos, la sistematización de la atención médica en los distintos niveles de atención, normando el uso de medicamentos y haciéndolos accesibles a la población. La capacitación a las madres sobre la

identificación de signos clínicos de alarma que obligan a la atención hospitalaria y el acceso a nuevas vacunas son elementos fundamentales que inciden en la reducción de las tasas de mortalidad por infección respiratoria. Con estas medidas, la infección respiratoria complicada se atenderá en los hospitales y menos fallecimientos ocurrirán en el hogar.(25)

Una vez que el paciente acude a la atención hospitalaria y de consulta externa es muy importante reconocer oportunamente los antecedentes y signos clínicos que incrementan el riesgo de morir para facilitar la toma de decisiones en relación a su manejo, y de esta manera mejorar su pronóstico.

Una gran parte de estas defunciones se podría evitar mediante el acceso de una atención médica eficaz y pronta. Sin embargo, la falta de servicios de salud en muchos lugares o la presencia de barreras para acceder a ellos contribuyen a mantener las altas cifras de mortalidad que todavía se presentan en los países con bajo desarrollo socioeconómico. Las causas que explican las diferencias observadas son, sin lugar a dudas, complejas e incluyen consideraciones relacionadas no solamente con el área de salud. Sin embargo, para los efectos de una sistematización es factible atribuir estas diferencias los siguientes factores:

- Las dificultades de acceso a los servicios de salud, que determinan un gran número de muertes domiciliarias de niños que no recibieron atención del personal de salud.
- La falta de antibióticos adecuados para el tratamiento precoz, es otro de

- los factores habitualmente asociados a estas muertes.
- La inadecuada calidad de la atención en muchos servicios de salud, expresada en la falta de criterios estandarizados para la detección precoz
- de los signos de alarma de infección respiratoria aguda por parte del personal de salud y de la comunidad.

Actualmente, México es un país en el que aún no se observa el cambio favorable hacia la baja sustancial de las enfermedades infecciosas de vías respiratorias. Todavía en 1978, la tasa de mortalidad por neumonías en niños menores de cinco años era de 300 por cada 100 000 habitantes, similar a la reportada en Estados Unidos, Cuba, Costa Rica y Canadá 30 años antes. Actualmente la mortalidad por neumonías en menores de cinco años es menor. A la semana 42 del año 2000 la Secretaria de Salud registró 21 millones de infecciones de vías respiratorias, pero se podría estimar un 25% más de esta cifra debido al elevado índice de subregistro a la Secretaria de Salud. La mortalidad por infecciones respiratorias agudas ha disminuido considerablemente en los últimos 12 años. Sin embargo, todavía hay entidades federativas en donde se registran tasas de mortalidad cercanas a 100 por 100 000 niños. (26)

Los cuatro aspectos más importantes en el análisis y control de las infecciones respiratorias agudas son: la mortalidad, la morbilidad, la calidad de la atención de los casos y la prevalencia de los factores de riesgo. Desde el punto

de vista de Economía de la salud, nuestro país presenta un perfil de morbilidad mixto, donde las enfermedades infecciosas están en declive, pero presentes; lo anterior significa incremento en la demanda de atención de padecimientos costosos, lo que se pone en competencia con el escaso presupuesto asignado para el resto de padecimientos. A lo anterior se agregan dos grandes problemas de los Sistemas de Salud: 1. Las condiciones de salud y 2. La respuesta social. Lo que es debido a los altos costos de producir servicios de salud, y las consecuencias financieras del cambio epidemiológico. (27)

Entre los aportes de la Economía de la Salud se encuentra el rubro de Carácter Cognoscitivo-Analítico, que identifica los determinantes de la salud, la inversión y consumo de la misma, la relación del capital humano, las políticas sectoriales y el mercado de los servicios médicos, lo que inciden directamente en la eficiencia en la producción de los servicios. De igual forma incluye los determinantes de la salud, sus aspectos positivos y negativos que intervienen en la conformación y tendencias de la salud de cada individuo o grupo social, lo que da como resultado a la salud como la interacción del hombre y su entorno. Por otro lado, la Salud como consumo, se demanda por la población según preferencias y posibilidades ya que compite con el gasto de otras mercancías, Entonces la prioridad de la salud depende de la valoración de otras necesidades que deberá satisfacer el individuo y los sectores sociales.(28)

De acuerdo a los criterios de eficiencia, en el contexto médico, existen tres tipos

de eficiencia: a) la clínica que busca la provisión de la mejor atención médica posible, y que combina tiempo y secuencia de servicios para producir el mayor incremento de salud posible con los recursos disponibles en la producción de servicios. Incluye la forma en que se producen y la calidad del sistema de producción, b) La EFICIENCIA ADMINISTRATIVA, son las interacciones que se producen en el contexto de un hospital a fin de producir salud, y la c) EFICIENCIA ECONOMICA, o eficiencia integral, que implica las elecciones asistenciales para conseguir el beneficio total-máximo de los recursos disponibles de la comunidad e incluye la demanda y tratamiento del servicio médico; la elección implica tiempo de los beneficios y costos relativos (lo barato cuesta caro).

Así mismo, la observancia obligatoria de las NOM, evitara cualquier problema legal si se cumplen con los requisitos mínimos establecidos. Por lo que la intención de las guías es mantener actualizados a los profesionales de la medicina, en tanto se publiquen nuevas modificaciones de las NOM, que puede ser en 3 ó 4 años. (29)

En consecuencia, los elementos esenciales de la norma se basan en el reconocimiento temprano de los signos de gravedad de estos padecimientos por la comunidad y por el personal de salud, el tratamiento efectivo de los casos, la adopción de criterios adecuados para su referencia oportuna, así como la utilización del antibiótico eficaz en los tratamientos ambulatorios.(29)

La salud y el capital humano están íntimamente ligados por ser esta la

capacidad del hombre que le permite la producción de bienes y servicios, que le permite la competitividad laboral, aumento de productividad y reducción de incapacidades laboral, lo que se traduce a calidad de vida. Todo altamente valorado por el gobierno como parte de la capacidad de trabajo. Sin embargo, los beneficios principales no cuantificables en terminos monetarios derivados de la aplicación de la NOM son los años de vida potencial ganados y la mejoría en la calidad de la atención al menor de 5 años con IRA (29-36)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Cd. Juárez, al igual que en nuestro país, las infecciones del aparato respiratorio ocupan los primeros lugares de morbimortalidad en niños menores de cinco años de edad, por lo que se consideran un serio problema de salud. Entre los factores que influyen están: la multiparidad, el ser menor de dos meses o un año, con antecedente de bajo peso al nacer, cursar con desnutrición moderada o grave, tanto el lactante como la madre; con dificultad de obtener servicios de salud ya que hay un elevado número de población flotante, de reciente ingreso a la seguridad social, que se refleja en el 92% de consulta de primera vez en la Unidad de Medicina Familiar # 67. Cabe mencionar, que los diagnósticos generadores de atención médica, son tanto en la Consulta Externa y en Urgencias: Rinofaringitis, Faringitis y Amigdalitis Aguda, Otitis Media, con la diferencia de que en la consulta se controla la Rinitis Alergica, y en Urgencias se presenta con mayor frecuencia la Bronquiolitis y se atienden mas niños que niñas; en tanto que en la Consulta, es a la inversa, se atienden mas niñas que niños.

A las dificultades de acceso a los servicios de salud, se agrega:

- El clima extremo de la localidad.
- La falta de educación en la salud.
- La falta de antibióticos adecuados para el tratamiento precoz.
- El inadecuado uso de criterios estandarizados para la detección precoz de los signos de alarma de infección respiratoria aguda por parte del

- personal de salud y de la comunidad, entre otros factores.

Por todo lo anterior, nos permitimos hacernos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cual es el seguimiento de las guías diagnósticas en el paciente pediátrico con Infección Respiratoria Aguda en la Unidad de Medicina Familiar No.67 del Instituto Mexicano del Seguro Social ?

5. JUSTIFICACION

Desde el punto de vista de la calidad de la atención medica, se ha identificado que existen deficiencias y errores importantes en el primer nivel de atención por no tener la unificación de un criterio medico para emitir un diagnóstico clínico adecuado así como el tratamiento medico, por lo que me he dado a la tarea de recabar información respecto al conocimiento que se tiene de las guías diagnosticas en el primer nivel de atención en especial en la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la aplicación de las guías diagnósticas en el paciente pediátrico con infección respiratoria aguda en la Unidad de Medicina Familiar No. 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social en CD. Juárez, Chih.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Enlistar los enunciados de las guías diagnósticas en pacientes pediátricos con infección respiratoria aguda, cumplidos según registros clínicos.
- Enunciar las principales desviaciones en la aplicación de las guías diagnósticas en pacientes pediátricos con infección respiratoria aguda, en base a los registros clínicos.

7. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Descriptivo, retrospectivo transversal.

7.2 UNIVERSO DE TRABAJO.

Para fines de este estudio, se incluyo a la población infantil desde recién nacidos a cuatro años de edad, afiliados a la Unidad de Medicina Familiar No.67, del IMSS, en CD. Juárez, Chih., de los ocho consultorios, en los dos turnos de servicio, con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, en un período de tiempo comprendido del 1 de Octubre del 2003 al 31 de Marzo del 2004.

7.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

Guías Diagnósticas de Infecciones Respiratorias Agudas

VARIABLES DEPENDIENTES

Infecciones Respiratorias Agudas

7.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomó como muestra al 100% de la población infantil desde Recién Nacidos hasta los cuatro años de edad cumplidos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Derecho-Usuarios
- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 67
- Con vigencia de derechos
- Edad de 2 meses a 4 años de edad

- Ambos sexos
- Con diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas registrado en el Expediente clínico

Criterios de no Inclusión:

- No Derecho-Usuarios
- Niños fuera del rango de edad
- Con otros diagnósticos agregados al de Infecciones Respiratorias Agudas, registrados en el expediente clínico.

7.5 PROCEDIMIENTO:

La investigación se realizó por el autor del protocolo, con el apoyo de la asistente médica de cada consultorio, quién proporcionó los expedientes clínicos de la población derecho usuaria que llenó los criterios de inclusión, tomando los datos para formar la base de datos a partir de las Guías Diagnóstico-Terapéuticas normadas por el IMSS.

7.6 ANALISIS ESTADISTICO

Para la realización del análisis se aplicó la estadística descriptiva realizándose una medición de frecuencias y porcentajes de cada una de las variables. Se establecieron Medidas de asociación de cada variable con la variable independiente.

Se aplicó la prueba estadística no paramétrica con la CHI 2 para establecer la diferencia entre los expedientes que reúnen los requisitos de las guías diagnósticas.

Se estableció la fuerza de asociación entre las variables para establecer los riesgos a través de razón de momios con intervalo de confianza del 95%

8. RECURSOS

a) Recursos Materiales: Expediente clínico.

Material impreso.

Material de oficina.

b) Recursos Humanos.

Un Investigador

Personal Asistentes Médicas de la

UMF # 67

Un asesor

c) Recursos económicos:

El presente proyecto de investigación, fue autofinanciado por el investigador

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio es de tipo descriptivo y se realizó de acuerdo a los criterios establecidos en la ética profesional médica, no incurrió en ninguna falta que dañe física o moralmente a los pacientes participantes ya que la información obtenida se manejó en forma confidencial y se dió a conocer en los foros de Investigación del Instituto. No requirió consentimiento informado ya que se exploró la información contenida en los expedientes clínicos.

10. RESULTADOS

La cobertura de la revisión de expedientes fue del 100% equivalente a 670 cuestionarios aplicados a los 670 expedientes clínicos, la tasa general de respuesta fue del 95%.

