



# **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94  
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL**

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

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

## **FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LAS INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN NIÑOS EN UNA UMF DEL I.M.S.S.**

### **T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A:**

**DRA SUSANA DEL CARMEN TREJO ROJAS**

Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Matricula: 98360886  
Unidad de Medicina Familiar No. 94  
Camino San Juan de Aragón no 235 Casas Alemán. CP 07580 GAM  
Teléfono: 57672799 Ext. 226  
Email:

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

**DR. GUILLERMO ARROYO FREGOSO**

Coordinador Clínico De Educación e Investigación en Salud UMF No. 94  
Domicilio: Camino Viejo San Juan de Aragón 234.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Casas Alemán GAM.  
TEL: 57672977  
E-mail: Guillermo.arroyo@imss.gob.mx

Lugar donde se realizará el estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 94 Camino San Juan de Aragón  
no 235 Casas Alemán. CP 07580 GAM

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Resumen	1
Introducción	3
Marco teórico	4
Planteamiento del problema y justificación	10
Pregunta de Investigación	11
Justificación	12
Objetivos	13
Hipótesis	13
Metodología	13
Tipo de Estudio	14
Criterios de Inclusión	14
Metodo de procedimiento para captura de infoermación	15
Procedimiento de Integración de la muestra	15
Variables	16
Instrumento de medición	18
Descripción general del estudio	18
Factibilidad	18
Resultados	19
Tablas y graficas	20
Discusión	31
Conclusión	31
Cronograma	33
Anexos	34

## RESUMEN

\*Trejo Rojas, Dr. Arroyo Fregoso

**ANTECEDENTES:** Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbimortalidad infantil y representan el 40 - 60% de las consultas, la incidencia es más elevada en las áreas urbanas, el número de episodios puede ser entre 2 y 6 crisis anuales.

Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen las IRA, algunos modificables y otros no, como son: edad, bajo peso al nacer, desnutrición, déficit inmunológico, hacinamiento, contaminación ambiental, humo del cigarro o tabaco, (ya sea de forma pasiva o activa) así como la presencia de alguna enfermedad previa. A nivel mundial, se considera que más del 90% de los casos de niños menores de 5 años que acuden a consulta es por Infección de Vías respiratorias Altas (IRA).

Las Infección de Vías respiratorias Altas (IRAs) representan la principal causa de morbilidad en el mundo y la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países; se ha estimado que las IRA representan entre el 30 y el 50% de las visitas para los niños a los centros de salud y entre el 20 y el 40 % de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Se estima que un niño de una zona urbana padece de cinco a nueve episodios de IRA por año, durante los 5 primeros años de vida. Esta es también la causa más frecuente de mortalidad en los niños menores de 5 años en el mundo en desarrollo. Alrededor de un tercio de las defunciones de niños que ocurrieron en 1993, a saber, 4.11 millones, se atribuyen a estas enfermedades, incluidas las complicaciones pulmonares como Sarampión, Tos ferina e infección por VIH, además de las defunciones por Malaria y Neumonía imposibles de diferenciar a causa de la superposición de casos clínicos. (OPS/OMS, 1995).

**OBJETIVO GENERAL:** Identificar los factores familiares que influyen en las IRAS recurrentes en los niños que acuden al servicio de consulta externa y atención médica continua en una unidad de medicina familiar del IMSS.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional con la intervención de una encuesta descriptiva con la finalidad de identificar los factores familiares que influyen en las IRAS recurrentes en los niños que acuden a una UMF del IMSS del distrito federal.

**RECURSOS:** Propias del investigador, instalaciones UMF del IMSS del Distrito Federal.

**TIEMPO DE DURACION DEL PROYECTO:** 2011-2013.

**EXPERIENCIA DEL INVESTIGADOR:** Médico residente (Dos años).

**PALABRAS CLAVE:** Infección de Vías Respiratorias Altas, recurrencia, factores de riesgo familiar.

\*Médico Residente en 3er año de la especialidad en Medicina Familiar.

## **INTRODUCCIÓN**

Las Infecciones de Vías respiratorias Altas son la enfermedad más frecuente que afecta a la especie humana y también la más frecuente que atiende un Médico familiar de Atención Primaria (AP).

Puesto que el número de infecciones tiene una relación inversa con la edad, no hay duda de que se trata de un problema de la mayor importancia cuantitativa, al que se dedica un porcentaje importante de tiempo asistencial, pese a su teórica banalidad.

Los niños son especialmente susceptibles a esta infección, debido a la falta de desarrollo de inmunidad ante la mayor parte de virus causantes, al menor desarrollo de prácticas de higiene personal y a la mayor exposición a los agentes etiológicos. Las infecciones de Vías Respiratorias son el diagnóstico más frecuente, tanto en Atención Primaria como en servicios de urgencia, hospitalarios o domiciliarios

## **MARCO TEORICO CONCEPTUAL.**

Las infecciones Respiratorias Altas constituyen uno de los principales problemas de salud pública nivel mundial en niños menores de 5 años y ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en este grupo etario. <sup>(1)</sup>

A nivel mundial se considera que la prevención y el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituye todo un desafío ya que se encuentran asociadas a condiciones sociales, económicas y familiares que son factores determinantes para el bienestar infantil. En México los estudios que se han realizado recientemente sobre infecciones respiratorias agudas, abarcan el 80 % de niños estudiados entre 3 y 12 años de edad. <sup>(2)</sup>

Las Infecciones de Vías respiratorias Agudas (IRA) son enfermedades causadas por microorganismos que afectan las vías respiratorias durante un lapso no mayor a 15 días. La mayoría son de causa viral, que remiten espontáneamente, no obstante es frecuente el abuso en la prescripción de antimicrobianos expectorantes, antitusivos y broncodilatadores indiscriminadamente. <sup>(3)</sup>

Los niños suelen padecer de 4 a 10 episodios de IRAS en un año. Según estudios de investigación las IRAS son causa del 30-50% de las visitas al servicio de salud, así como entre el 20-40% de las hospitalizaciones en los departamentos de pediatría en la mayoría de los países en vía de desarrollo.

En México durante 1995 en la secretaria de salud se otorgaron casi dos millones de consultas de primera vez por IRA en niños menores de cinco años de las que el 35% del total fue a menores de un año.

En el 2006 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reporto a nivel nacional 5057147 consultas por IRAS agudas como el cuarto motivo en demanda de atención de primer nivel de atención<sup>4)</sup>

Anualmente las infecciones de vías respiratorias altas condicionan aproximadamente cerca de 3.5 millones de muertes al año de niños menores de 5 años.

Aproximadamente el 1% de los casos que padecen infecciones respiratorias conllevan a secuelas como inflamación del tracto respiratorio en forma crónica, las cuales aumentan el riesgo de repetición de dichas infecciones <sup>(5)</sup>.

Algunos estudios han demostrado que se presentan de 5 a 7 cuadros al año en niños de 1 a 2 años y de 4 a 5 episodios en niños de 2 a 10 años disminuyendo en adolescentes de 2 a 3 episodios y en adultos de un episodio al año <sup>(6)</sup>.

La IRAS son una importante causa de morbi-mortalidad en la población infantil en América Latina, desde mediados de la década de los 80 se ubicaron como principal causa de muerte en niños menores de un año. La morbilidad, independientemente de la edad, se ha incrementado por el gran número de agentes biológicos que pueden causar estos cuadros infecciosos, en especial los de etiología viral producidos por el virus sincitial respiratorio que afecta un 95% de los niños menores de 2 años, en particular énfasis al daño que produce sobre la mucosa del tracto respiratorio bajo, lo que predispone a complicaciones como infecciones bacterianas, lo que refleja en un 30% de los paciente pediátricos <sup>(7)</sup>.

