

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEDE

HGZ. #3 CON U.M.F

MAZATLAN, SINALOA, MEXICO

TITULO:

**APEGO DEL MEDICO FAMILIAR A LA NORMA OFICIAL MEXICANA EN LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.**

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

PRESENTA:

Dr. Fernando Lazalde Longoria

**SEDE
H.G.Z. #3 CON U.M.F.
MAZATLAN, SINALOA, MEXICO.**

**AÑO
2006-2009**



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.

TITULO:

**APEGO DEL MEDICO FAMILIAR A LA NORMA OFICIAL MEXICANA EN LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

A U T O R I Z A C I O N E S :

Dra. María de los Ángeles Rodríguez Ledesma

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Hospital General de Zona 3, Mazatlán, Sinaloa

Dr. José Gustavo Baza Salinas Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina

Familiar Hospital General de Zona 3, Mazatlán, Sinaloa.

SEDE
H.G.Z. #3 CON U.M.F.
MAZATLAN, SINALOA, MEXICO.

AÑO
2006-2009

**APEGO DEL MEDICO FAMILIAR A LA NORMA OFICIAL MEXICANA EN LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

PRESENTA:

DR, FERNANDO LAZALDE LONGORIA

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE GENERAL

1.-Titulo-----	1
2.-Índice general-----	4
3.-Antecedentes-----	5
4.- Planteamiento del problema-----	9
5.-Justificación-----	11
6.-Objetivo-----	13
7.- Metodología-----	14
• Tipo de estudio.	
• Población y tamaño de la muestra	
• Criterios de inclusión	
• Criterios de exclusión	
• Criterios de eliminación	
9.-Variables-----	16
10.-Procedimiento para captar la información-----	20
11.-Consideraciones éticas-----	21
12.-Recursos humanos físicos y financieros-----	22
13.- Resultados-----	23
14.- Discusión-----	26
15.-Conclusión-----	28
16.-Referencia bibliográficas-----	29
17.-Anexos-----	31

ANTECEDENTES.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son una inflamación de la mucosa nasal, faríngea y bronquial la cual se manifiesta por tos, rinorrea de 15 días de evolución, acompañado de síndrome infeccioso (ataque al estado general, fiebre y/o hiporexia). Durante todo el año las infecciones respiratorias agudas son la causa de principal consulta, en medicina familiar aumentando de manera importante durante los meses de invierno (1,2) La alta prevalencia de IRA en menores de 5 años en América Latina esta asociada a diversos factores de riesgo como son: bajo peso al nacer, ambiente no apropiado con tabaquismo positivo, contaminación por la preparación de alimentos con leña, la falta de alimentación al seno materno los primeros seis meses de vida, incumplimiento en su vacunación, desnutrición, uso de combustibles para la calefacción durante la temporada de invierno entre otros. Siendo de 10.5 % la prevalencia, de acuerdo al estudio retrospectivo observacional realizado en Piobamba ubicado en el distrito de Oaxamarca. La prevalencia se eleva en menores de 1 año al 53% así lo demuestra el estudio realizado en San Juan Aleotenango Sacatepequez en Guatemala (3,4,5). El comportamiento epidemiológico en la Delegación del IMSS de Coahuila, la mayor incidencia se presentó durante los meses de noviembre-diciembre 20.3%, enero-febrero 23.7 %, marzo-abril 18.37%. En grupos de edad menores de 5 Años: 41.3% (6). En México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el comportamiento epidemiológico de las Infecciones Respiratorias Agudas en el año 2005 fue de la siguiente manera: en menores de 5 años 3,485,849 , de 14 - 64 años 9,037,644, 65 y más años 1,034,216 . Con un total anual de 13,557,709 casos.. (7) Existen diversas literaturas que avalan que la etiología en un alto porcentaje es viral (80-90 %) (Rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, virus sincisial respiratorio, herpes y coxaquie). De origen bacteriano, como: neumococo hemophilus influenzae, estreptococos y estafilococos. Comúnmente las IRA virales son tratadas a base de antibióticos principalmente sin ser necesarios, pues la mayoría se resuelven en un término de 7 a 14 días, en forma

espontánea, sin ser necesario el uso de antibióticos como se manejan en la actualidad, sin tomar en cuenta los efectos secundarios de estos medicamentos (8,9,10,11,12,13) En algunos países del mundo existe preocupación por el uso indebido de los antibióticos tal es el caso de España donde se esta gestando campaña de concientización sobre el uso de los antibióticos. En Pakistán el gobierno en 1989 lanzó el programa para el control de las IRA y el uso razonado de antibióticos(14,15,16,17). La alta morbilidad se asocia con la pobreza, así pues en los países subdesarrollados la morbilidad es alta tanto en menores de 5 años y adultos mayores de 60 años, Agravando la situación los factores de riesgo asociados como la desnutrición, falta de lactancia materna en los primeros 6 meses de edad, ambiente con padres fumadores, hacinamiento, malas condiciones de la vivienda, presencia de alérgenos, procedencia rural, entre otros favorecen las (IRA) aumentando la morbimortalidad.(18)