En relación a la edad, las edades en las que más se demanda la atención médica en pacientes con infección respiratoria aguda, fue del 34% para pacientes en el primer año de vida que corresponde a 228 pacientes. El 36.4% para pacientes de 2 años de edad que corresponde a 244 pacientes, y el 15.2% para pacientes de 3 años, que corresponde a 102 pacientes. De este grupo el que menos demanda tiene es el grupo de recién nacidos a los 5 meses de edad. Con un intervalo de confianza del 95% entre 0.1 y 40.2, una CHI 2 de 45.5 y un valor P de 0.0015. (Cuadro y gráfica 1)

En relación al sexo, el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con el 65.2%, en relación al sexo femenino con un 34.8%, con un intervalo de confianza del 95% entre 61.5-68.8, una CHI 2 de 3.2 y un P de 0.03.

(Cuadro y gráfica 2.)

Con respecto a la talla, el mayor porcentaje corresponde a los pacientes de 60 cm. con un porcentaje de 2.5%, enseguida los pacientes de 70 cm., con un porcentaje de 1.9% y los pacientes con 65 cm. Con 1.6%. Se encontró ausencia de este dato en las notas medicas en el 67.3% Con un intervalo de confianza entre 0.1-0.8, con una CHI 2 de 168.1 y un P de 0.0 (cuadro y gráfica 3).

En relación al peso, el mayor porcentaje corresponde a los de 8 Kg. Con un porcentaje de 3.7%, enseguida los de 9.5 Kg. con un porcentaje de 0.1% y los de 10 Kg. con un porcentaje de 2.25. Con ausencia de este dato en la nota medica del 77%. Con un intervalo de confianza entre 0.0 y 5.5, con una CHI 2 de 29.6 y un P de 0.9 (cuadro y gráfica 4)

Con respecto al lugar de atención del parto, se encontró que el 20.65 (138 pacientes) habían nacido en medio hospitalario. Con una ausencia de este dato del 77.2% (517 pacientes). Con un intervalo de confianza del 95% entre 17.6-23.9. (Cuadro y gráfica 5)

En relación a la escolaridad de la madre del paciente, se estableció el 11.3% a madres con menos de educación primaria; el 8.2% a madres con primaria terminada; el 0.1% con educación secundaria, y el 0.7% con educación de preparatoria. Hubo ausencia de este dato en la nota medica en el 88.6% que corresponde a 594 pacientes. Con un intervalo de confianza de 9.1-14.0 (Cuadro y gráfica 6)

En relación con la ocupación de la madre, se encontró que el 16.7% tienen como ocupación el hogar, como operadoras el 4.3%. Con ausencia del dato en el 79% que corresponde a 529 pacientes. (Cuadro y gráfica 7)

Con respecto a los pacientes con fiebre, el 89.7% la presentaron (601 pacientes), con 69 pacientes con ausencia de este dato con el 10.3%. Con un intervalo de confianza entre 87.1 y 91.8 (cuadro y gráfica 8)

En relación con la presencia de adenopatía, el 2.1% fue positivo (14 pacientes) y el 97.3% no lo presentó. Con ausencia del dato en el expediente del 0.6% (4 pacientes). Con un intervalo de confianza entre 1.2 y 3.6 (Cuadro y gráfica 9)

Con respecto a los pacientes con dolor faringeo, el 7.2% fue positivo (48 pacientes), y el 92.8% fue un dato ausente en las notas medicas (622 pacientes). Con un intervalo de confianza entre 5.4 y 9.5 (cuadro y gráfica 10)

En relación a los pacientes con exudado faringeo, el 1.8% fue positivo y el 98.2% con ausencia de este dato en el expediente (658 pacientes). Con un intervalo de confianza de 1.0 a 3.2 (cuadro y gráfica 11)

Con respecto a los pacientes con disfonía, fue positivo en el 4.8% (32 pacientes). El 95.2% no tuvieron el dato en el expediente (638 pacientes). Con un intervalo de confianza entre 3.3 y 6.7 (cuadro y gráfica 12)

En relación a la tos traqueal, solo el 2.1% tuvieron el dato en el expediente (14 pacientes). Hubo ausencia del dato en el 97.3% de los pacientes (656 pacientes) (cuadro y gráfica 13)

Con respecto a los pacientes con disminución del ruido respiratorio, se encontró solo en el 1.5% de los pacientes (10). Con ausencia del dato en un 98.5% (660 pacientes) (cuadro y gráfica 14)

En relación a la presencia de sibilancias solo estuvo presente en el 2.7% de los pacientes (18 pacientes). El 97.3. % no tuvo el dato anotado en el expediente (652 pacientes) (cuadro y gráfica 15)

Con respecto a la educación de los padres en el cuidado del paciente con infección respiratoria aguda, se encontró que solo se le dio orientación sobre el manejo al 0.7% de ellos. No hubo anotación de este aspecto en el 99.3% que corresponde a 665 pacientes. Con un intervalo de confianza entre 0.3 y 1.8 (Cuadro y gráfica 16)

En relación a los pacientes a los que se les envió a segundo nivel, se encontró solo en el 1.0%. (7 pacientes). El 99% no tiene este dato. (663 pacientes). Con un intervalo de confianza entre 1.5 y 2.2. (Cuadro y gráfica 17)

En relación con la administración de antibióticos en infección respiratoria aguda se encontró que el mas utilizado fue la ampicilina con un 79.45 (532 pacientes); las sulfas con un 5.8% (39 pacientes); la eritromicina con un 1.6% (11 pacientes); la penicilina benzatinica con un 0.7% (5 pacientes) (cuadro y gráfica 18)

Con respecto a la frecuencia de faringoamigdalitis se encontró que solo 6 pacientes tienen el diagnostico en base a las guías diagnosticas que corresponde al 1.9%. Con un intervalo de confianza de 0.2 y una Chi cuadrada de 0.7 (cuadro y gráfica 19)

En relación con los pacientes en los que en el expediente está anotado el diagnóstico de laringotraqueítis, se encontró que el seguimiento de las guías fue del 0%. (Cuadro y gráfica 20).

Con respecto a los pacientes con bronquiolitis su seguimiento de las guías se encontró que fue del 0%. (Cuadro y gráfica 2).

En relación a los pacientes que presentaron fiebre y se les administró antibiótico, a 554 se les administro algún antibiótico que corresponde al 92.2%. Con un intervalo de confianza de 5.4 y 16.8. Con una CHI 2 de 82.8. A 47 pacientes sin fiebre no se les administro antibiótico. De los que no tuvieron fiebre fueron 69 y de estos a 38 si se les administró antibiótico. (Cuadro y gráfica 22)

Con respecto a los pacientes con exudado faringeo y que se les administró antibiótico se encontró lo siguiente: fueron 12 pacientes con exudado positivo y se les administro antibiótico; de los 658 pacientes sin exudado faringeo a 580 se

les administro antibiótico. Con un intervalo de confianza de 0.4 y una CHI 2 1.6 (Cuadro y gráfica 23)

En relación con los pacientes que presentaron adenopatía, se encontró que a 14 si se les administro antibiótico, que corresponde al 2.4%. De 578 pacientes sin adenopatía, a 78 de estos se les administro antibiótico con un porcentaje de 88.1%. Con un intervalo de confianza de 0.5 y una CHI 2 de 1.8 (cuadro y gráfica 24)

Respecto a los pacientes con rinorrea y que se les administro antibiótico, se encontró que de 242 que la presentaron, solo a 20 no se les dio antibiótico, al resto si. De 350 que no presentaron Rinorrea, a 58 se les administro antibiótico con un porcentaje de 14.2%. Con un intervalo de confianza de 1.1 a 3.4 y una Chi 2 de 6.7 (cuadro y gráfica 25)

Con relación a los pacientes que presentaron tos traqueal, de los 10 que la presentaron a 4 se les administro antibiótica que corresponde al 28.6% De 582 pacientes sin tos traqueal a 74 de estos se les administro antibiótica con un 11.3%. Con un intervalo de confianza de 0.09 a 1.03 y una Chi 2 de 3.9. (Cuadro y gráfica 26)

En relación a los pacientes con disfonía, se encontró que de 28 que la presentaron, a 4 se les administro antibiótico con un 12.5; de 564 pacientes que no tuvieron disfonía, a 74 se les administro alguna antibiótico con un 11.6%. Con un intervalo de confianza de 0.3 a 2.6 y una Chi 2 de 0.02 (cuadro y gráfica 27)

Con respecto de los pacientes que presentaron sibilancias y se les administro antibiótico se encontré que de 15 que lo tuvieron, a 3 se les administro antibiótico con un 16.7%. De 577 pacientes con ausencia de sibilancias, a 75 se les dio antibiótico con un 11.5% (cuadro y gráfica 28)

11. DISCUSION

Para este estudio se presentaron algunas dificultades para la recolección de los datos, pues en la Unidad de Medicina Familiar No. 67, la población derechohabiente es de reciente creación, contando con pacientes de varias clínicas de adscripción de la ciudad, algunos de los cuales solamente acuden al servicio de atención medica continua y ya no regresan a la Unidad. Esto ocasiono que el número de pacientes con infección respiratoria aguda se elevara más de lo esperado y que muchos de los expedientes no se encontraron en la Unidad al momento de la revisión de las notas médicas, y que habían quedado registrados en el tiempo del estudio.

Aun así, por el hecho de que se tomaron para el estudio el total de expedientes, se pudo acumular suficiente material para este fin.

Los resultados proporcionaron información de la cual se obtiene que no haya una relación directa de la educación de la madre o su ocupación y la demanda de atención medica por infección respiratoria aguda. Asimismo no existe relación con respecto al lugar de origen, del lugar de nacimiento o del medio de atención del parto con la demanda en la atención médica en el servicio de urgencias o en la Consulta Externa.

Se pudo observar, que a pesar de no ser necesario la administración de antibióticos para el tratamiento de las infecciones respiratorias, a un porcentaje muy alto si se le administró siendo el 88.4% (592 pacientes).

Se pudo observar que la demanda mayor de consulta se dá en el sexo masculino siendo el 65.2% y de pacientes con sexo femenino el 34.8%.

Respecto al seguimiento de las guías diagnosticas en los pacientes con faringoamigdalitis se pudo verificar que solo en 6 pacientes se llevo a cabo el seguimiento; con un 0.9% que corresponde a 6 pacientes de los 670 en total. Asimismo en Laringotraqueitis el seguimiento fué un 0%. En lo que respecta a bronquiolitis el resultado fue igual, fué de 0%.

12. CONCLUSIONES

- * Se puede concluir que la cobertura de la revisión fue de 100%.
- * Que casi el total de los expedientes carecen de la información necesaria para realizar un diagnóstico acertado y preciso así como el tratamiento médico correspondiente.
- *Que el seguimiento de las guías diagnósticas basadas en la Norma Oficial Mexicana está por debajo de lo esperado.
- * Que existe muy poco conocimiento de la Norma Oficial Mexicana en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas.
- * Que se requiere insistir más en la educación médica continua en el primer nivel de atención.

13. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones. Una recomendación general sería, que el personal de salud debería de intensificar sus acciones de educación para la salud con enfoque en las infecciones respiratorias agudas.

Intensificar la Educación Médica Continua respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas, tomando como base La Norma Oficial Mexicana.

Se recomienda aumentar la educación y la información a los padres de familia con hijos menores de 5 años de edad, y la necesidad que existe, que en la mayoría de los padecimientos respiratorios, el manejo en el hogar es un aspecto muy importante de prevención y de curación.

13. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud: el control de las infecciones respiratorias agudas en los sistemas locales de salud. Washington, D.C. EUA, 1995; OPS/HCP/HCT/ARI/95.05
2. Pérez Cuevas R. Muñoz O, et al.: Patrones de Prescripción Terapéutica En infección respiratoria aguda y diarrea aguda en dos instituciones de Salud (IMSS-SSA) .IV. Característicos de la prescripción medica. Gaceta Médica México 1992; 128(5); 531-541
3. Pérez-Cuevas R, Guiscafne H, et al.:IMproving Phisycian prescribing Patterns to treta rhinopharyngitis. Intervention strategies in two health Systems of México. Sociedad Científica de Medicina 1996; 42:1185-1194
4. Reyes H, Muñoz O, et al.: Patrones de prescripción terapéutica en Infección respiratoria aguda y diarrea aguda en dos instituciones de Salud (IMSS-SSA). Cumplimiento terapéutico y desperdicio de medicamentos. Gaceta Medica México 1992; 128:543-548
5. Reyes H, Guiscafne H, et al.: Antibiotic noncompliance and waste in upper respiratory infections and acute diarrhea. Journal Clinical Epidemiology 1997;50 (11):1297-1304
6. Villa S, Guiscafne H, et al muertes en el hogar en niños con inyección Respiratoria aguda después de haber recibido atención medica. Boletín Medico del Hospital Infantil de México 1994; 51:233-242

7. Reyes H, Perez-Cuevas R, et al.: The process of primary care as a Determinant of infant mortality due to acute respiratory infections. *Health Policy and Planning* 1997;12(3):214-223
8. World Health Organization: Bases técnicas para las recomendaciones De la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños en el Primer nivel de atención. Ginebra: Organización mundial de la salud, 1992. WHO/ARI/91.20/OPS/HCP/HCT/ARI/92.1.
9. Cherian T, Jacob J, et al.: E of simple clinical signs for the diagnosis of Acute lower respiratory tract infection. *Lancet* 1988;2:125-128
10. Langley C, Faulkner A, et al.: Use of guidelines in primary care, practitioners perspectives. *Family Practice* 1998;15:105-111.
11. Cabana M, Cynthia R, et al.: Why dont physicians follow clinical Practice guidelines. *JAMA* 1999; 282:1458-1465
12. Garfield F, Garfield J: Clinical Judgement and clinical practice Guidelines. *Internacional Journal Technology Assesment in Health Care* 2000; 16(49): 1050-1060
13. Eccles M, Mason J: How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technology Assesment* 2001,5 (16): 1-69.
14. Wallace JF, Weingarten SR, et al.: The limited incorporation of economic analyses in clinical practice guidelines. *Journal General Internal Medicine* 2002 March, 17(3):210-220

15. Hayward RS, Wilson MC, et al.: Users guides to the medical literatura . VIII. How to use clinical practice guidelines ; are the recomendations valid? JAMA 1995; 274:570-574.
16. Wilson MC, Haymard RS, et al.: Users guyide to the medical literature VIII. How to use clinical practice guidelines. B. What are the recomenda-Tions and will they help you in caring for your patients? JAMA 1995; 274:1630-1632
17. Martínez y Martínez R. Página 748, La salud del niño y del adolescente. Cuarta edición 2001.
18. Dobler López Irving F. Paginas 62-64, Guía normativa diagnostica y terapéutica para el medico de primer Nivel de atención. Editorial el Manual Moderno. 2001.
19. H. Beers Mark MD., Berkow Md. Paginas 2339-2341, Capitulo 19. Manual Merk 1999.
20. Benguigui Yehiuda Dr., Páginas 409-412, Planificación de las actividades de control de las infecciones respiratorias agudas en el Contexto de la atención integral del niño. Sección v. Cáp. 20.
21. Calderón Jaime Ernesto Dr., Paginas568-581, Indicaciones terapéuticas de las penicilinas en las infecciones respiratorias. Boletín Medico del Hospital Infantil de México, Volumen 59 Septiembre 2002 No. 9.
22. Salud Pública de México, Vol. 59. Diciembre 2002, Álvarez Hernández Lucia Dra., Paginas 28-30, Epidemiología de las enfermedades Respiratorias, Revista de enfermedades respiratorias en pediatría. México 2001, Vol. 14(5)
23. Salud México 2000, Pagina 30-31, Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.

24. Ibarra-Colado Javier Enrique Dr., Serrano Sánchez Guadalupe Dra., Rivas Merelles Enrique Eduardo Dr., Páginas 767-768, Identificación de factores asociados con muertes hospitalarias en niños menores de cinco años con neumonía comunitaria.
25. Gutiérrez Gonzalo MC MSP., Reyes Hortensia MCM., Fernández Sonia PHD, Pérez Luis L., Páginas 382-386, En administración. Impacto de los servicios de salud, el saneamiento y la alfabetización en la mortalidad en niños menores de 5 años. Salud Pública de México. Vol. 41, sep, octubre de 1999
26. Ávila Figueroa Carlos MC., Miguel Cashat Cruz, MC., Eduardo Aranda, Patrón MC., Ángel R. Patrón MC., Ángel R. León MC., Francisco Ávila, Cortés MC, Páginas 518-521, Prevalencia de infecciones nosocomiales en niños: encuesta de 21 hospitales, De México. Salud Pública de México Vol. 41 de 1999.
27. Delia Díaz Ramos Rita. MC., Solórzano Santos Fortino MC. Infecciones Nosocomiales en un hospital de tercer nivel. Salud Pública de México. Vol. 41 suplemento 1 de 1999.
28. Slonim Anthony D. MDMPH, Bonnie J. Lafleur PHD., Amed Wendy BS., Jill G. Joseph MDPHD., Páginas 617-618, Hospital reported medical errors in children, Pediatrics vol 111 No. 3 march 2003.
29. Dobler López Irving F. Páginas 62-64, Guía normativa diagnóstica y Terapéutica para el médico de primer Nivel de atención. Editorial el Manual Moderno. 2001.
30. Laurens P. Koopman, MD; Henriette A. Smith, MD, PHD. Respiratory infections in infants: Interaction Of Parental Allergy, Child Care, and Siblings. The Piama Study. Pediatrics Vol. 108 No. 4 October 2002 Pages 943-948
31. Kristine K. Rittichier, MD, and Carol A. Ledwith, MD. Outpatient Treatment of moderate Croup with dexametasone: intramuscular versus oral dosis. Pediatrics vol. 106 No. 6 december 2000

32. Guiscafre Gallardo Héctor Dr. Uso de antimicrobianos en infecciones de vías respiratorias altas en niños. Boletín Medico Hospital Infantil de México. Vol. 57-numero 1. Enero 2000.
33. Guiscafre H., Pérez Cuevas R., Reyes H. Libreros. Avances en los criterios diagnósticos y terapéuticos en las infecciones respiratorias agudas. Gaceta Médica México 1992; 128: 565-571
34. Margolis PA, Greenberg RA. Keyes LL, et al. Lower Respiratory Illnes in infants and low socioeconomic status. Public Health. 1992;82: 1119-1126
35. Pérez Cuevas R., Bojalil R, Guiscafre H, Reyes, H. Tome P, Gutiérrez G. Características de la prescripción medica. Gac. Medica en niños Hospitalizados por infección respiratoria aguda. Boletín Medico Hòsp. Tal Infantil Méx. 1995; 52:342-9.
36. Flores S. Trejo JA. Diseño y aplicabilidad de una guías clínicas para la Atención apropiada de las infecciones respiratorias agudas. Gac. Med. Méx. 1999; 135: 121-37

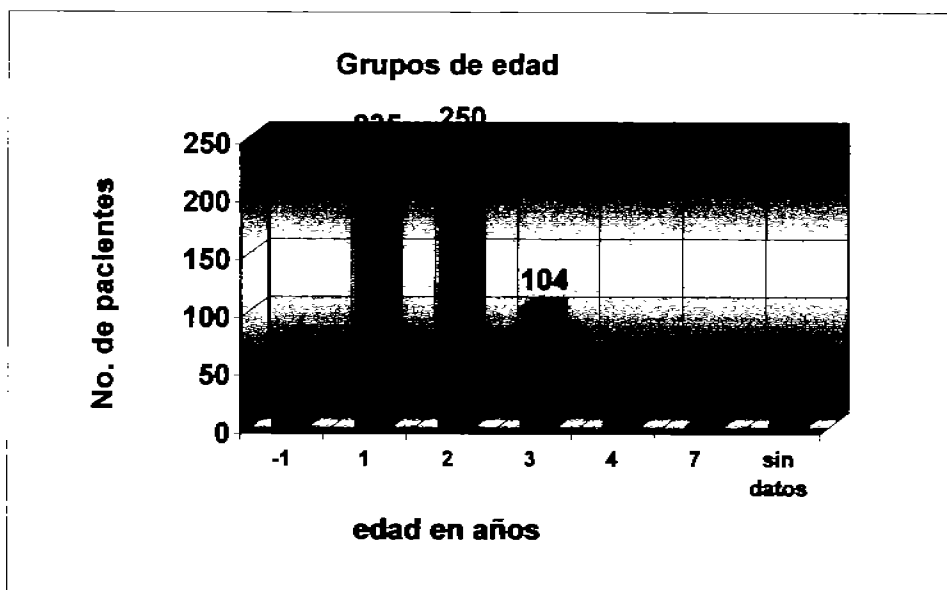
14. ANEXOS
14.1 CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro y gráfica # 1
Grupos de edad. La demanda de atención por infección respiratoria aguda. Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 1

Edad años	Frecuencia	Porcentaje
-1	45	6.50%
1	235	34.90%
2	250	37.90%
3	104	15.50%
4	22	3.30%
7	2	0.30%
sin datos	12	0.30%
total	670	100.00%

Gráfica 1



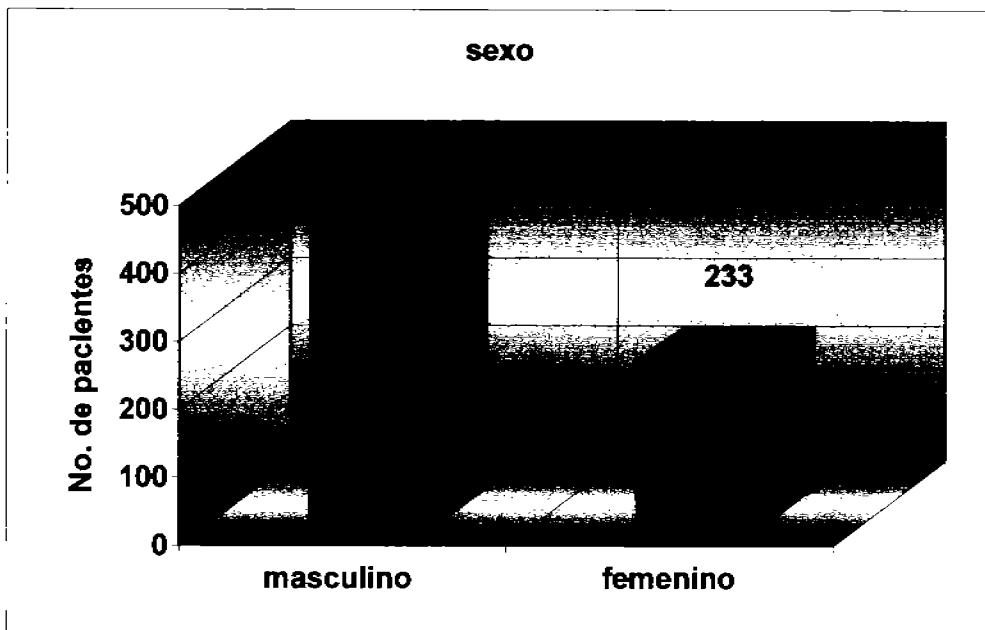
Fuente: revisión realizada en notas médicas en la U.M.F. 67
Cd. Juárez Chihuahua
Porcentajes en relación a n=670