Anualmente mueren más de 4 millones de niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo de Asia, África y América Latina especialmente por neumonías.

La región de las Américas ha sido una de las primeras en preocuparse por este problema al reconocer e implementar programas para el control para mejorar la situación de la salud de la infancia y su bienestar así como para reducir la mortalidad por IRAS.

La incidencia es de 33% en menores de 15 años y el 12 % niños menores de 5 años. Siendo la tercera causa de consulta la faringoamigdalitis y rinofaringitis, aunque es difícil determinar el patrón de recurrencia sin embargo más que frecuencia es también determinar la naturaleza de la enfermedad y factores agravantes <sup>(8)</sup>.

Las infecciones de vías respiratorias altas se clasifican en Rinofaringitis (resfriado común) Faringitis, Amigdalitis Faringoamigdalitis, Rinosinusitis, Sinusitis, otitis Media.

El resfriado común o rinofaringitis aguda es la infección más frecuente en los niños caracterizada principalmente por rinorrea, obstrucción nasal y estornudos de etiología predominantemente viral y ocasionalmente bacteriana con un corto de 3 a 7 días, la infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y rinofaríngea. Esta infección se presenta en promedio de 5 a 8 veces al año, con una incidencia máxima en el menor de 2 años, los lactantes mayores y preescolares habitualmente presentan menor fiebre y menor compromiso del estado general. A mayor edad, se agrega



mayor sintomatología como sensación de sequedad e irritación nasal seguida de coriza serosa además de mialgias cefalea fiebre baja y tos pueden estar presentes, esta fase aguda también tiene una duración de aproximadamente 2 a 4 días.

La rinitis es la inflamación de la mucosa nasal con aumento de las secreciones y escurrimiento (mucoso- mucopurulento) estornudos obstrucción nasal sensación de frío y malestar que dura 2 a 7 días Suele acompañarse de odinofagia congestión conjuntival sensación febril tos seca y disfonía, el 'período de incubación varía según el agente de 12hrs hasta a 5 días después, la susceptibilidad es universal, el diagnóstico es clínico, la recurrencia de la enfermedad se debe a múltiples agentes etiológicos y breve inmunidad homóloga a los distintos serotipos, el cual se presenta en aproximadamente 6 episodios febriles.

La faringoamigdalitis es una infección caracterizada por la inflamación de la faringe y las amígdalas, puede ser una entidad sola o combinada (faringitis, amigdalitis o faringoamigdalitis) de etiología bacteriana o viral en los menores de 3 años es mucho más frecuente la etiología viral mientras que en los mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana, hasta alcanzar ambas etiologías una frecuencia similar en el adulto, sus manifestaciones clínicas dependen de la etiología , su recurrencia es de 7 episodios al año a de 10 a los 2-3 años.

La otitis media aguda (OMA) se caracteriza por congestión y edema de la mucosa respiratoria incluyendo a la trompa de Eustaquio lo que dificulta la ventilación y el drenaje adecuado de la secreción ética, se acumula liquido en el oído medio permitiendo la proliferación de agentes infecciosos, con mayor frecuencia en edades tempranas, especialmente en el menor de 2 años con una incidencia baja en el mayor de 7 años. Las manifestaciones clínicas se presentan en los lactantes con irritabilidad, rechazo alimentario, llanto persistente y en ocasiones vómitos, los niños mayores pueden describir otalgia. Frecuentemente existe el antecedente de un cuadro de IRAS previo. Se considera recurrente cuando es mayor de 6 cuadros al año o presencia de 3 episodios en 6 meses o 4 en un año.

La sinusitis es una inflamación de senos paranasales con una presencia de dolor facial, escurrimiento nasal purulento, cefalea, obstrucción nasal, trastornos del olfato y cambios en el tono de voz, la fiebre está presente en el 50% de los casos; de un 5% a

un 10% de todos los niños con IRAS altas tiene sinusitis frecuentemente. La recurrencia es de 3 episodios en 6 meses o de 4 en un año<sup>(9)</sup>.

Hay diferentes variantes que contribuyen a modificar los cuadros recurrentes con complicación como factores orgánicos funcionales, datos clínicos de hipertrofia amigdalina, datos clínicos de hipertrofia adenoides, antecedentes familiares de alergia, asma ya diagnosticada, enfermedad por reflujo gastroesofágico y atopia dermatológica<sup>(10,11)</sup>.

Es difícil precisar el patrón de frecuencia que defina el concepto de infecciones del tracto respiratorio recurrente, sin embargo más que la frecuencia es más importante definir la naturaleza de la enfermedad y los factores agravantes, que predisponen a IRAS, algunos modificables (lactancia, destete desnutrición hacinamiento, déficit inmunológico, contaminación ambiental, humo del tabaco pasiva o activa y presencia de alguna enfermedad de base así como condiciones económicas de las familias además de las condiciones clínicas del niño en particular de los antecedentes perinatales y otros factores relacionados con el crecimiento y desarrollo etc.).<sup>(12)</sup>

Se plantea la posibilidad de que exista una relación en familias monoparentales sobre el desarrollo socio emocional afectivo del niño de 3 a 4 años en cuanto a autonomía valores actitudes frente a sus compañeros y adultos<sup>(13-14)</sup>

La familia, la sociedad y el medio ambiente donde se ubica el hábitat familiar y donde transcurre la vida del niño, influyen de manera directa y decisiva en el proceso dinámico de salud enfermedad.

Desde su nacimiento el niño se desarrolla sometido a la influencia de cuanto lo rodea, el núcleo para el correcto desarrollo lo constituye la familia elemento indispensable para iniciar la evolución de los aspectos biopsicosociales de la persona por eso los cambios importantes que se producen en el entorno familiar tienen repercusiones físicas y emocionales<sup>(15)</sup>.

La familia como organización social, ha experimentado transformaciones que le permiten adaptarse a las exigencias de cada sociedad y época dentro de las funciones básicas de la familia están el afecto el cuidado socialización reproducción y estatus.<sup>(16)</sup>

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que

afectan el comportamiento de casa miembro haciendo de estas funciones bien o mal como unidad es una mezcla de sentimientos comportamientos expectativas entre cada miembro de familia lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y poder contar con el apoyo de los demás lo que repercute en la salud y enfermedad de sus integrantes <sup>(17)</sup>.

El niño tienen una actitud receptiva extraordinaria que le hace particularmente sensible a las acciones del ambiente, a las condiciones de la alimentación, vivienda atención médica, tamaño de la familia edad de los padres, nivel socioeconómico, clima higiene, etc.,.. En general, estos tienen una repercusión favorable o desfavorable sobre el organismo infantil. <sup>(18)</sup>

Para calificar el desarrollo correcto del niño, hay que hacerlo desde una perspectiva global, considerando su entorno y repercusión biopsicosocial.

Las condiciones económicas de las familias que residen en zonas urbanas han provocado que ambos padres trabajen, factor asociado con el aumento de los niños en las guarderías. <sup>(19)</sup>.