Los datos clínicos son variados tanto para las IRA de origen viral como para las de origen bacteriano las cuales incluyen: estornudos, rinorrea, obstrucción nasal, enrojecimiento de la faringe, dolor faríngeo, adenopatía cervical, fiebre menor de dos semanas, tímpano abombado, dolor frontal, cefalea), el diagnóstico para cada patología se basa en los datos clínicos, exploración física como otoscopia, laringoscopia, rinoscopia, estudios radiológicos, exámenes de laboratorio como biometría hemática, exudado, cultivos con antibiograma. Las Infecciones Respiratorias Agudas se mantienen entre las primeras causas de demandas de atención médica nacional e internacional con una tendencia creciente donde su pronóstico depende de los factores de riesgo y apego del personal de salud a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana en el manejo sobre estas patologías. La cual es un documento avalado por la secretaria de salud que explica las medidas preventivas,

control y tratamiento para el manejo de estas patologías. Las medidas de prevención incluyen las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas, y que se deben promover en la comunidad, las cuales son: dar lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y complementaria después de esa edad; vigilar y en caso necesario, orientar a la familia sobre la alimentación adecuada y otras medidas que contribuyan a corregir el estado nutricional del niño; vacunar contra el sarampión, tos ferina, difteria e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b, de acuerdo con el esquema referido en el numeral de esta Norma y el que señale la Cartilla Nacional de Vacunación vigente que incluye: evitar la combustión de leña, o el uso de braseros en habitaciones cerradas; evitar los cambios bruscos de temperatura; en época de frío, mantener abrigados a los niños; proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas "A" y "C" Evitar el hacinamiento humano, para disminuir la transmisión de estas infecciones, ventilar la habitación del niño, fomentar la atención médica del niño sano.

Medidas de control: Aumentar la 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, la fiebre, y el malestar general, con acetaminofén, 60 MG/Kg./día, vía oral, dividido en cuatro a seis tomas; En menores de un año, no aplicar supositorios para la fiebre; No utilizar jarabes o antihistamínicos; Si existen factores de mal pronóstico, revalorar al niño en 48 horas y capacitar a la madre o responsable del menor en el reconocimiento de los signos de dificultad respiratoria así como los cuidados en el hogar, con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna;

Explicar a la madre por qué la tos es un mecanismo de defensa, que se debe favorecer;

Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes; Evaluar el estado nutricional, así como registrar peso y talla en la Cartilla Nacional de vacunación. El tratamiento con antimicrobianos de IRA Faringoamigdalitis purulenta: como medicamento de primera elección Penicilina benzatínica 1,200.000 unidades intramuscular, dosis única. En caso de alergia utilizar como segunda elección: Eritromicina 30-40 mg por Kg. al día dividido en 3 dosis por 10 días. En caso de falla terapéutica utilizar Clindamicina 10-20 mg por kilo por día , dividido en 4 dosis por día durante 10 días. En la otitis media aguda: Amoxicilina 40 mg. /kilo / día en 3 dosis por día / 7 días. Como alternativa el trimetropin 8-10 mg./kilo./día –sulfametoxazol 40 -50 mg./Kg./día dividido en dos tomas al día por 7 días. En la sinusitis: Como medicamento de elección la amoxicilina con mismas dosis y de alternativa el trimetoprin con sulfametoxazol y la eritromicina con dosis mencionadas.(19,20