Cuadro y Gráfica 2
Sexo. Demanda de atención por infección respiratoria aguda en
Unidad Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua 2004-2005

Cuadro 2

sexo	frecuencia	porcentaje
masculino	437	65.20%
femenino	233	34.80%
total	670	100.00%

Gráfica 2



Fuente: revisión realizada en notas médicas en la U.M.F. 67
Cd. Juárez Chihuahua
Porcentajes a en relación a n= 670

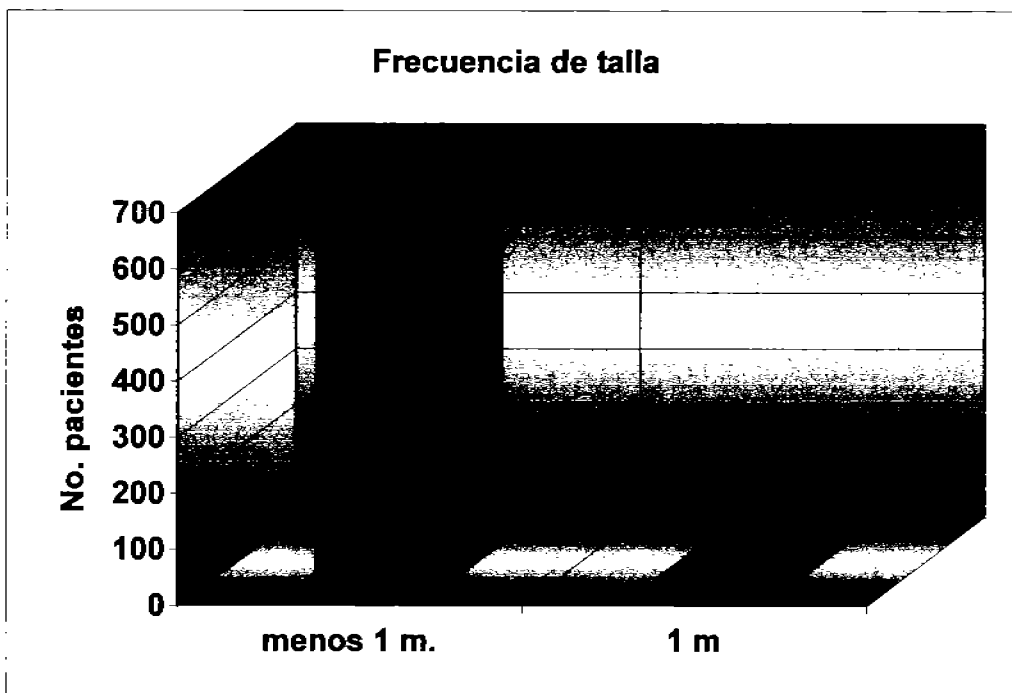
Cuadro y gráfica # 3

Talla .Su relación con demanda de atención por infección respiratoria aguda en Unidad de Medicina Familiar No. 67 Ciudad Juárez Chihuahua 2004-005

Cuadro 3

Talla	Frecuencia	porcentaje
menos 1 m.	665	99.35
1 m	5	0.70%
total	670	100%

Gráfica 3



Fuente: revisión realizada en notas médicas en la UMF 67

Cd. Juárez Chihuahua

Porcentajes en relación a n=670

Fuente: cuadro 3

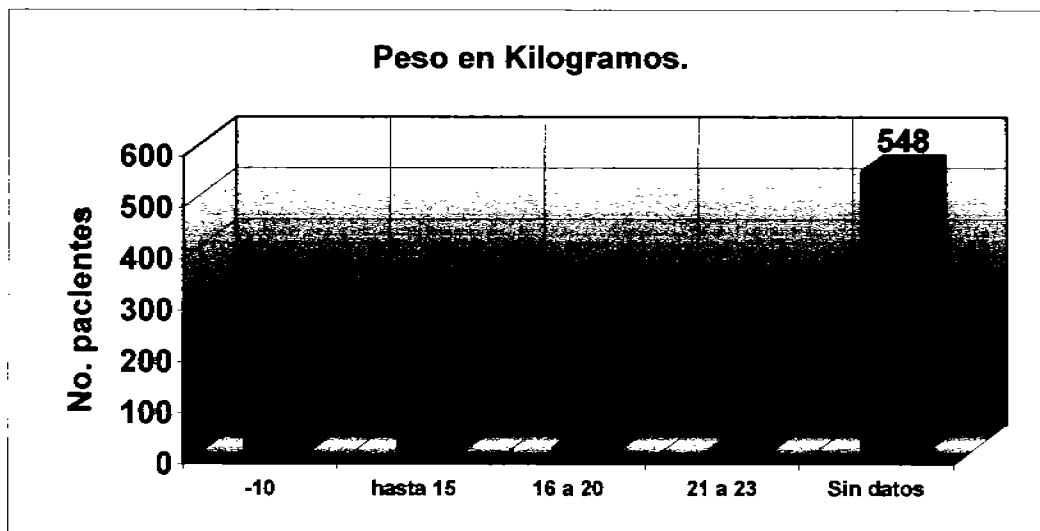
Cuadro y gráfica # 4

Peso. Relación con demanda de atención por infección respiratoria aguda. Unidad de Medicina Familiar No. 67 .Cd. Juárez Chihuahua 2004-2005

Cuadro 4

Peso kg	Frecuencia	Porcentaje
-10	58	8.00%
hasta 15	52	4.70%
16 a 20	10	1.30%
21 a 23	2	0.20%
Sin datos	548	85.80%
total	670	100%

Gráfica 4



Fuente: revisión de notas médicas en U.M.F.67

Cd. Juárez Chihuahua

Porcentajes en relación a n: 670

Fuente: cuadro 4

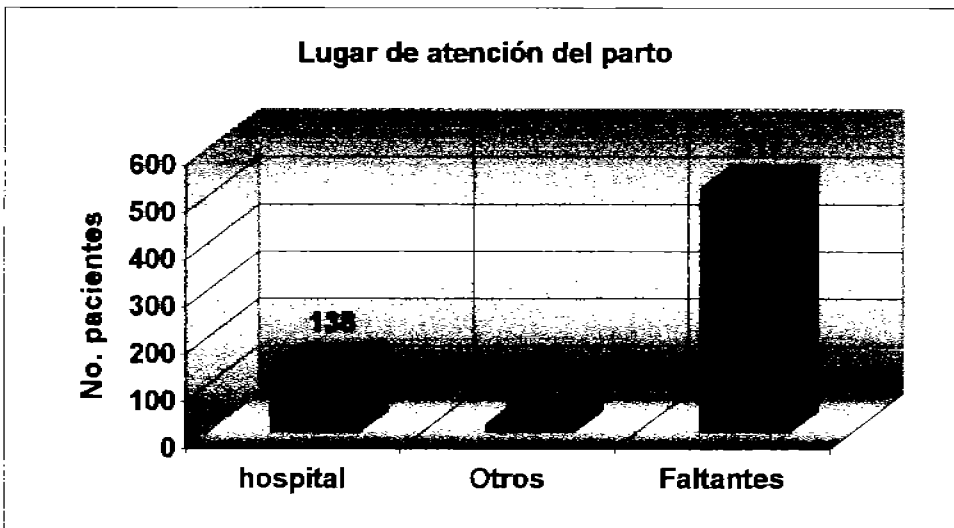
Cuadro y Gráfica # 5

Lugar de atención del parto y su relación con la demanda de atención por infección respiratoria aguda en la Unidad de Medicina Familiar No. 67. Ciudad Juárez Chihuahua 2004-2005

Cuadro 5

Lugar	Frec.	%
hospital	138	20.60%
Otros	15	2.20%
Faltantes	517	77.20%
Total	670	100%

Gráfica 5



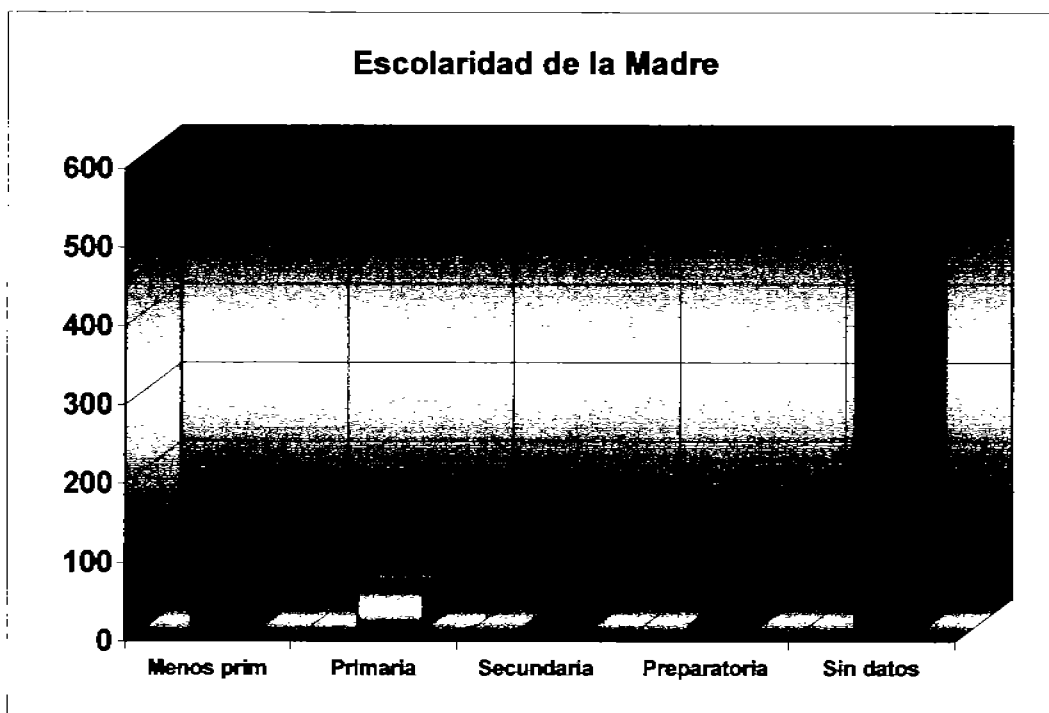
Fuente: revisión de notas médicas U.M.F. 67
Ciudad Juárez Chihuahua
Porcentajes en relación a n= 670
Fuente : cuadro 5

Cuadro y Gráfica # 6
Escolaridad de la madre. Relación con demanda de atención por
infección respiratoria aguda. Unidad de Medicina Familiar No. 67

Cuadro 6

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Menos prim	76	11.30%
Primaria	55	8.20%
Secundaria	1	0.10%
Preparatoria	5	0.70%
Sin datos	533	79.60%
Total	670	100%

Gráfica 6



Fuente: revisión realizada en notas médicas en la U.M.F. 67
Cd. Juárez Chih. 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 6