El fenómeno, si bien favorece su socialización y desarrollo temprano de habilidades, la interacción diaria con otros niños facilita la diseminación de enfermedades infecciosas como IRAS, siendo mayor esta en sus hogares, debido a las características de estos centros, principalmente las relacionadas con sus condiciones higiénicas, la edad de los niños, la inmadurez inmunológica y la mayor colonización nasofaríngea, convierten las guarderías en potenciales fuentes de enfermedades respiratorias. <sup>(20-21)</sup>

Dentro de estas situaciones la familia ha sufrido múltiples modificaciones en la sociedad, desde la mujer ha adquirido un papel importante en la sociedad, siendo parte de la clase trabajadora, teniendo que salir a trabajar dejando a los hijos en guarderías o dejándolos con familiares cercanos, repercutiendo en las familias ya que en su mayoría son mono nucleares en los cuales uno de los padres se hacen responsables de los hijos. <sup>(22)</sup>.

Todas estas situaciones deben tomarse en cuenta en los antecedentes familiares las enfermedades crónicas, hereditarios sin olvidarnos de la situación socio familiar, disponibilidad económica, además de las características socioculturales, edad del

niño, edad de los padres, sexo, domicilio, número de hijos, y el lugar que ocupa el menor, nivel de educación y profesional del que provee la alimentación, separación o divorcio familiar gravedad o enfermedad de algunos integrantes. <sup>(23, 24)</sup>.

Teniendo ciertas consecuencias en cuanto al niño se encuentra enfermo se desestabiliza a la familia, desde lo económico tomando en cuenta los medicamentos, permisos en el trabajo para los cuidados del menor y desatención de los otros miembros de la familia teniendo crisis pasajera si bien la familia cuenta con los medios para superar estas crisis. <sup>(25,26)</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente las infecciones respiratorias condicionan aproximadamente cerca de 3.6 millones de muertes en niños menores de 5 años.

Según estudios aproximadamente el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias tienen secuelas como inflamación del tracto respiratorio en forma crónica, las cuales aumentan el riesgo de infecciones recurrentes <sup>(5)</sup>.

En América Latina en los 80's ocupó la primera causa en niños menores de un año <sup>(7)</sup>.

Las infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) recurrentes constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad.

En México durante 1995, en la Secretaria de Salud se otorgaron casi 2 millones de consultas de primera vez por IRAS en niños menores de 5 años, de las cuales el 35% la mayoría fueron menores de un año.

En el 2006 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó a nivel nacional 5057147 consultas por IRAS agudas como el cuarto motivo en demanda de atención en el primer nivel de atención <sup>(14)</sup>.

En el Distrito Federal son la primera causa de demanda de atención de los servicios de salud tanto en el área de atención médica continua como en la consulta externa de medicina familiar y el primer lugar en la consulta externa de urgencias <sup>(27)</sup>.

Actualmente en el congreso de Alergología del 2007 se reporta una prevalencia de infecciones respiratorias mayor del 60%, 95% de ellas corresponden a tracto respiratorio y el 5% neuropatías <sup>(21)</sup>.

Considerando la situación económica en la que nos encontramos por cada cuadro recurrente que presente el paciente significa haber una pérdida económica, considerable en cada cuadro desde 300 a 600 pesos, y si este cuadro se complica implica más recursos para su hospitalización.

Se presentan recurrencias de estas infecciones por múltiples factores: ambientales, nutricionales, problemas alérgicos, de asma y enfermedad por reflujo en la población infantil, además de la incongruencia clínico diagnóstica terapéutica que ha llevado a

la resistencia bacteriana por el abuso de la administración o automedicación de los antibióticos.

Tomando en cuenta que la familia es el sostén principal y se encuentra en crisis socio familiar con las características socioculturales importantes que con lleva a una desestabilización familiar.

La familia tiene un papel muy importante en la evolución de las IRAS, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en las IRAS recurrentes en los niños que acuden a una unidad de medicina familiar del imss en el distrito federal.

**¿PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN?**

**¿Cuáles son las infecciones de vías respiratorias ALTAS en una UMF del IMSS?**

**JUSTIFICACIÓN** Las IRAS están consideradas como un problema de salud a nivel mundial con un morbo-mortalidad alta en menores de 5 años.

En nuestra entidad federativa, esta patología ocupa los primeros lugares de demanda de los servicios de urgencias, consulta externa de Medicina Familiar y Consulta externa de Pediatría).

En la unidad de Medicina Familia del D, F del miss ocupa el primer lugar de demanda de los servicios de urgencias y la cuarta en la consulta externa de Medicina Familiar, donde los factores familiares juegan un papel muy importante que no se le ha dado la importancia que esta merece, ya que se ve simple aunque es un fenómeno complejo por lo que la familia ha experimentado transformaciones en todos los momentos históricos, se deben mantener bases para que los niños tengan un desarrollo armónico biopsicosocial, la atención sanitaria y la propia enfermedad mediante la trasmisión de creencias y valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece hasta su estado de salud y de manera ineludible estarán influyendo las conductas que adopte la familia y sus funciones de la familia no repercutan teniendo un equilibrio para su evolución control y prevención de enfermedades.

Ofreciendo el apoyo de educación a los padres y abuelos para que estos desempeñen mejor los papeles desde los cuidados del niño, medidas preventivas y nutrición adecuada del menor.

El enfoque preventivo del médico familiar es de suma relevancia para la detección de estos factores de riesgo que puedan modificar favorablemente el curso de las IRAS, por lo que tratamos de que este estudio arroje resultados para poder realizar estrategias educativas, de capacitación y actualización para los médicos familiares y que estos se orienten a sus núcleos familiares.

## **OBJETIVOS.**

**OBJETIVO GENERAL.** Determinar los factores familiares que influyen en las IRAS recurrentes en los niños que acuden al servicio de consulta externa y atención médica continua en una unidad de medicina familiar del distrito federal.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1, Determinar edad, sexo de los pacientes.
- 2.- Identificar el nivel socioeconómico familiar.
- 3.- Definir la tipología familiar
- 4.- Identificar la presencia de tabaquismo familiar.
- 5.- Describir la percentil actual, crecimiento y desarrollo del paciente.
- 6.- Determinar el tiempo de lactancia, tiempo de lactancia recibida por el paciente.
- 7.- Identificar la edad del paciente.
- 8.- Determinar tiempo de asistencia a guardería.

## **HIPOTESIS**

Estudio descriptivo, observacional y transversal. no necesaria.

## **HIPOTESIS DE TRABAJO EN ESTUDIOS DESCRIPTIVOS**

## **METODOLOGIA**

## **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.**

Sujetos: Médico Residente Investigador, Asesores

Material: Artículos de Oficina y papelería (hojas, pluma, computadora, impresora)

Físicos: Instalaciones de la UMF No.94 del IMSS, oficina del investigador, cuestionarios, cartas de consentimiento informado.

Financieros: Serán absorbidos por el investigador.



Difusión del estudio: Presentación en sesión Médica de la unidad y envío como artículo original a revista médica indexada.

### **ÁMBITO GEOGRÁFICO DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO:**

UMF No-94 consulta externa y servicio de Atención Médica Continua

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Estudio descriptivo, observacional, transversal.

El investigador responsable y un encuestador capacitado entrevistaron en forma directa e indirecta a los padres de los niños menores de cinco años

Las Unidades de Medicina Familiar 94, en los turnos matutino y vespertino, durante los meses de enero y febrero de 2006.

Se realizó muestreo no probabilístico por casos consecutivos.