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Actualmente el IMSS cuenta con un programa de acciones medico-preventivas para sus derechohabientes, siendo beneficiada la población en general, lo cual es promovido por los médicos familiares y trabajo social en forma prioritaria hacia los menores de cinco años y los mayores de sesenta con el sistema de enseñanza aprendizaje vigente. La prevalencia de las infecciones respiratorias agudas en nuestra comunidad es alta, siendo uno de las principales motivos de consulta en medicina familiar, correspondiendo su atención al primer nivel de atención siendo un problema de salud de gran magnitud que ocasiona año con año muy altos costos sobretodo en invierno que es cuando se incrementa la incidencia de estas patologías, siendo una de las principales causas de consulta con un total anual de 13,557,709 casos a nivel nacional correspondiendo al Hospital General de Zona no. 3 de Mazatlán, Sinaloa un total de 27,579 casos, de acuerdo al sistema de información de atención integral de la salud. (SIAIS.) Hasta el momento no se a logrado un descenso en la alta incidencia a pesar de las estrategias de salud establecidas por lo cual es apremiante transformar la conducta tradicionalista del medico familiar por medio del conocimiento significativo que le permita enfrentar estas patologías con alta capacidad médica resolutive basados en la prevención y control tal como lo indica la Norma Oficial Mexicana y así lograr un alto nivel de competencia donde se evitarían gastos innecesarios por el mal uso de los antibióticos así como sus efectos secundarios pues recordemos que un alto porcentaje de las Infecciones Respiratorias Agudas son de etiología viral. (80 -90%). Hasta el momento no se ha determinado si la atención que proporciona el medico familiar esta de acuerdo a lo establecido para la atención de estos padecimientos. Por lo que se

plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Se apega el medico familiar a la Norma Oficial Mexicana en el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas?

JUSTIFICACION:

Las infecciones respiratorias agudas son la causa principal de consulta, en medicina familiar aumentando de manera importante durante los meses de invierno. En México el comportamiento epidemiológico de la Infecciones Respiratorias Agudas de acuerdo al boletín anual del IMSS 2005 reporta un total anual de 13, 557,709 casos. Al analizar la situación de América latina, vemos que existe heterogeneidad en el perfil epidemiológica en cuanto a infecciones de vías respiratorias entre estas naciones y nuestro país. Es una enfermedad de gran trascendencia para la sociedad, dentro del entorno familiar se ven afectadas las funciones de los miembros, laboralmente los trabajadores se incapacitan con mas frecuencia, siendo de una gran repercusión en su economía, tanto a nivel familiar como para las empresas o industrias, la educación de los escolares se trastorna por ausentismo a clases. Considero que existe la factibilidad para realizar esta investigación, ya que hay los recursos necesarios para ello, como son los expedientes de los pacientes con IRA, el departamento de medicina familiar, así mismo con la NOM de manejo de Infecciones Respiratorias Agudas, El hecho que los médicos no se apeguen a la norma oficial mexicana de manejo de IRA, es vulnerable ya que por medio de capacitación del personal de salud, con cursos informativos sobre las medidas preventivas y de control, así como la información de los padres de familias sobre estos padecimientos, logrará una mejor atención de estos pacientes, de acuerdo a lo normado. La realización de la presente investigación es viable, porque no afecta la dignidad de los pacientes, la información se maneja con completa confidencialidad. Es posible pues se cuenta con los expertos en metodología de investigación en el hospital para asesorar a los alumnos. Los resultados de esta investigación representan un gran beneficio para los pacientes, cuenta con elementos para mejorar la atención medica, el funcionamiento del hospital, utilización adecuada de

los recursos, y para el personal medico, conocimientos que se adquieran mediante cursos de concientizacion.

OBJETIVO.

Determinar el apego del medico familiar a la Norma Oficial Mexicana en el manejo de Infecciones Respiratorias Agudas.

Metodología:

Diseño de estudio: transversal.

Tipo de estudio: retrospectivo, observacional

Lugar de estudio:

Hospital General de Zona No. 3 Mazatlán, Sinaloa.

Departamento de Medicina Familiar.

Periodo de estudio:

Del 1 marzo 2007 al 30 junio 2007.

Población de estudio:

Revisión de expedientes de derechohabientes que acudieron a consulta de medicina familiar Hospital General de zona # 3 Mazatlán, Sinaloa.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Expedientes de pacientes de menores de 5 años.
2. Ambos sexos.
3. Expedientes de pacientes que fueron atendidas en medicina familiar por Infecciones Respiratorias Agudas

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.-Expedientes de pacientes con infección de respiración aguda y antecedentes de:
Asma , alérgicos, inmunodeprimidos y desnutridos

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- 1.- Expedientes incompletos en la información sobre el diagnóstico y tratamiento sobre las Infecciones Respiratorias Agudas.
- 2.- Expedientes con letra ilegible.

TIPO DE MUESTRA:

Muestra no probabilística por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

200 expedientes.