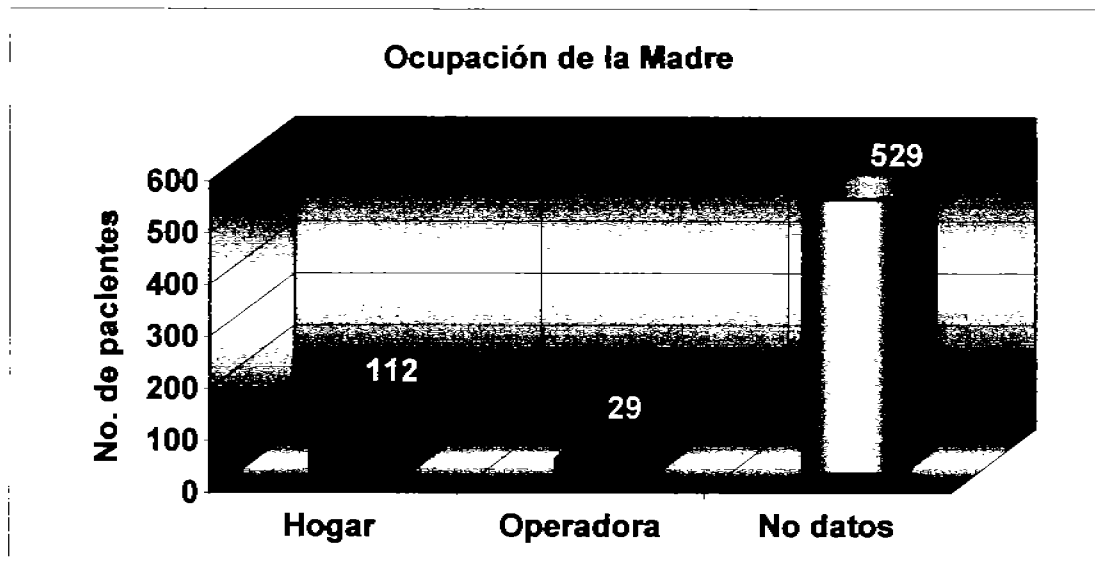
Cuadro y Gráfica # 7

Ocupación de la madre. Su relación con la demanda de atención en los hijos con infección respiratoria aguda. Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua 2004-2005

Cuadro 7

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	112	16.70%
Operadora	29	4.30%
No datos	529	79.00%
Total	670	100.00%

Gráfica 7



Fuente: revisión realizada en notas médicas en la U.M.F. 67

Cd. Juárez Chih. 2004-2005

Porcentajes en relación a n=670

Fuente: cuadro 7

Cuadro y Gráfica # 8

Fiebre. Relación de pacientes con infección respiratoria aguda

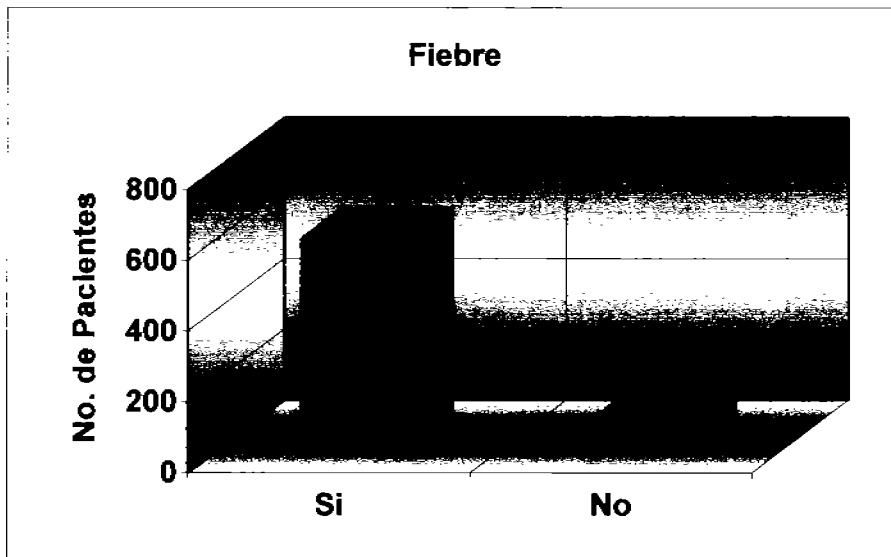
Unidad de Medicina Familiar No. 67

2004-2005

Cuadro 8

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Si	601	89.70%
No	69	10.30%
Total	670	100%

Gráfica 8



**Fuente: revisión realizada en notas médicas en la U.M.F. 67
Cd. Juárez Chih. 2004-2005**

Porcentajes en relación a n=670

Fuente: cuadro 8

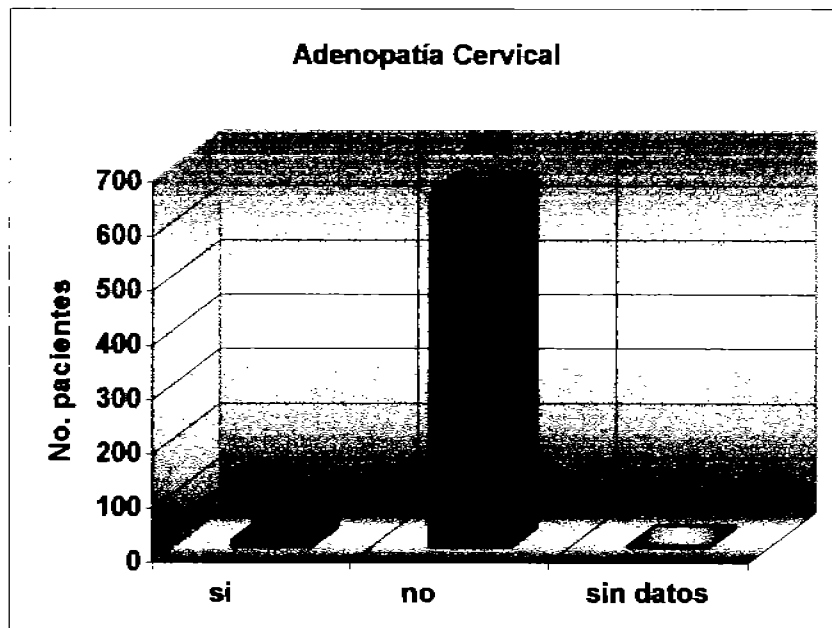
Cuadro y Gráfica # 9

Pacientes con adenopatía cervical en infección respiratoria aguda. Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 9

adenopatía	frecuencia	porcentaje
si	14	2.10%
no	652	97.30%
sin datos	4	1%
total	670	100%

Gráfica 9



Fuente: revision de notas medicas U.M.F. 67

Ciudad Juarez Chihuahua 2004-2005

Porcentajes en relación a n =670

Fuente: cuadro 9

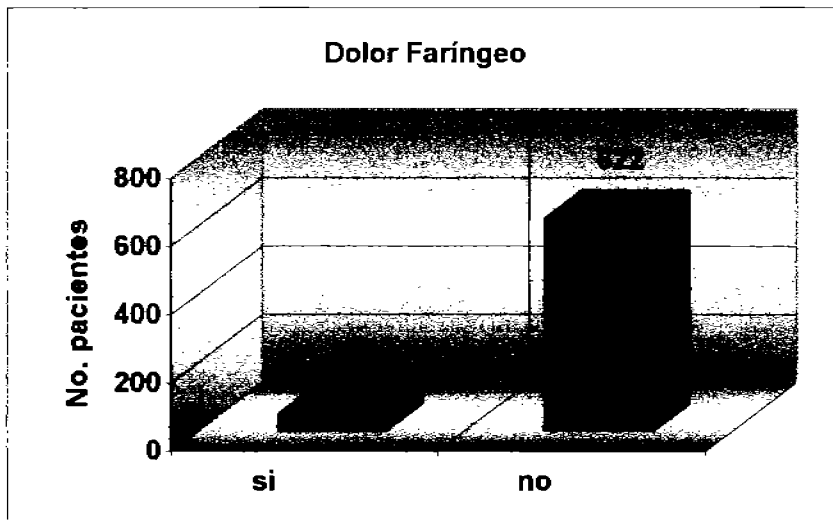
Cuadro y Gráfica # 10

**Dolor Faríngeo en pacientes con infección respiratoria aguda.
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Ciudad Juárez Chihuahua**

Cuadro 10

dolor faríngeo	frecuencia	porcentaje
si	48	7.20%
no	622	92.80%
total	670	100%

Gráfica 10



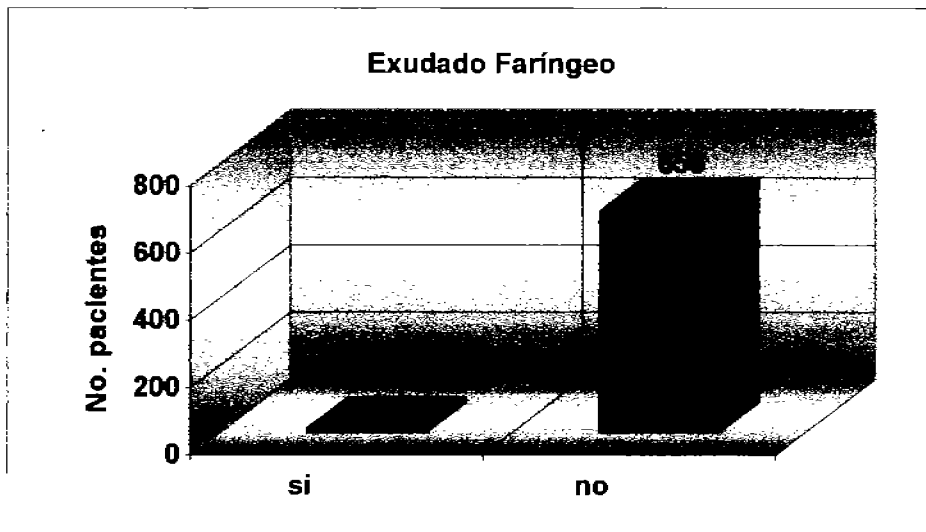
**Fuente: revisión de notas médicas U.M.F. 67
Ciudad Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 10**

Cuadro y Gráfica # 11
Exudado Faríngeo en pacientes con infección respiratoria aguda
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Ciudad Juárez Chihuahua

Cuadro 11

exudado	frecuencia	porcentaje
si	12	1.80%
no	658	98.20%
total	670	100%

Gráfica 11



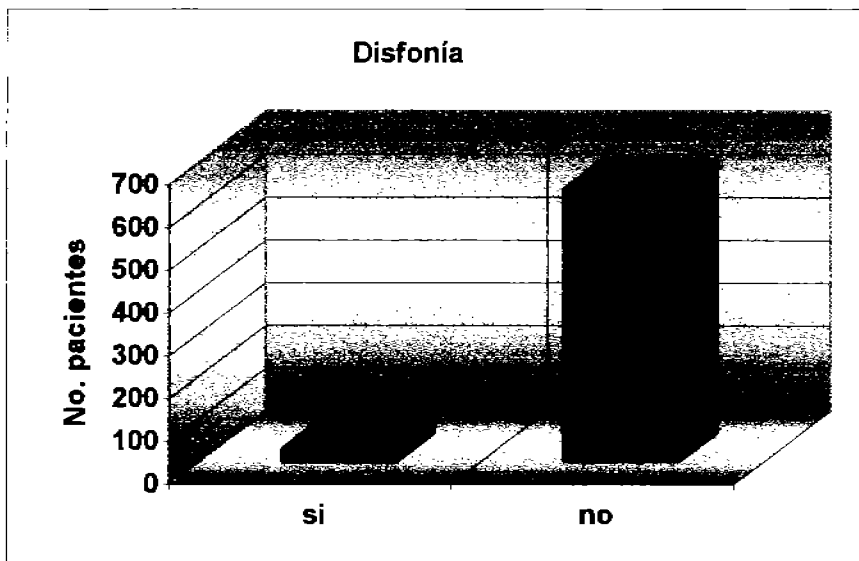
Fuente: revisión de notas medicas U.M.F. 67
Ciudad Juarez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente cuadro 11