Se calculó el tamaño de muestra de acuerdo con la fórmula de poblaciones finitas, tomando un total de 250 de niños de uno a cinco años adscritos a la unidad de medicina Familiar No.94.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- a).- niños de uno a diez años de edad adscritos a una unidad de medicina familiar.
- b).-Ambos sexos.
- c).- con diagnóstico de Infección de Vías Respiratorias Recurrentes.
- d).- consentimiento formado de aceptación por los padres o tutores.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- A).- Niños de uno a diez años con síndromes genéticos.
- b).- Niños con diagnóstico de asma.
- c).- Niños con cardiopatías o problemas respiratorios.
- d).- Niños con problemas inmunológicos o enfermedades crónicas.
- e).- Encuesta no completa al 100%.

#### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- a).- Paciente que se le realice diagnóstico de asma en el momento de estudio.

b).- Paciente que se le diagnostique reflujo-gastroesofágico en el momento del estudio.

## **METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACIÓN**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** niños de uno a cinco años adscritos a la unidad de Medicina Familiar No.94 que acuden para su atención por infecciones de vías respiratorias recurrentes.

**Período:** 2011 - 2013

**TIPO DE MUESTREO:** Mediante la fórmula de poblaciones finitas

## **PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA. CÁLCULO DE LA MUESTRA:**

Se realizará un censo de los pacientes y de acuerdo a la información proporcionada por ARIMAC (departamento de informática y estadística) de la UMF No. 94 para conocer el número total de pacientes registrados en dicha unidad siendo este de 53 246 repartidos en 50 consultorios de ambos turnos. Se calculó el tamaño de muestra de acuerdo con la fórmula de poblaciones finitas, tomando un total de 53 246 de niños de uno a cinco años adscritos a la Unidad de Medicina Familia No.94.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Una muestra de 250 pacientes. De acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2 p q}{i^2 (N-1) + z^2 p q}$$

Donde:

N: Población de Infección de vías respiratorias altas en la unidad de medicina familiar número 94.

n: Tamaño de la muestra.

p: Prevalencia = 18 %.

q: (1-p) = 95 %.

z: Nivel de confianza elegido.

i: error que se prevé cometer = 2%. Resultando en 102 participantes

## VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
SEXO	Distinción del fenotipo del individuo	De acuerdo a las características fenotípicas del paciente que le confieren que sea masculino	Cualitativa	Nominal	Femenino masculino
EDAD	Tiempo cronológico de una persona en años	Número de años en el momento del estudio reportada por el padre o tutor	Cuantitativa	Ordinal	Años.
NIVEL SOCIOECONOMICO	Nivel de las riquezas y la administración de las mismas	Estadificación del estrato socioeconómico determinado por la propuesta de Graffar Castañeda	Cualitativa	Ordinal	Estrato I Estrato II Estrato III Estrato IV Estrato V
Tipología Familia	Es la unidad básica de las sociedad	Clasificación de la familia de acuerdo al parentesco en la que se ha establecido el tipo de familia a la cual pertenece el sujeto	Cualitativa	Nominal	1.- Nuclear 2.- Nuclear Simple. 3.-Nuclear numerosa 4.- Monoparental 5.-Monoparental extendida. 6.- Compuesta extensa 7.-Extensa compuesta 8.- No parenteral.
Infecciones respiratorias recurrentes	Infección de vías respiratorias altas agudas en más de 4 a 8 episodios al año	Presencia de 4 a 8 o más episodios al año de infecciones respiratorias altas agudas	Cualitativa	Nominal	Rinofaringitis Faringoamigdalitis Faringitis Sinusitis Rinosinusitis Otitis Media Aguda
Estado Nutricio	Estado nutrición determinado por las características genéticas	Determinación de acuerdo a las tablas de la CDC de peso y talla	Cuantitativa	Ordinal	Valor percentilar de acuerdo a las tablas de CDC de acuerdo a la edad y sexo.

	socioeconómicas y culturales que determinen su condición nutricia en la que el sujeto está catalogado	obteniendo al momento de la revisión clínica			
LACTANCIA	Proceso de síntesis y secreción de leche de la madre para la alimentación del niño y se puede extender de 6 a 24 meses	Numero de meses en que es alimentado con la leche materna	Cuantitativo	Ordinal	Meses.
Ablactación	Introducción de otro tipo de alimento diferente a la leche	Inicia de la alimentación en él bebe	Cuantitativo	Ordinal	Meses.

Guardería	Institución en donde esta cuidado el menor mientras sus padres trabajan	Tiempo en que pasa el niño en esta institución	Cuantitativo	Ordinal	Meses.
Esquema de vacunación	Esquema de vacunación de acuerdo a edad	Isoinmunizaciones en la cartilla de vacunación en el momento de la encuesta	Cualitativo	Ordinal	Completa o incompleta.

ATOPIAS FAMILIARES	Tendencia hereditaria a sufrir reacciones alérgicas inmediatas, como el asma dermatitis atópicas rinitis vasomotoras debido a la presencia de anticuerpos	Presencia de reacción alérgica (atopia)	Cualitativo	Ordinal	Asma dermatitis atópica Rinitis Conjuntivitis
--------------------	---	---	-------------	---------	---

Tabaquismo	Acción de fumar	Exposición a la presencia del tabaco nicotina	Cualitativo	Ordinal	Con tabaquismo Sin Tabaquismo
Población	Grupo de sujetos que ocupan colectivamente una localidad geográfica en particular	Grupo que se estudia de acuerdo a la región que se trata	Cualitativa	Nominal	Urbana Rural

## **INSTRUMENTOS DE MEDICION**

Cuestionario con variables a estudiar a padres de familia Asi como llenado de ítems de la escala de Graffar previo consentimiento informado.

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Estudio prospectivo descriptivo, comparativo de intervención a un año transversal en pacientes adscritos a la UMF 94 (padres de niños menores de 5 años) del IMSS con Infección de vías respiratorias Altas, controlados en consultas externas de la Unidad de Medicina Familiar Numero 94.

## **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.**

El presente estudio se apega a lo establecido en:

-Manual de organización del Instituto Mexicano del seguro Social Consejo Técnico Acuerdo N 7802, octubre de 1980.

-Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del H. Consejo Técnico, Acuerdo N 1516/84 del 20 de junio de 1994.

-Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 Poder Ejecutivo Federal Parte II, apartados 7.4 y 8.12 parte III apartado 10.2.

-Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos artículo 4.

-Ley General de Salud Artículo 2 Fracción VII artículo 3ero Fracción Titulo quinto, capítulo único, artículos 96 al 103.

-Artículo del Consejo de Salubridad General del 23 de diciembre de 1981 publicado en el diario Oficial de la Federación del 25 de Enero de 1982, que crea las

comisiones de investigación y ética en los establecimientos donde se efectúa una investigación biomédica.

- declaración de Helsinki, Modificación de Tokio, Revisada por la xxx Asamblea Mundial Tokio Japón 1979.

## **RESULTADOS.**

En nuestro estudio encuestamos previa firma de hoja de consentimiento informado a 102 padres de niños de uno a diez años de edad con diagnóstico de infección de vías respiratorias recurrentes.

Encontrando que un 66% corresponde a niños de dos a cinco años de edad, el 61 % representantes al sexo masculino.

La recurrencia de seis a ocho cuadros de infecciones de vías respiratorias al año fue del 56%.