CUADRO DE VARIABLES.

Nombre de la variable	Definición teórica	Definición operativa	Escala de medición.	Unidad de medición
Infecciones de vías respiratorias agudas	Padecimientos infecciosos que afectan al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales.	Los siguientes diagnóstico escrito en los expedientes: Faringoamigdalitis Purulenta. Otitis media Supurada. Sinusitis. Bronquitis. Laringitis.	Nominal.	Faringoamigdalitis Purulenta. Otitis media Supurada. Sinusitis. Bronquitis. Laringitis.
Apoyo a Norma Oficial Mexicana de infecciones respiratorias agudas	Recomendaciones para los diagnósticos y tratamiento en las infecciones respiratorias agudas.	Recomendaciones de la NOM. En el manejo de las IRAS, que el médico escribe en el expediente.	Nominal.	Si - No
Uso de	Es una sustancia	Prescripción escritas en	Nominal.	Si - No

antibiótico s.	química producida por un ser vivo o derivada sintética de ella que a bajas concentraciones mata —por su acción bactericida— o impide el crecimiento —por su acción bacteriostática— de ciertas clases de microorganismos sensibles	el expediente por parte del medico de medicamentos tales como: 1.-Penicilina benzatinica combinada 1200,000 U.I. dosis única IM. 2.-Amoxicilina 40 mg./Kg. Por 7 días V.O. 3.-Eritromicina, 30-40 mg/día 4.- Clindamicina 10-20/mg/Kg./día 5.timetroprim con sulfametoxazol 40-50 mg.x kg.x día cada 12 hrs. 7 días.		
Uso de expectorantes.	Sustancias que estimulan la expulsión de las Secreciones de las vías respiratorias.	Prescripción en el expediente de ambroxol jarabe.	Nominal.	Si - No
Uso de	Sustancia que contra	Prescripción en el	Nominal	Si - No

antihistamínicos.	resta el efecto de la histamina.	expediente de: Clorfinamina jarabe Difenhidramina jarabe.		
Uso de analgésicos.	Sustancias para la abolición de la sensibilidad al dolor	Prescripción en el expediente Acetaminofen 60mg/Kg. /dia.Cada 6 hrs.	Nominal	Si – No

Ingesta de líquidos.	Cuerpo liquido Que se adapta al vaso que Lo contiene.	Sugerir por parte del medico de ingesta extra de caldos, jugos y Líquidos.	Nominal.	Si-No
Alimentación.	Acto de dar o recibir Alimento.	Indicación de consumir alimentos en Forma habitual.	Nominal.	Si-No
Lactancia.	Alimentación de los niños por medio de la leche materna	Indicación de alimentar al niño con seno materno.	Nominal.	Si-No
Otorrea.	Flujo o derrame auditivo.	Si el medico sugerir la limpieza del conducto	Nominal.	Si-No

		auditivo externo con mechas de gasa 3 veces al día. No aplicar gotas oticas.		
Acetaminofen Supositorios.	Medicamento analgésico Antipirético.	No aplicar a niños menores de un año.	Nominal.	Si-No
Datos de insuficiencia respiratoria.	Signo-sintomatología de alarma del aparato respira torio.	Capacitación de la madre por el medico para que solicite atención en forma oportuna en caso de insuficiencia respiratoria	Nominal.	Si-No
Tos.	Mecanismo de defensa .Expulsión súbita y violenta de aire de los pulmones.	Explicar a la madre que la tos, es un mecanismo de defensa que se debe de favorecer.	Nominal.	Si-No
Cartilla nacional De vacunación.	Documento para el control de Vacunas.	Revisar y aplicar las dosis faltantes.	Nominal.	Si-No
Nutrición.	Propiedad esencial de los seres vivos que consiste en el doble proceso de asimilación y desasimilación.	Evaluar el estado nutricional Registro de peso y talla en la Cartilla Nacional de Salud.	Nominal.	Si-No

Procedimiento para captar la información.

En la consulta externa de medicina familiar se revisaran los expedientes de los pacientes que acudan con el diagnóstico de infecciones respiratorias agudas, se utilizará un cuestionario donde se recogerá la información y se determinará si la atención proporcionada por el medico familiar se apega a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación toma en cuenta la dignidad de las personas que participan, la información que se utilizó se mantuvo con confidencialidad. El estudio está de acuerdo a la Declaración de Helsinki, y a lo establecido en la Ley General de Salud.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

RECURSOS HUMANOS

Se cuenta la participación del investigador así como la intervención de dos asesores y dos bibliotecarias.