Cuadro y Gráfica 12
Disfonía en pacientes con infección respiratoria aguda
Unidad de Medicina Familiar No. 67. CD. Juárez Chihuahua

cuadro 12

Disfonía	frecuencia	Porcentaje
si	32	4.80%
no	640	95.20%
total	672	100%

Gráfica 12



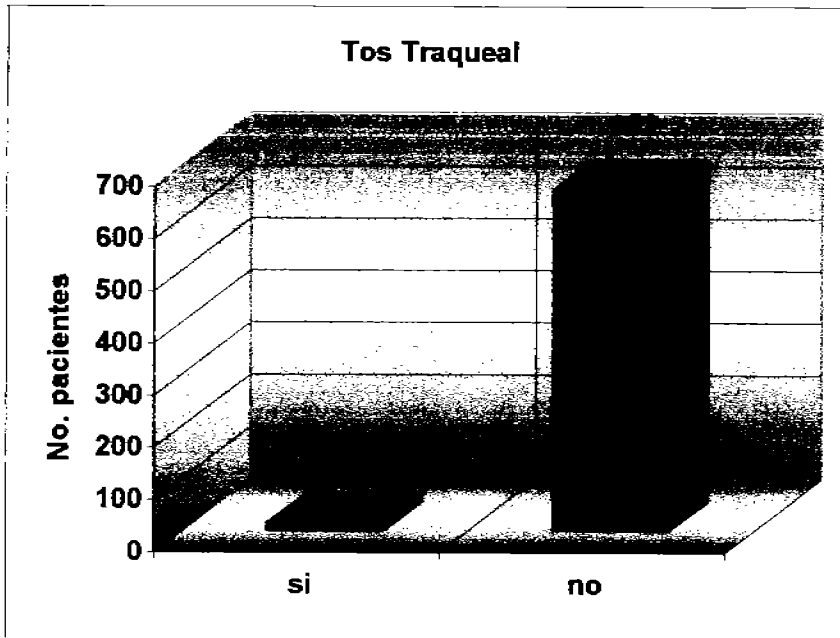
Fuente: revision de notas medicas U.M.F. 67
Ciudad Juarez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 12

Cuadro y Gráfica # 13
Tos traqueal en pacientes con infección respiratoria aguda
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 13

Tos traqueal	Frecuencia	Porcentaje
si	14	2.10%
no	652	97.30%
total	670	100%

Gráfica 13



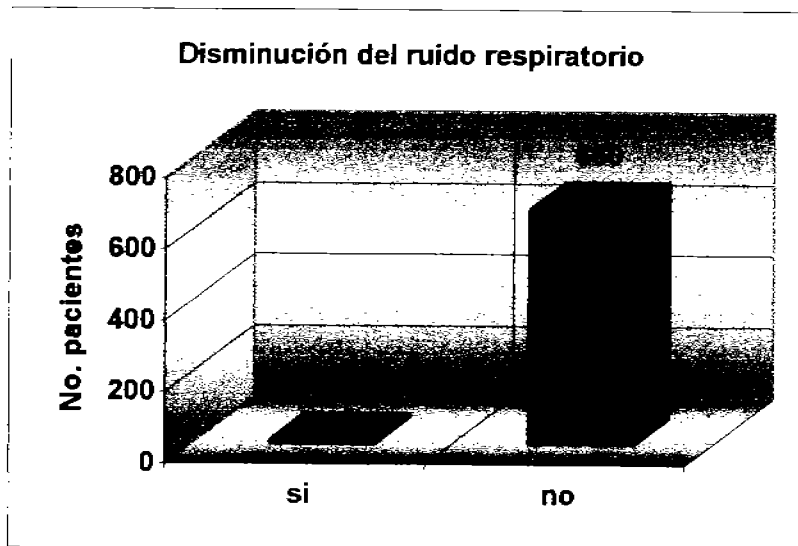
Fuente: revision de notas medicas U.M.F. 67
Ciudad Juarez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 13

Cuadro y Grafica # 14
Disminución del ruido respiratorio en infección respiratoria
aguda. Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 14

Disminucion r.r.	frecuencia	porcentaje
si	10	1.55%
no	660	98.50%
total	670	100%

Gráfica 14



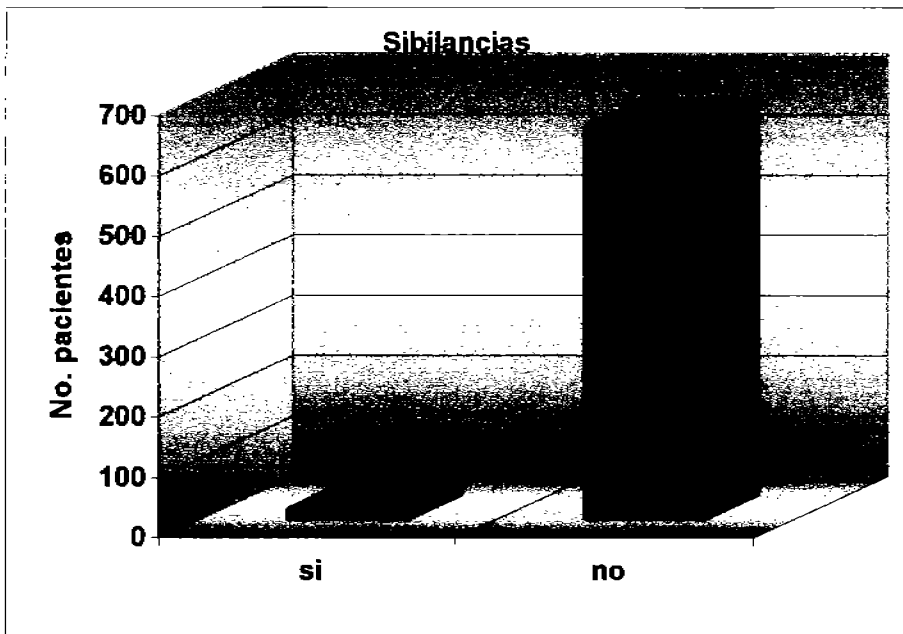
Fuente: revisión de notas médicas U.M.F. 67
Ciudad Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 14

Cuadro y Gráfica # 15
Sibilancias en infección respiratoria aguda. Unidad de Medicina Familiar No.67. Ciudad Juárez Chihuahua.

Cuadro 15

Sibilancias	Frecuencia	Porcentaje
si	18	2.70%
no	652	97.30%
total	670	100%

Gráfica 15



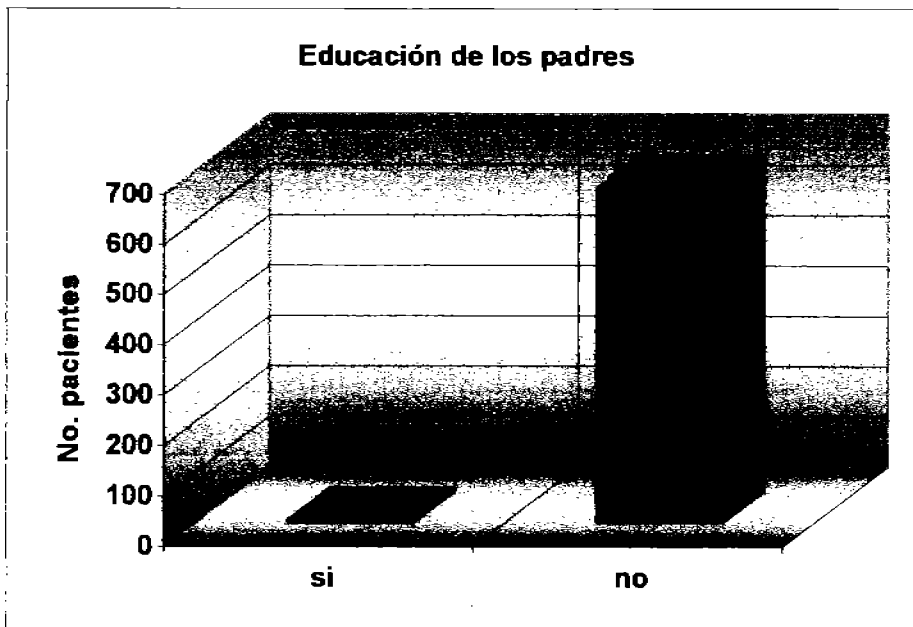
Fuente: revisión de notas médicas U.M.F. 67
Ciudad Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 15

Cuadro y Gráfica # 16
Educación de los padres en pacientes con infección respiratoria aguda. Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 16

Educación	Frecuencia	Porcentaje
si	5	0.70%
no	665	99.30%
total	670	100%

Gráfica 16



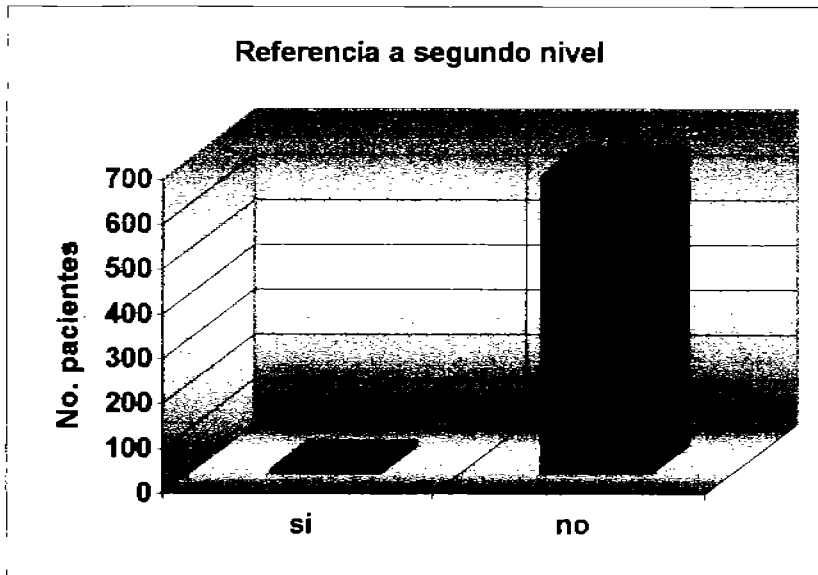
Fuente: revisión de notas médicas U.M.F. 67
Ciudad Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 16

Cuadro y Gráfica # 17
Referencia a Segundo nivel de pacientes con infección
respiratoria aguda. Unidad de Medicina Familiar No. 67
Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 17

Referencia	Frecuencia	Porcentaje
si	7	1%
no	663	99%
total	670	100%

Gráfica 17



Fuente: revisión de notas médicas U.M.F. 67
Ciudad Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente : cuadro 17

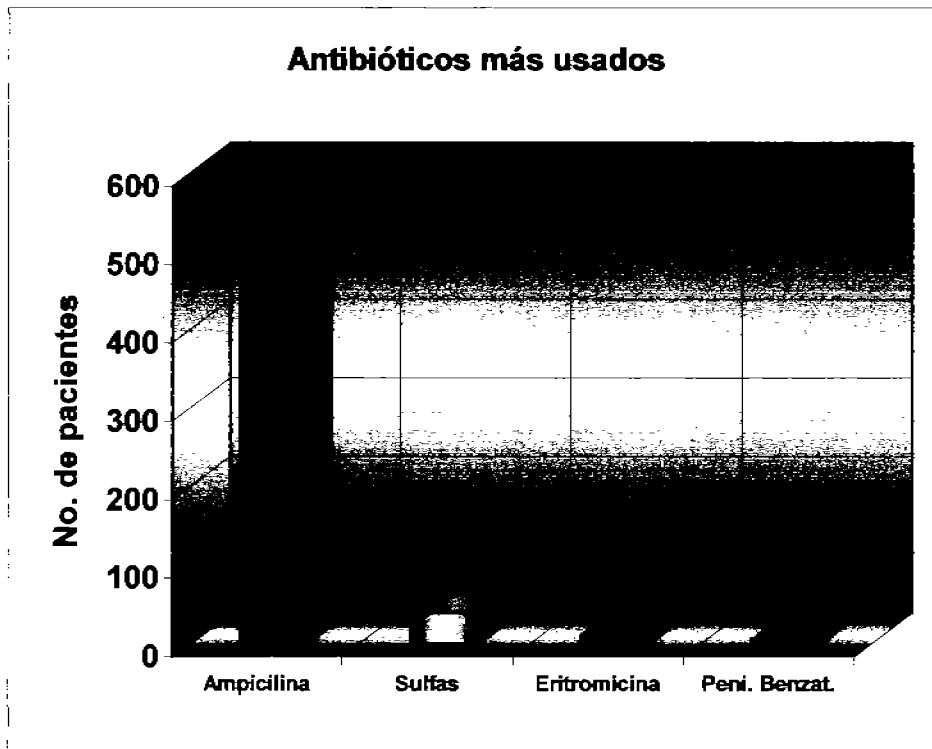
Cuadro y Gráfica # 18

**Antibióticos mas usados en infección respiratoria aguda
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua**

Cuadro 18

Antibiótico	Frecuencia	Porcentaje
Ampicilina	532	79.40%
Sulfas	39	5.80%
Eritromicina	11	1.65
Peni. Benzat.	5	0.70%