La rinoфарингитис fue el diagnóstico que represento la mayor frecuencia en nuestro estudio con un 40% y la faringoamigdalitis como segundo diagnóstico en un 18%.

Encontramos el tiempo que fueron lactados al seno materno durante cuatro a seis meses en el 51% y la ablactación a los seis meses de edad en el 65%

El 98% de los niños se encontramos con esquema de vacunación completo.

En el 76% de estos niños no se encontraron atopias familiares y solo el 21.5% reportan tabaquismo positivo.

El 36% de los niños del estudio pertenecen a familia nuclear simple y un 34% a familia extensa compuesta y el 76% pertenecen a la población urbana con un nivel socioeconómico de acuerdo a graffar IV

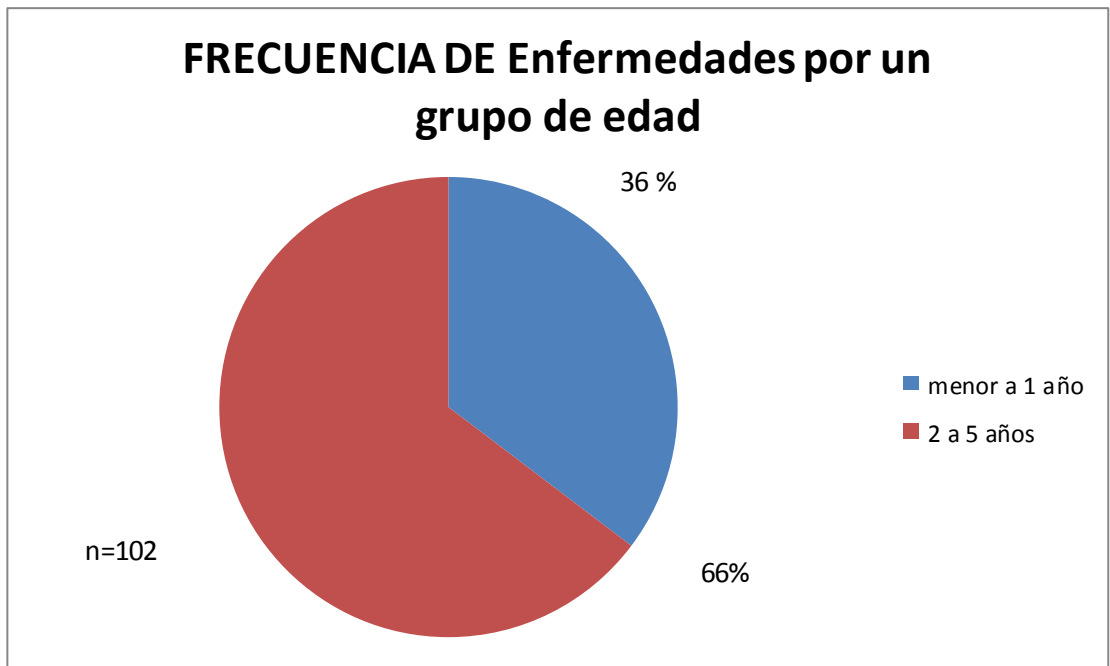
De acuerdo al estado nutricional encontramos al 78% de los niños con percentilas del 25-75.

La edad de la madre oscilo de 20 a 25 años en un 31% y de los padres de 31 a 35 años en un30%

De los niños estudiados 38 niños asisten a guardería y 64 son cuidados por familiares, principalmente por madre y abuelos.

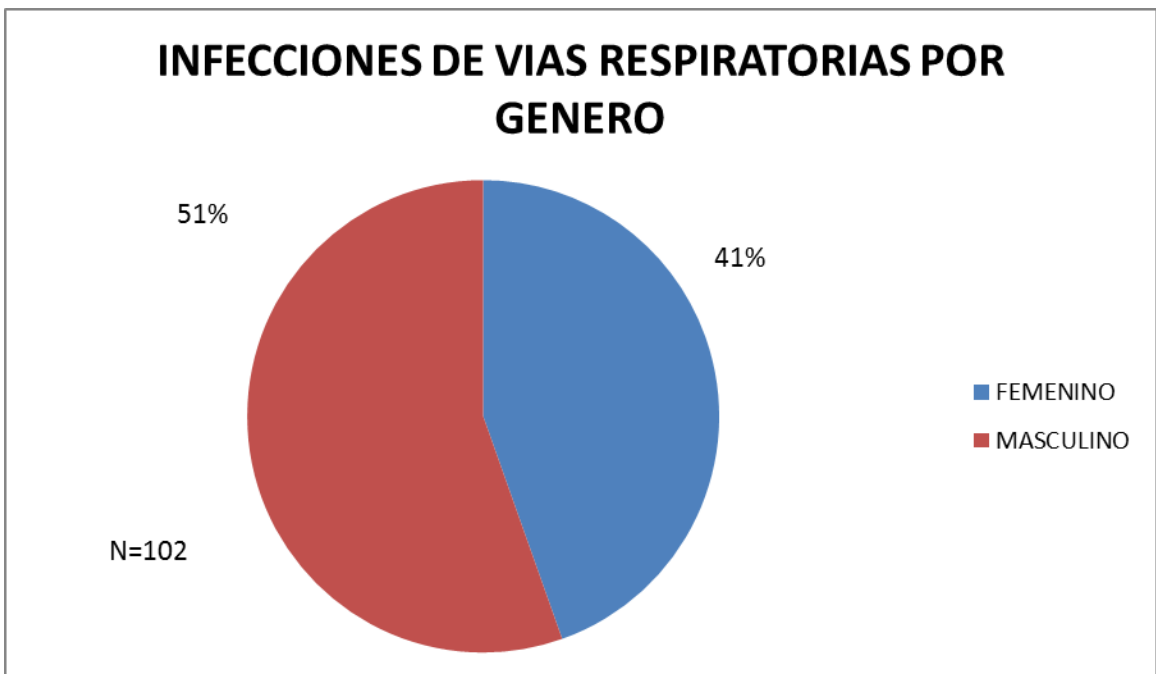
La estancia de 24 a 36 meses en guardería en los niños fue del 16%.

Grafica no. 1 Frecuencia de enfermedades por grupo de edad.



FRECUENCIA DE ENFERMEDADES POR GRUPO DE EDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>MENOR A 1 AÑO</b>	<b>36</b>	<b>36%</b>
<b>2 A 5 AÑOS</b>	<b>66</b>	<b>66%</b>

Grafica No2 Infecciones de Vías Respiratorias por Genero



INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS POR GENERO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	40	41%
MASCULINO	62	61%
TOTAL	102	100