RECURSOS FISICOS

Actualmente con el expediente electrónico la recavación de datos es mas accesible por lo tanto se cuenta con uno para cada paciente con un registro de datos durante todo el año. También se cuenta con un a biblioteca con suficiente información e Internet ampliamente equipada con mobiliario suficiente y turnos Matutino vespertino durante todo el año. Computadora,, consultorios, hojas, lápices.

RECURSOS FINANCIEROS

La investigación será financiada con recursos del propio investigador

RESULTADOS:

De los 200 expedientes revisados el rango de edad fue de dos meses a 5 años, con un promedio de 3 años, la patología predominante fue la rinofaringitis con 73 casos 36% en segundo lugar la faringitis congestiva con 70 casos 35% , en tercer lugar la faringoamigdalitis purulenta con 49 casos 24.5% , cuarto lugar para otitis media aguda 8 casos a los cuales no se realizo la limpieza de la otorrea 0%. Los médicos omitieron la indicación de incrementar la ingesta de Líquidos en 200 menores de 5 años 0%. La recomendación de la alimentación solo a 4 pacientes de los 200 expedientes revisados 2%. De los 17 pacientes pediátricos lactantes a ninguno recomendó continuar con la lactancia 0%. Para el dolor solo dio analgésico a 76 pacientes de los 200 presentados 38%. De los 17 pacientes pediátricos donde se contraindica la administración de analgésicos rectal a ninguno le sugirió esta recomendación 0%. Los jarabes los indico a 108 pacientes 54%, y de los 200 pacientes que debió recomendar en caso de mal pronostico que se acudiera a los servicios de urgencias a ninguno le sugirió esta recomendaciones 0%. El mecanismo de la tos solamente se lo explico a 3 de los 200 pacientes de los expedientes revisados 1.5% . La revisión de cartilla de los 200 pacientes solamente lo realizo en 3 expedientes 1.5%. El estado nutricional solo lo realizo en 4 pacientes de los 200 expedientes revisados 2%. Se utilizaron antibióticos en el 64.5 %, predominando la penicilina G. procainica de 800 000 ui. en el 19% En segundo lugar la ampicilina en el 14%, en tercer lugar el trimetoprin con sulfametoxazol en el 13%. Con predominio de la vía oral y en segundo lugar la intramuscular.