Gráfica 18



**Fuente: revisión realizada en notas médicas en la U.M.F. 67
Cd. Juárez Chih. 2004-2005**

Porcentajes en relacion a n=670

Fuente: cuadro 18

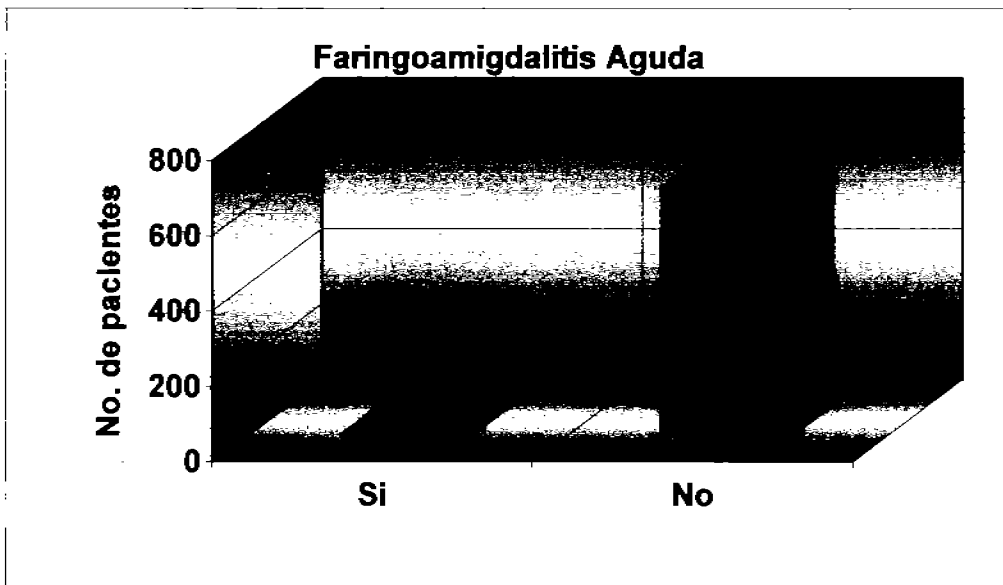
Cuadro y Gráfica # 19

Faringoamigdalitis y su seguimiento en base a guías diagnósticas.
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Cihuahua

Cuadro 19

Faringoamigdalitis	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	0.90%
No	664	99.10%
Total	670	100%

Gráfica 19



Fuente: revisión realizada en notas médicas en la U.M.F. 67
Cd. Juárez Chih. 2004-2005

Porcentajes en relación a n=670

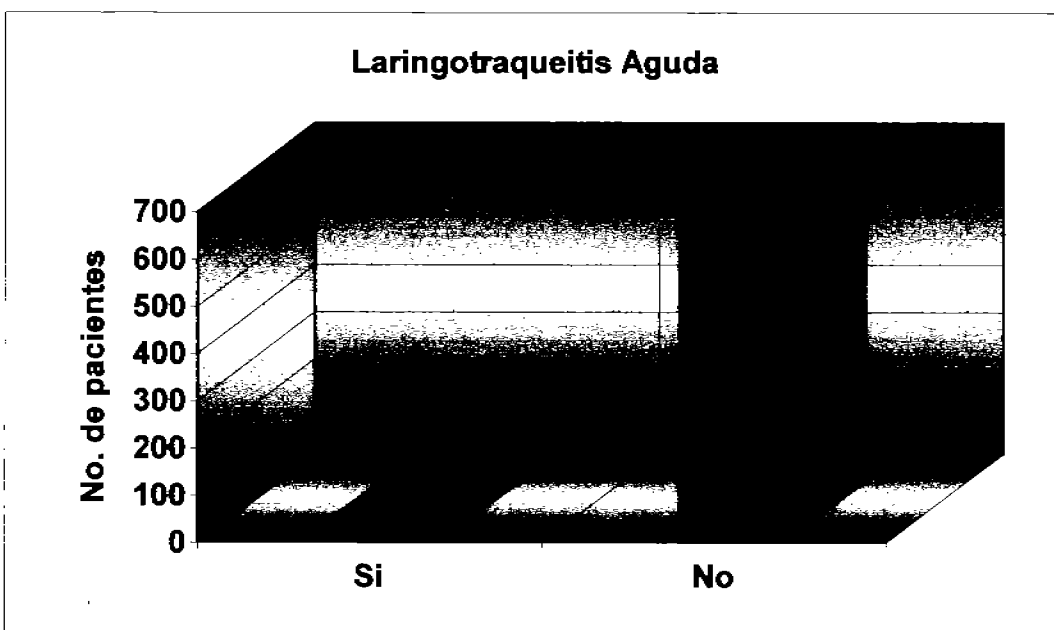
Fuente: cuadro 19

Cuadro y Gráfica # 20
Laringotraqueítis y su seguimiento en base en guías diagnósticas
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 20

Laringotraqueítis	Frecuencia	Porcentaje
Si	0%	0%
No	670	100%
Total	670	100%

Gráfica 20



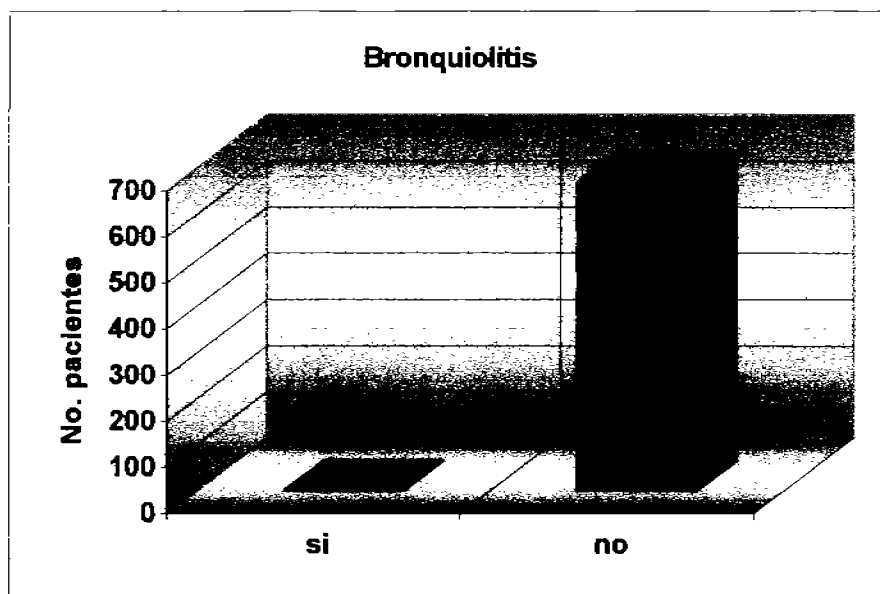
Fuente: revisión realizada en notas médicas en la U.M.F. 67
Cd. Juárez Chih. 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 20

Cuadro y Gráfica # 21
Bronquiolitis y su seguimiento en base a guías diagnósticas.
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 21

Bronquiolitis	Frecuencia	Porcentaje
si	0	0%
no	670	100%
total	670	100%

Gráfica 21



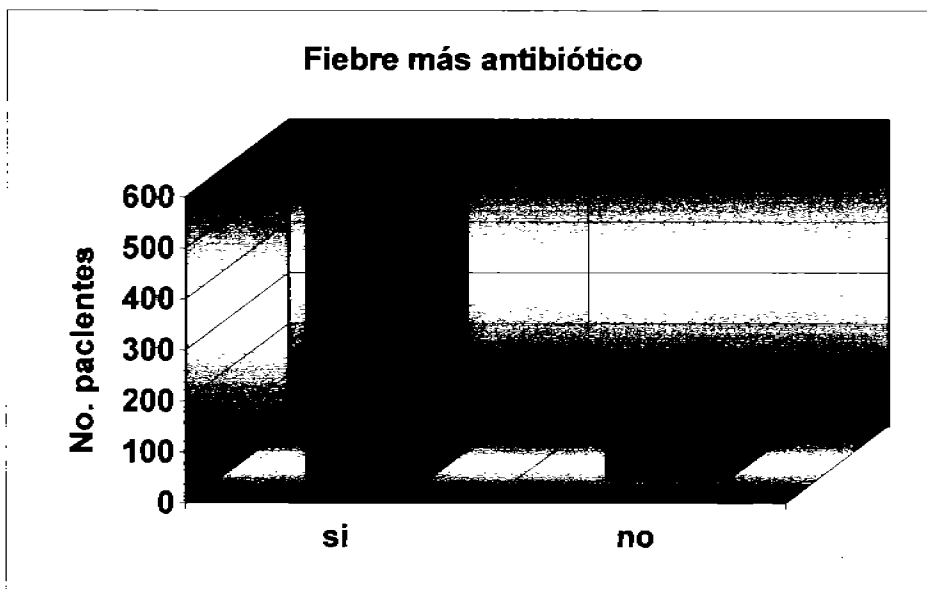
Fuente: revisión de notas médicas U.M.F. 67
Ciudad Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 21

Cuadro y Gráfica # 22
Fiebre en infección respiratoria aguda con administración de antibiótico
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 22

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
si	554	92.20%
no	116	7.80%
Total	670	100%

Gráfica 22



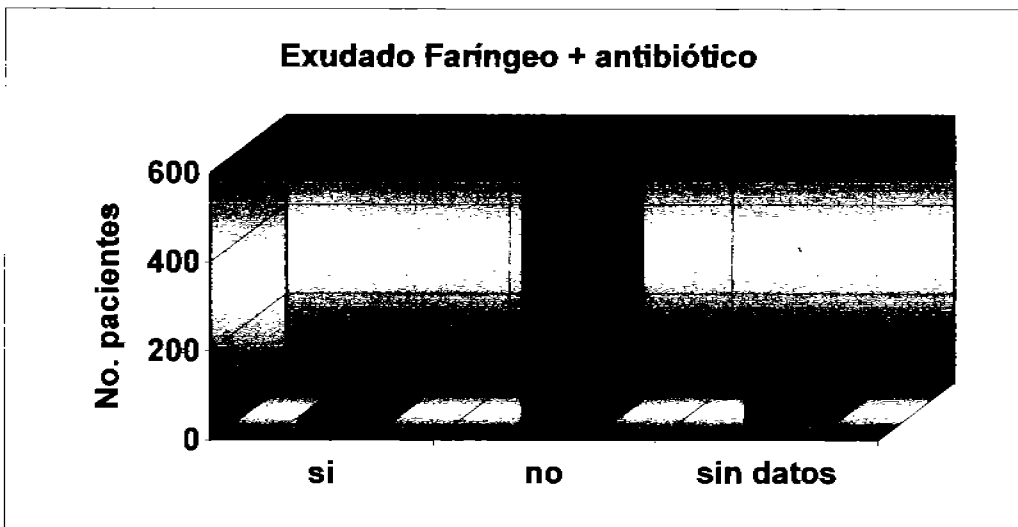
Fuente: revisión en notas médicas en la U.M.F. No. 67
Cd. Juárez Chihuahua. 2004-2005
Porcentajes en relación a n=670
Fuente: cuadro 22