Grafica No3 Cuadros de Recurrencia

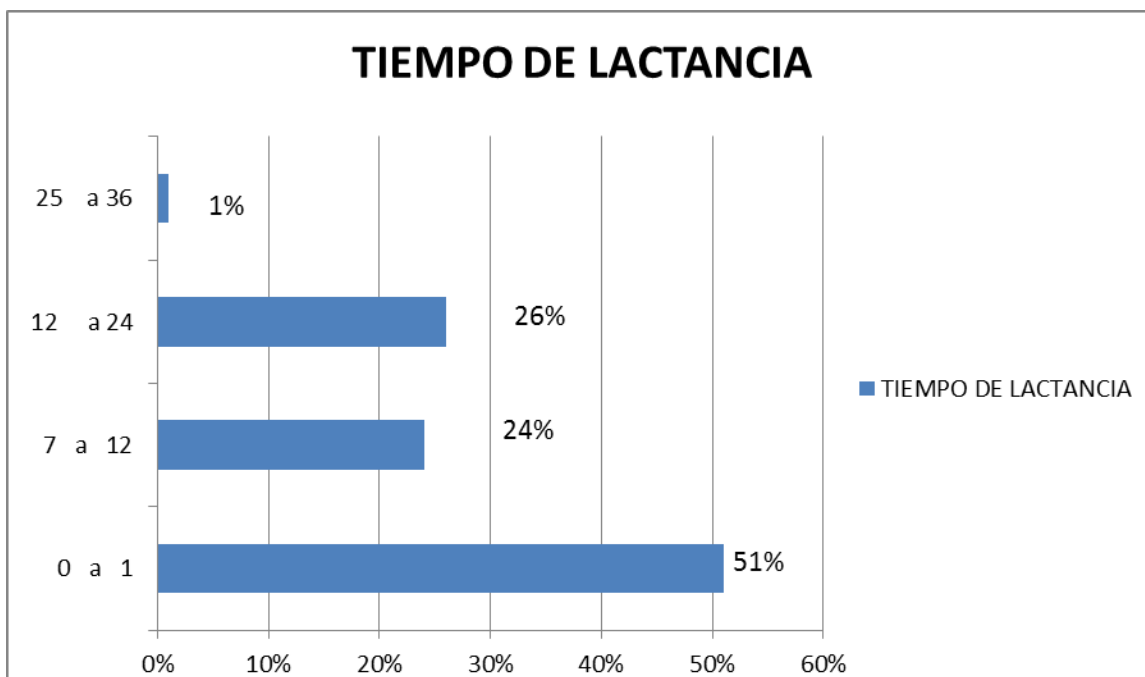


CUADRO DE RECURRENCIAS EN UN AÑO		
RECURRENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	6	5.8%
6 A 8	56	54.9%
9 A 12	24	23.5%
13 A 16	5	4.9%
17 A 24	11	10.7%
TOTAL	102	100

Dx Rinofaringitis	40
Faringoamigdalitis	18
Faringitis	6

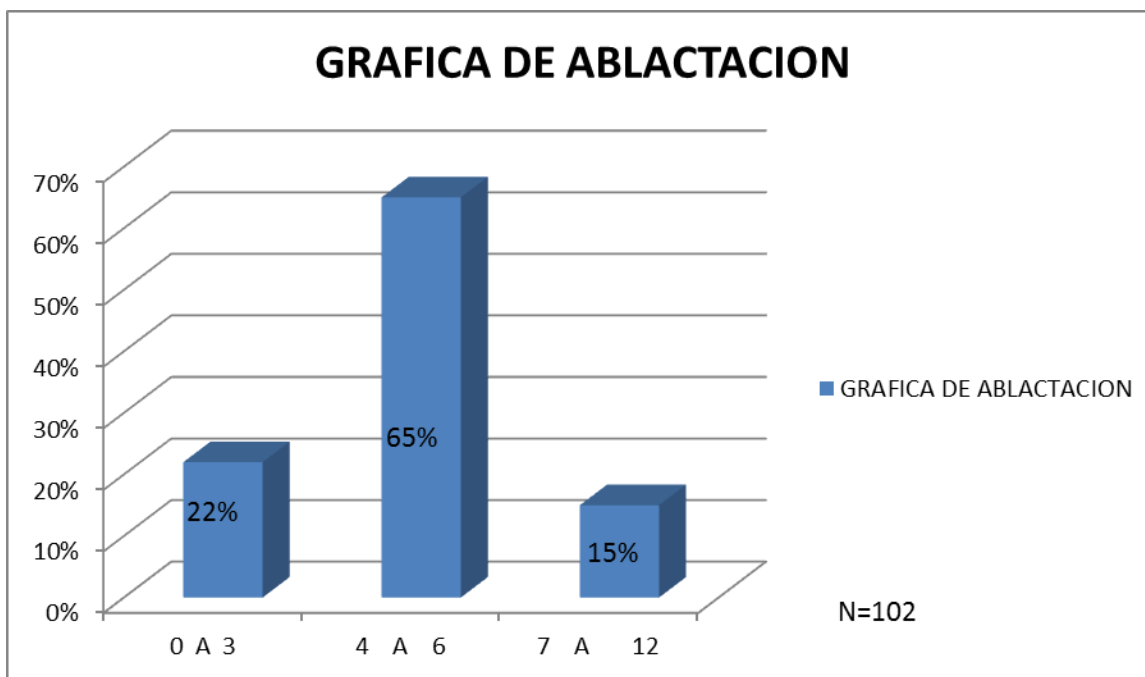


Grafica No4 Tiempo de Lactancia



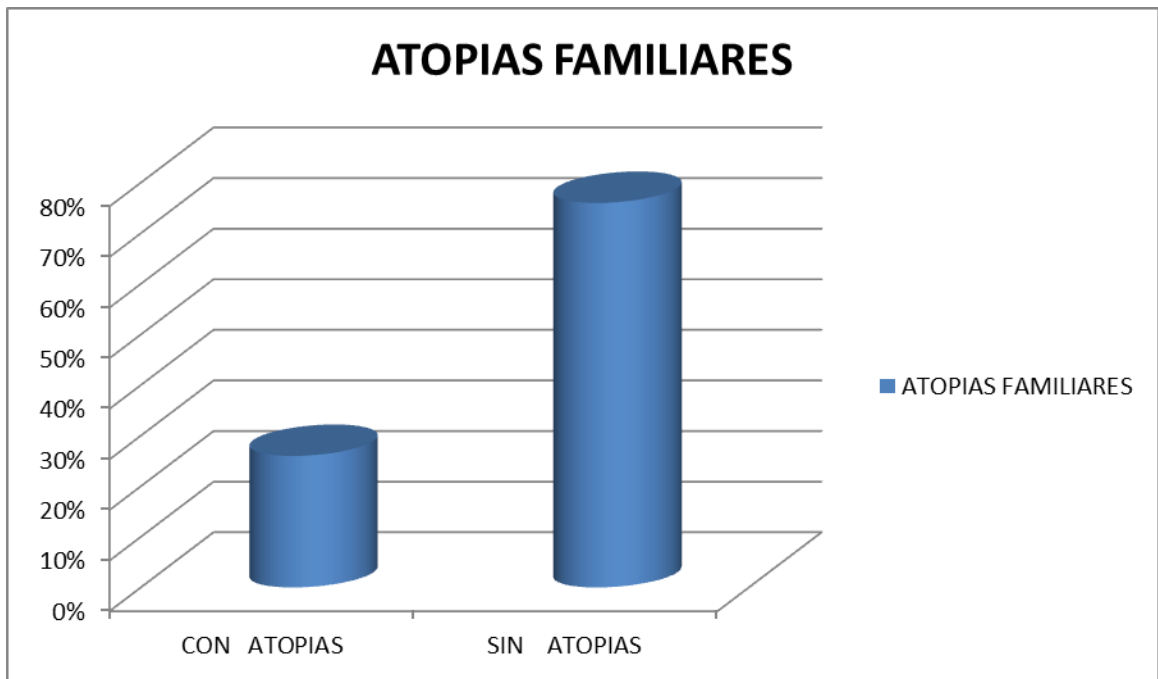
TIEMPO DE LACTANCIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 A 6	52	51
7 A 12	24	24
12 A 24	26	26
25 A 36	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Grafica No 5 Ablactación