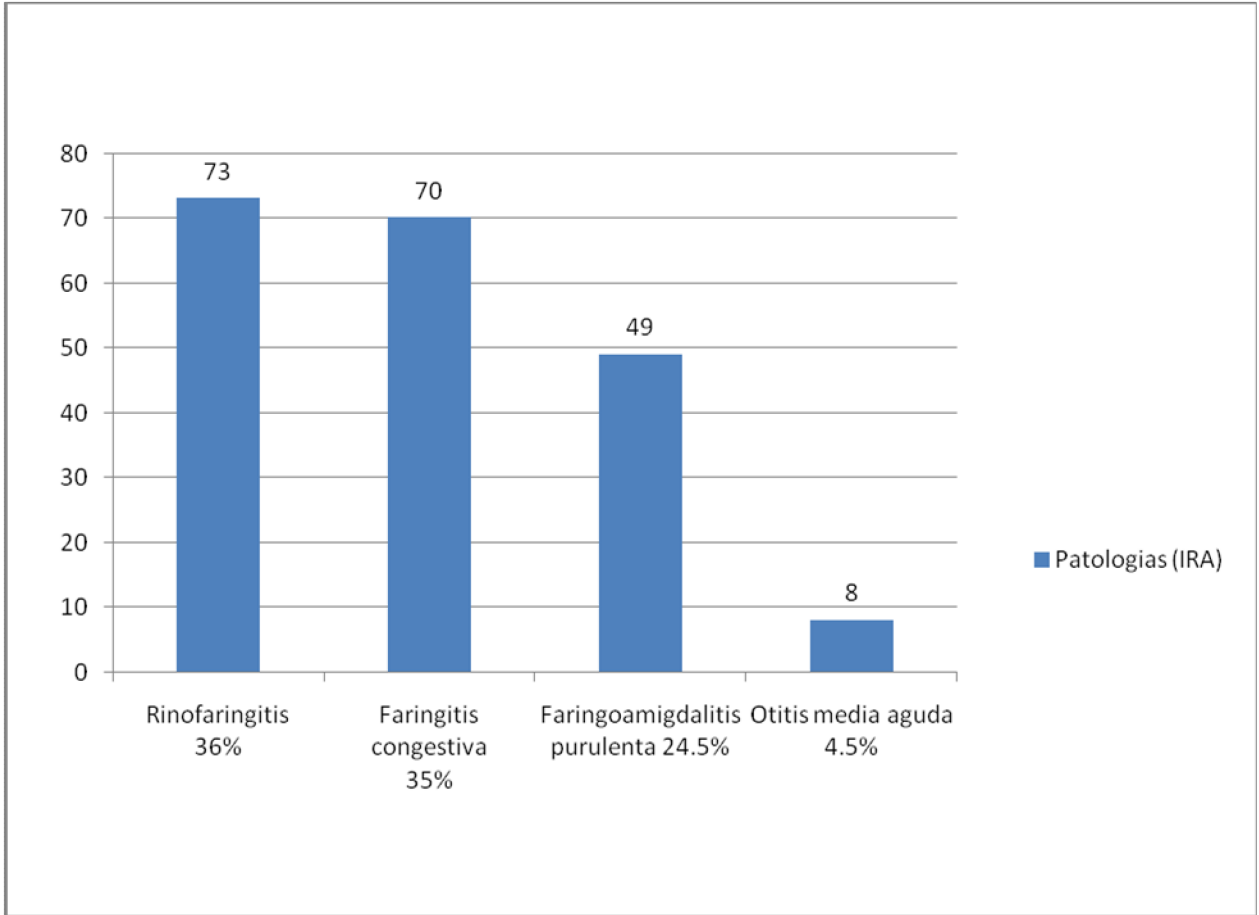


Fig. 1.- Casos de infecciones respiratorias agudas por patologías.