Cuadro y Gráfica # 23
Exudado faringeo en infección respiratoria aguda con administración
de antibiótico. Unidad de Medicina Familiar No. 67
Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 23

Exudado	antibiotico si	Porcentaje
si	12	2%
no	580	88%
sin datos	78	10%
Total	670	100%

Gráfica 23



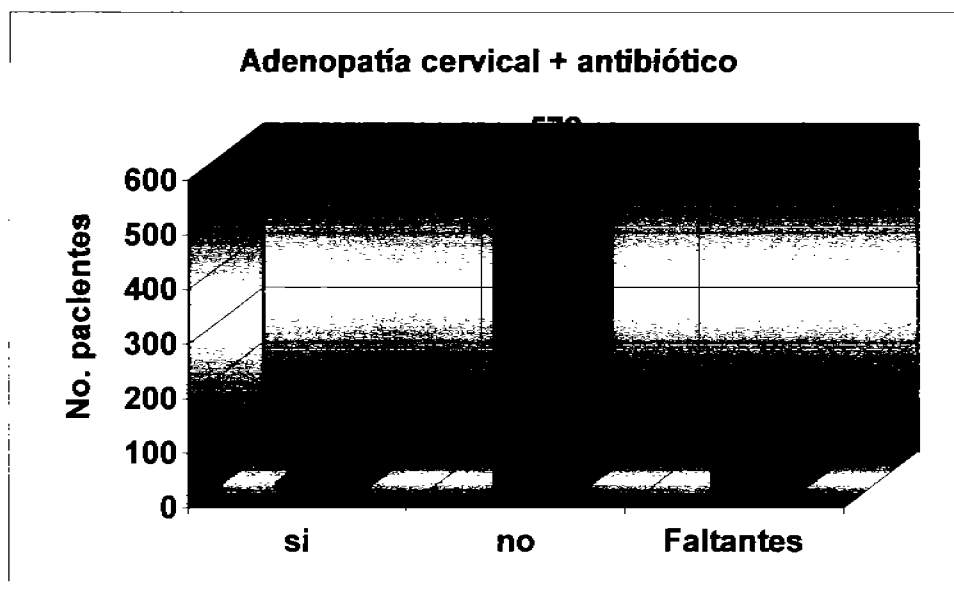
Fuente: revisión en notas médicas en U.M.F. No. 67
Cd. Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n= 670
Fuente: cuadro 23

Cuadro y Gráfica # 24
Adenopatía cervical en infección respiratoria aguda con administración
de antibiótico. Unidad de Medicina Familiar No. 67.
Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 24

Adenopatía	Antibiótico si	Porcentaje
si	14	0.40%
no	578	97.60%
Faltantes	78	2.00%
Total	670	100%

Gráfica 24



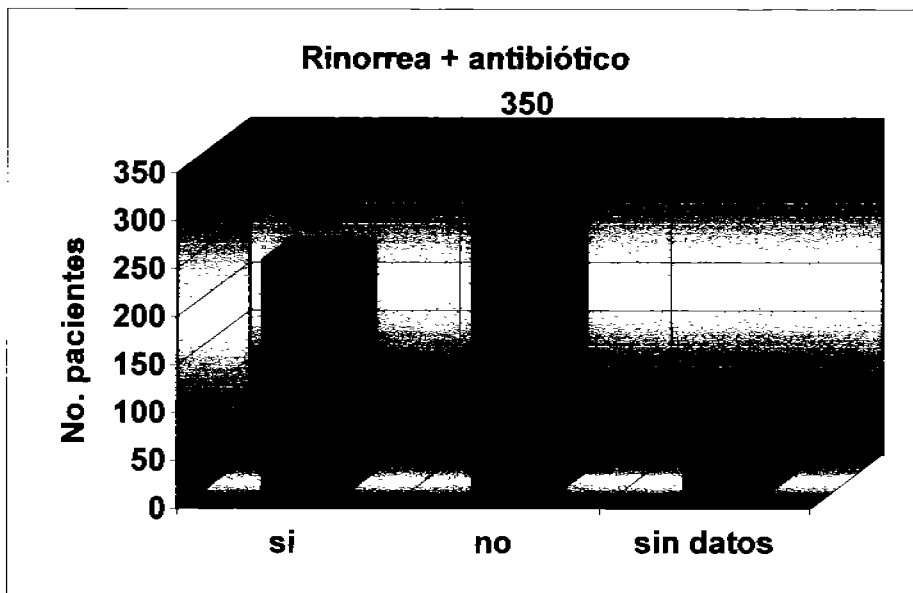
Fuente: revisión en notas médicas en la U.M.F. No. 67
Cd. Juárez Chihuahua
Porcentajes en relación a n= 670
Fuente: cuadro 24

Cuadro y Gráfica # 25
Rinorrea en infección respiratoria aguda con administración de antibiótico
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 25

Rinorrea	Antibiótico si	Porcentaje
si	242	30.90%
no	350	59.10%
sin datos	78	16%

Gráfica 25



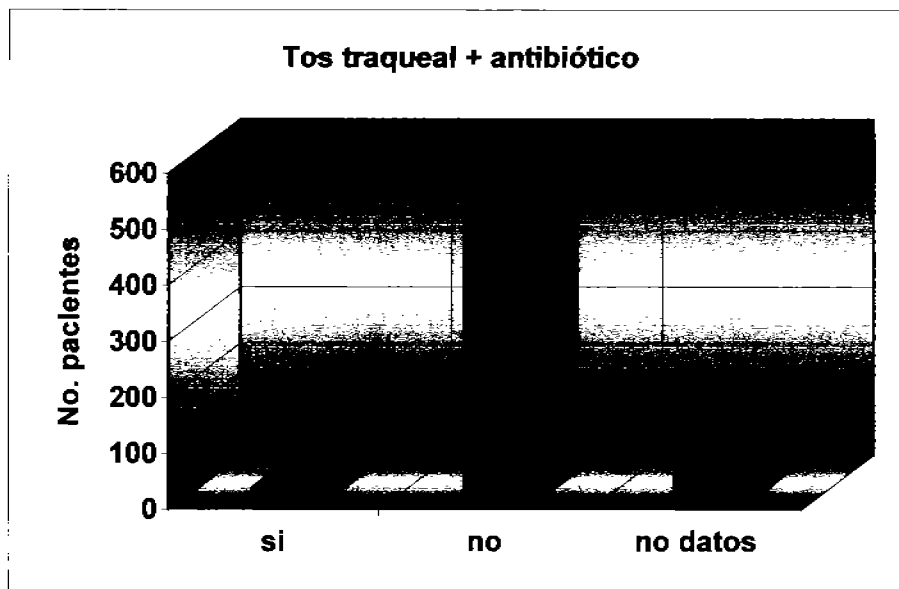
Fuente: revisión en notas médicas en U.M.F. No. 67
Cd. Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n= 670
Fuente: cuadro 25

Cuadro y Gráfica # 26
Tos Traqueal en infección respiratoria aguda con administración de
antibiótico. Unidad de Medicina Familiar No. 67.
Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 26

Tos Traqueal	Si antibiótico	Porcentaje
si	10	1.70%
no	582	88.70%
no datos	78	9.60%
Total	670	100%

Gráfica 26



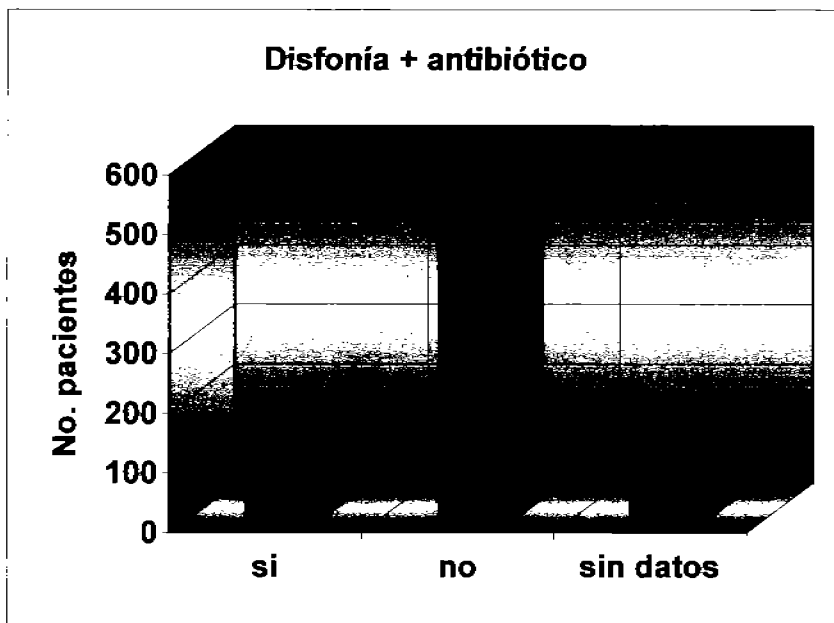
Fuente: revisión en notas médicas en U.M.F. No. 67
Cd. Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n= 670
Fuente: cuadro 26

Cuadro y Gráfica # 27
Disfonía en infección respiratoria aguda con antibioticoterapia.
Unidad de Medicina Familiar No. 67
Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 27

Disfonía	Si antibiótico	Porcentaje
si	28	4.70%
no	564	88.40%
sin datos	28	5.90%
Total	670	100%

Gráfica 27



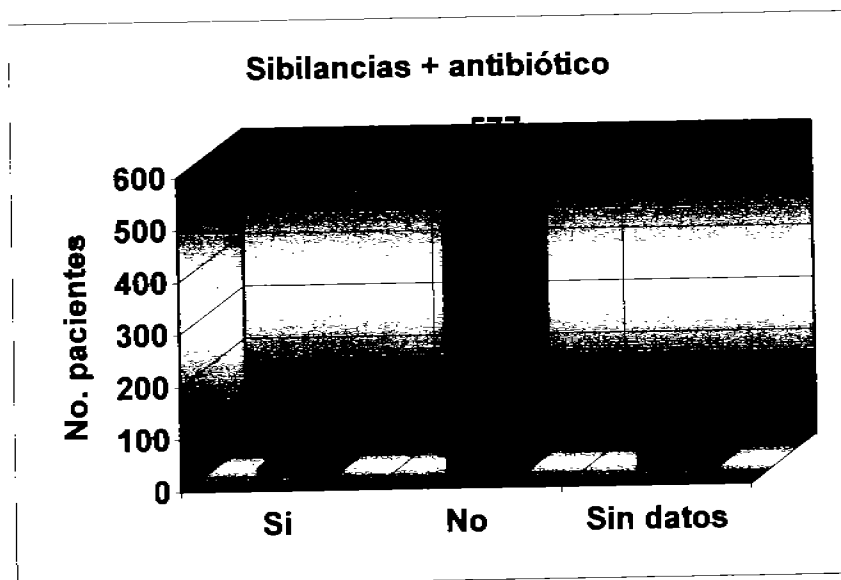
Fuente: revisión en notas médicas en U.M.F. No. 67
Cd. Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n= 670
Fuente: cuadro 27

Cuadro y Gráfica # 28
Sibilancias en infección respiratoria aguda con antibioticoterapia
Unidad de Medicina Familiar No. 67. Cd. Juárez Chihuahua

Cuadro 28

Sibilancias	Si antibiótico	Porcentaje
Si	15	2.50%
No	577	88.50%
Sin datos	78	9%
Total	670	100%

Gráfica 28



Fuente: revisión en notas médicas en U.M.F. No. 67
Cd. Juárez Chihuahua 2004-2005
Porcentajes en relación a n= 670
Fuente: cuadro 28