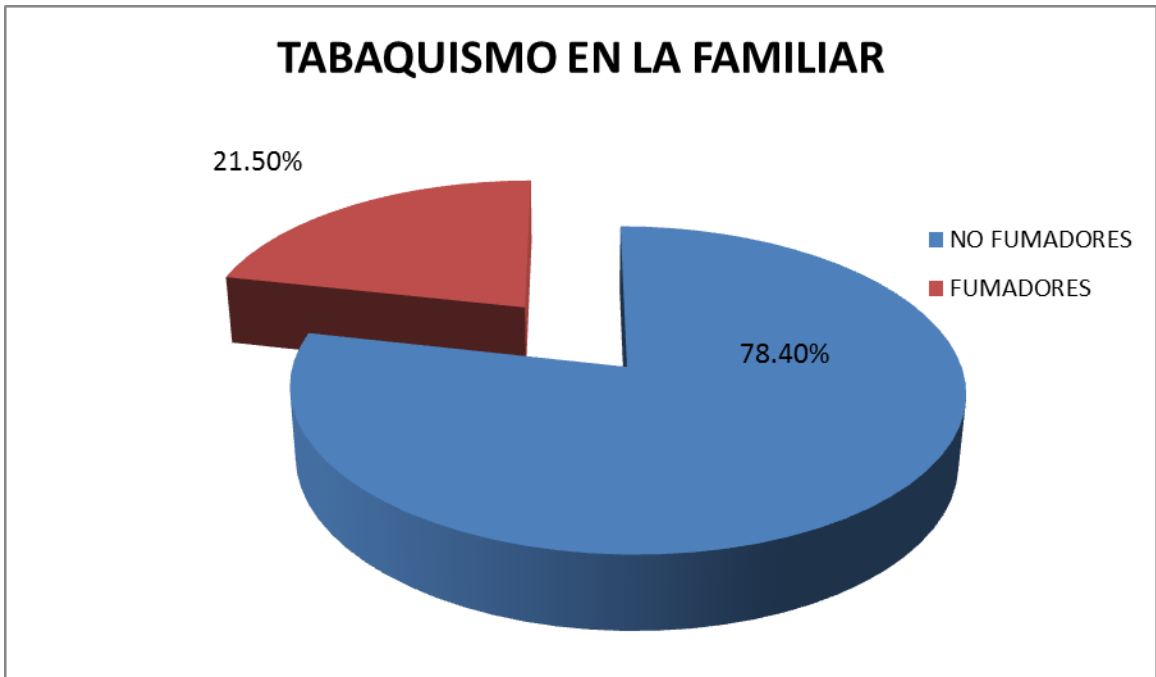
<b>GRAFICA DE ABLACTACIÓN</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>0 A 3</b>	<b>21</b>	<b>22 %</b>
<b>4 A 6</b>	<b>66</b>	<b>65 %</b>
<b>7 A 12</b>	<b>15</b>	<b>15 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Grafica No6 Atopias Familiares



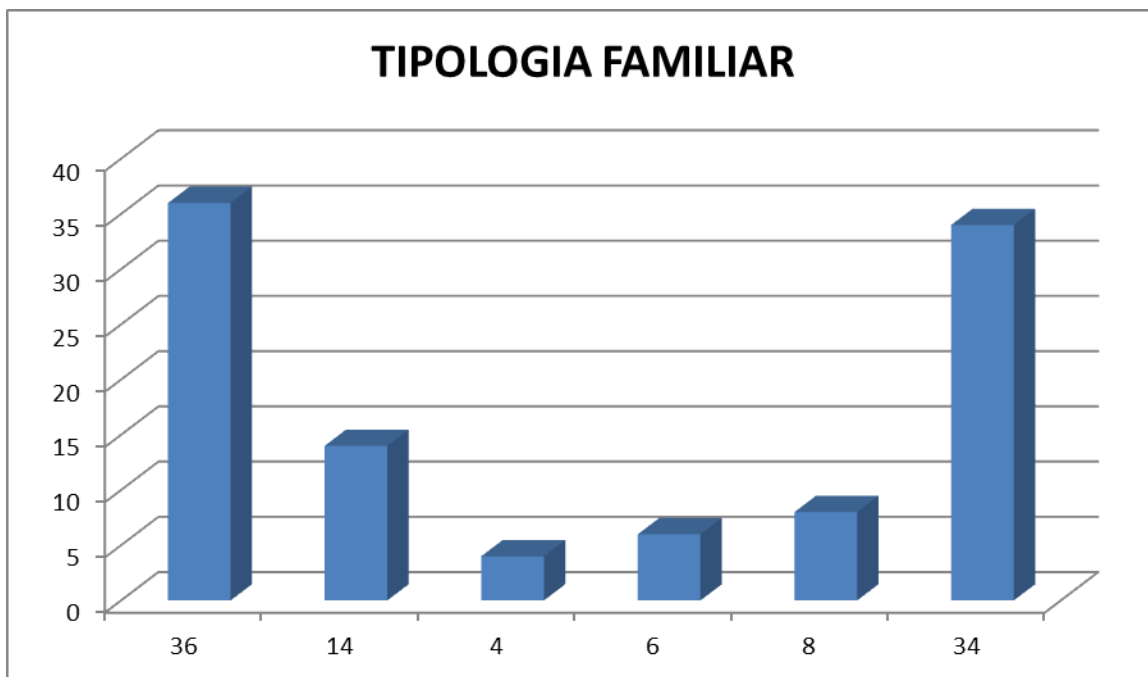
ATOPIAS FAMILIARES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON ATOPIAS	76	74.2%
SIN ATOPIAS	26	25.49%
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>

Grafica No7 Tabaquismo en la Familia



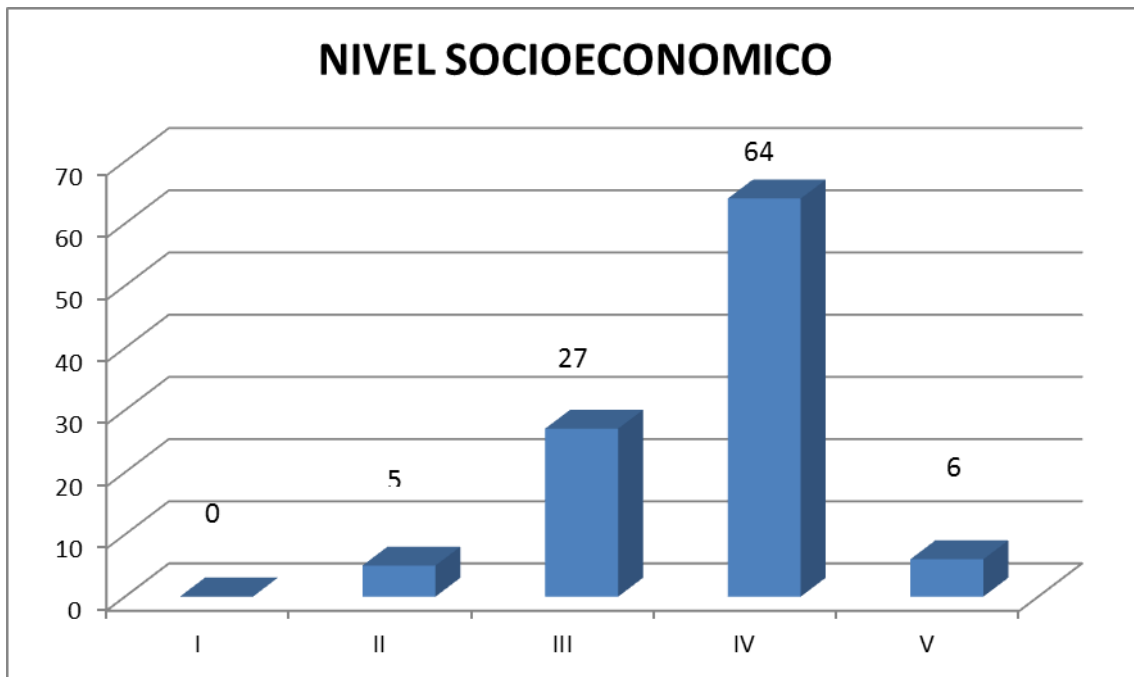
TABAQUISMO EN LA FAMILIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>NO FUMADORES</b>	80	78.40%
<b>FUMADORES</b>	22	21.50%
<b>TOTAL</b>	102	100%