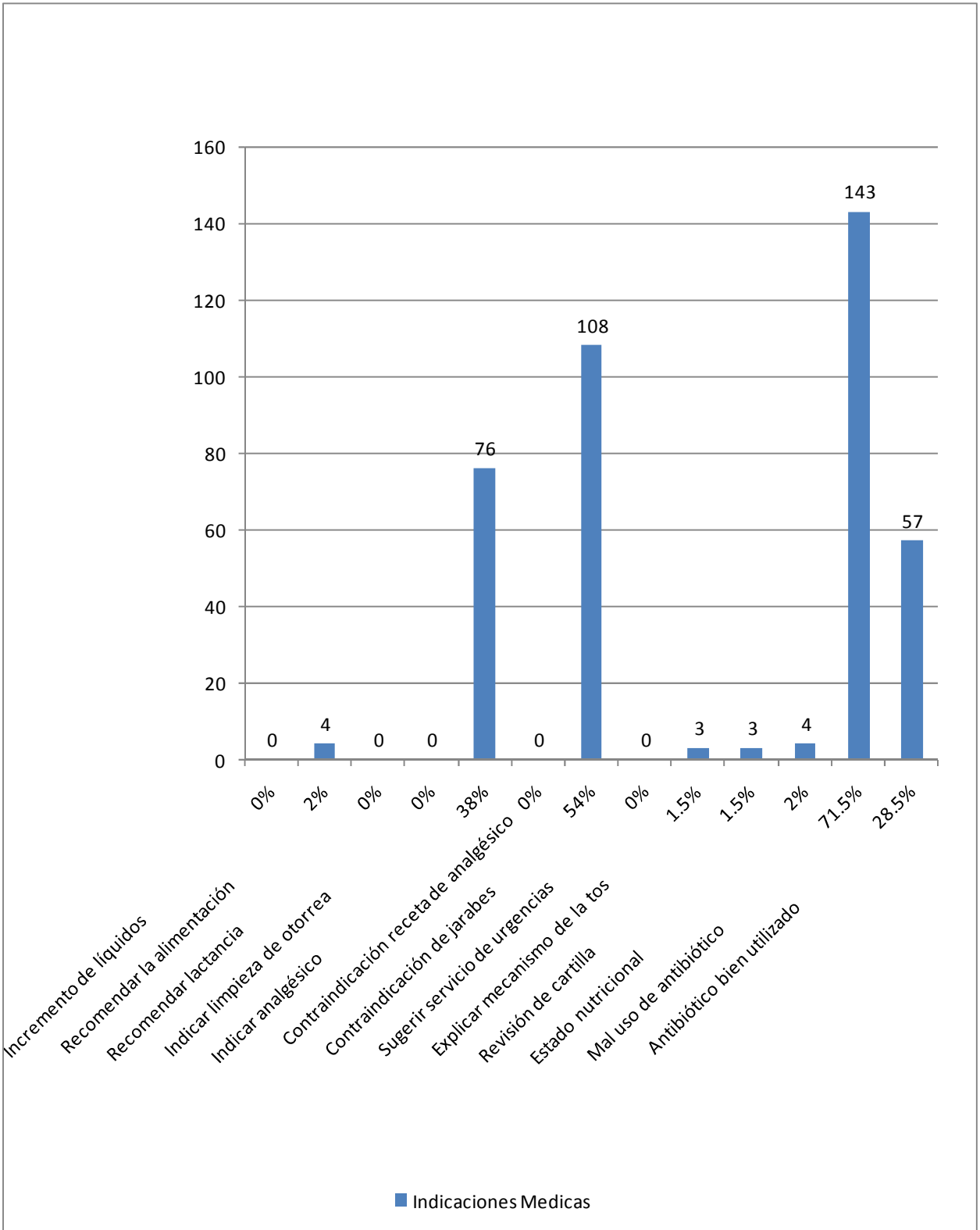


Fig.2.- Cumplimiento de indicaciones medicas recomendadas por la N.O.M. en IRA.

DISCUSION.

Nuestros resultados coinciden con la mayoría de los autores en la prevalencia de las IRA. Donde la edad promedio es de tres años. Dato similar señalado por Fernández Salgado Rubio Bautista J. Cuando nos habla de los factores predisponentes de las IRA. Las patologías encontradas con mayor frecuencia fueron la rinofaringitis y faringitis congestiva, lo que avala que la etiología es de origen viral en un alto porcentaje viral, tal como lo afirma Avendaño en su artículo de Resfriado común influenza y otras infecciones respiratorias virales, donde dice que el 80-90% de las IRA son virales con predominio de los serotipos: rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, echo, coxsackie, existiendo a su vez numerosos serotipos. Siendo la primer causa de consulta con el médico familiar, dato que a nivel internacional es similar tal como lo afirma Elisa Barrios de León en el estudio de prevención a las IRA. San Juan Aleotenango Scatepequez en Guatemala 2003. Otros autores que avalan que las IRA es la principal causa de consulta en la edad pediátrica son el Dr. Yohel Chávez de la Rosa, Dra. Ania González A. La omisión y en ocasiones el bajo porcentaje en la indicación de las medidas preventivas y generales lo cual es determinante en el manejo de las IRA. Datos plasmados en la NOM. 031 SSA.-2 1999 Para la atención del niño menor de 5 años. Son contemplados por otros autores como factores de riesgo donde la falta de estas indicaciones favorece la presentación de estas patologías. Fernández Salgado Rubio Batista. Se encontró un alto porcentaje en mal uso de los antibióticos, con predominio de la penicilina G. benzatinica. Lo cual es preocupante. Más por otra parte, la OMS realiza campañas de concientización en general sobre el uso adecuado de los antibióticos. Contengamos la resistencia bacteriana. Informe de la Organización Mundial

de la Salud sobre enfermedades infecciosas 2000. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2001. Por el mismo rubro por segundo año consecutivo el Consejo General de Colegios de Farmacias Oficiales, realizó campaña de concientización sobre el uso de los antibióticos.

CONCLUSIÓN.

En el presente estudio se encontró que el médico familiar no se apega a lo establecido por la norma oficial mexicana en el manejo de las infecciones respiratorias agudas. Lo cual repercute en una deficiente atención por parte del médico, en perjuicio de sus pacientes, lo que refleja un mal funcionamiento de la institución, la cual se ve afectada por un gasto económico innecesario de antibióticos, y diversos medicamentos, que no están indicados médicamente y que dificultan o complican la recuperación de la salud de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.-Sergio Flores Hernández. Guía clínica para el diagnóstico –tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. Revista IMSS. 2003 41 (supl) s3-s14.
- 2.-Norma Oficial Mexicana 031 –SSA. -2 1999 Para la atención de la salud del niño.
- 3.-Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas. 1-abril2001 al 30 abril 2006 742-al 901
- 4.-Flores Nolasco, Celestino arbolando, Patricia Ferruzo. IRA. Asociadas a desnutrición en niños menores de 5 años. Fronteras Medicas 7(1) 25-32 1999.
- 5.-Elisa Barrios de León. Estudio de prevención de las IRA. San Juan Aleotenango, Sacatepequez en Guatemala octubre 2003.
- 6.-Comportamiento epidemiológico de IRA. Revista Salud Pública y Nutrición IMSS. Monterrey N.L. VOL. 5 2002.
- 7.-Boletín Epidemiológico Anual IMSS. 2005 P-(3-6).
- 8.-Patogenicias de las IRA. Por virus Revista Instituto Nacional. Enfermedades Respiratorias Mex. 2002 15(4) 239-254.
- 9.-Avendaño LF. Resfriado común -influenza y otras infecciones respiratorias virales en Maneg Hello j. Pediatría 5 tm. Edición. Editorial Medica Panamericana 1997 1264-8
- 10.-williver R.Review of epidemiology and. Clinical Factors for severe Respiratory sincytial virus infection suppl.J PED.2003 143 (5) : 5112-5117.
- 11.- J. Arredondo Estado actual del tratamiento de las infecciones por virus sincitial respiratorio Bol. Medico HOSP. Inf.Med. 2001 58 (7) 439-440.

12.-Murara A. Virus sincitial Resp. En la temporada invernal.1999-2000 en el Estado de Monterrey.

N.L. Mex. Boletín Med. Hosp.-Inf.Mex. 2001 58(1) : 441-447.

13.-Kumate J. Manual de infectologia clínica. 14 adición Mex. DF. Mendez editores 1994:172

14.-Contengamos la resistencia bacteriana .Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre enfermedades infecciosas 2000.Ministerio de Sanidad y Consmo, Madrid 2001.

15.-Dr. Yohel Chávez la Rosa. Dra. Ania Gonzáles A. Patrones de prescripción de antibióticos en atención primaria Usamos los antibióticos en Ped. En forma razonada? han Esp.Ped. 2000 52:157-63

16.-De Francisco A. et al risk factors for mortality from acute lower respiratory tract infections in young Gambian children Int. J Epi 1993 22 : 1174-82.

17. Pedro Sarasqueta IRA. Solución al problema de mortalidad infantil Archivos Argentinos de Ped. Vol. 103 Buenos Aires Argentina mayo-junio 2005 18.-OPS. IRA. EN LAS Américas. Boletín Epidemiológico OPS. 1995 16 (4) :1-5.

19.-Moreira Díaz Lactancia Materna y vit. A. Revista Cubana Alimento y Nutrición. 1997 11(1)

20.-Fernández Salgado Rubio Batista J. Factores prerdisponentesde IRA. En el niño.Rev. Cubana de MED. Gen.Integr. 1999 6(3) :400-8

ANEXOS

CUESTIONARIO

NOMBRE: _____

NO. AFILIACION: _____ CONSULTORIO: _____ TURNO _____

EDAD: _____

DIAGNOSTICO:

1. RINOFARINGITIS..... ()
2. FARINGITIS CONGESTIVA..... ()
3. FARINGOAMIGDALITIS PURULENTA..... ()
4. OTITIS MEDIA AGUDA..... ()
5. SINUSITIS..... ()
6. LARINGITIS. ()
7. BRONQUITIS..... ()

VARIABLES

1	Indica aumentar la ingesta de líquidos?	SI	NO
2	Indica mantener la alimentación habitual?	SI	NO
3	Indica no suspender la lactancia materna?	SI	NO
4	Si hay otorrea indica limpieza del conducto auditivo externo con mecha de gasa o tela absorbente, tres veces al día y no aplicar gotas oticas.	SI	NO
5	Controla el dolor, fiebre y el malestar general con acetaminofén 60mg. /kg. /día. Dividido en cuatro o seis tomas?	SI	NO
6	En menores de un año, no aplica supositorios para la fiebre?	SI	NO
7	No utiliza jarabes o antihistamínicos?	SI	NO
8	Si existen factores de mal pronóstico, revalora al niño en 48 horas y capacita a la madre o responsable del menor en el reconocimiento de los signos de dificultad respiratoria así como los cuidados en el hogar con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención medica en forma oportuna?	SI	NO
9	Explica porque la tos es un mecanismo de defensa que se debe favorecer?	SI	NO
10	Revisa la Cartilla Nacional de Vacunación y aplica las dosis faltantes?	SI	NO
11	Evalúa el estado nutricional, registra el peso y talla en la Cartilla Nacional de Vacunación?	SI	NO
12	Prescribe antibióticos?	SI	NO
13	Tipo:	SI	NO
14	Dosis:	SI	NO
15	Vía:	SI	NO