Grafica No8 Tipologia Familiar



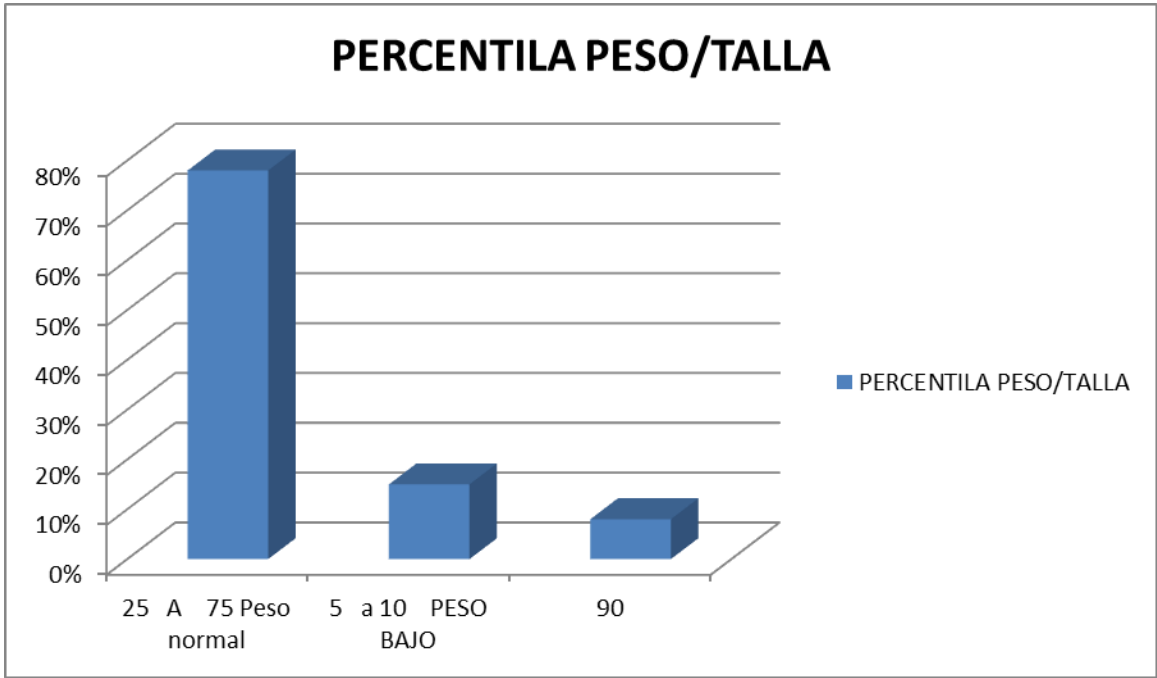
TIPOLOGIA FAMILIAR		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR SIMPLE	36	35.2%
NUCLEAR NUMEROSA	14	13.7
MONO PARENTAL	4	3.9
MONO PARENTAL EXT	6	5.8
MONO PARENTAL EXT COMP	8	7.8
EXTENSA COMPUESTA	34	33.3
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Grafica No9 Nivel Socioeconómico



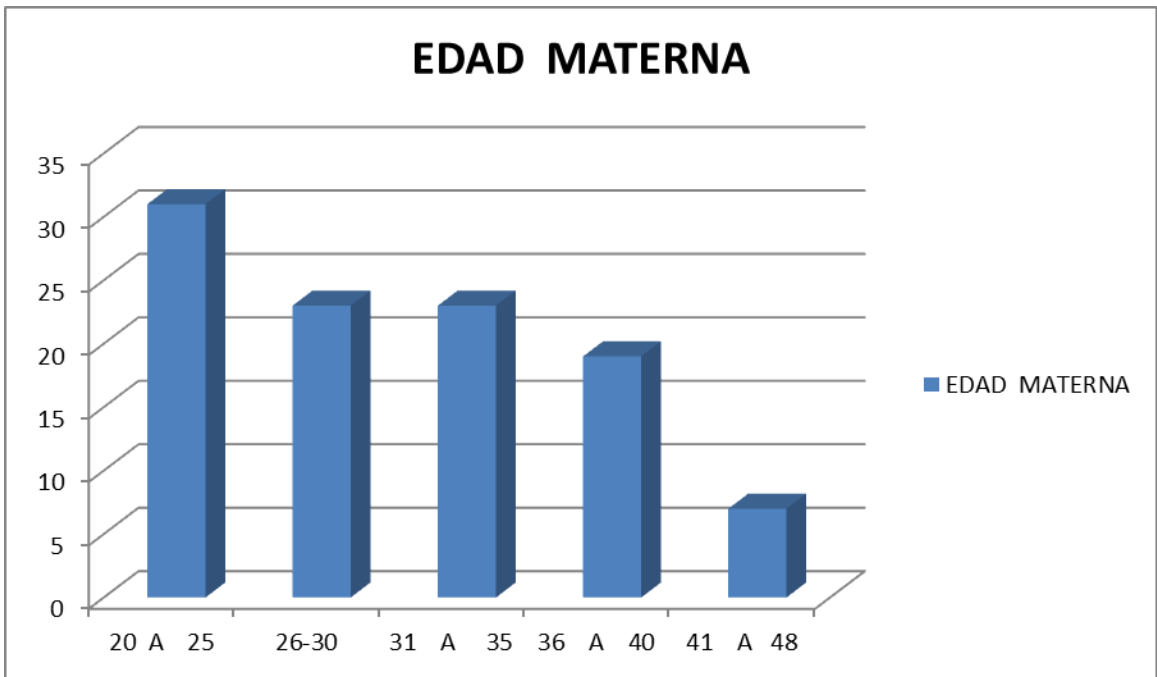
NIVEL DE SOCIOECONOMICO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>I</b>	0	<b>0%</b>
<b>II</b>	5	<b>4.9%</b>
<b>III</b>	27	<b>26.4%</b>
<b>IV</b>	64	<b>62.74%</b>
<b>V</b>	6	<b>5.8%</b>
<b>TOTAL</b>	102	<b>99.84%</b>

Grafica No 10 Percentila Peso/ Talla



PERCENTILA PESO/TALLA		
PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>NORMAL</b>	74.	73%
<b>BAJO</b>	16	16%
<b>SOBREPESO</b>	12	11%
<b>TOTAL</b>	102	100

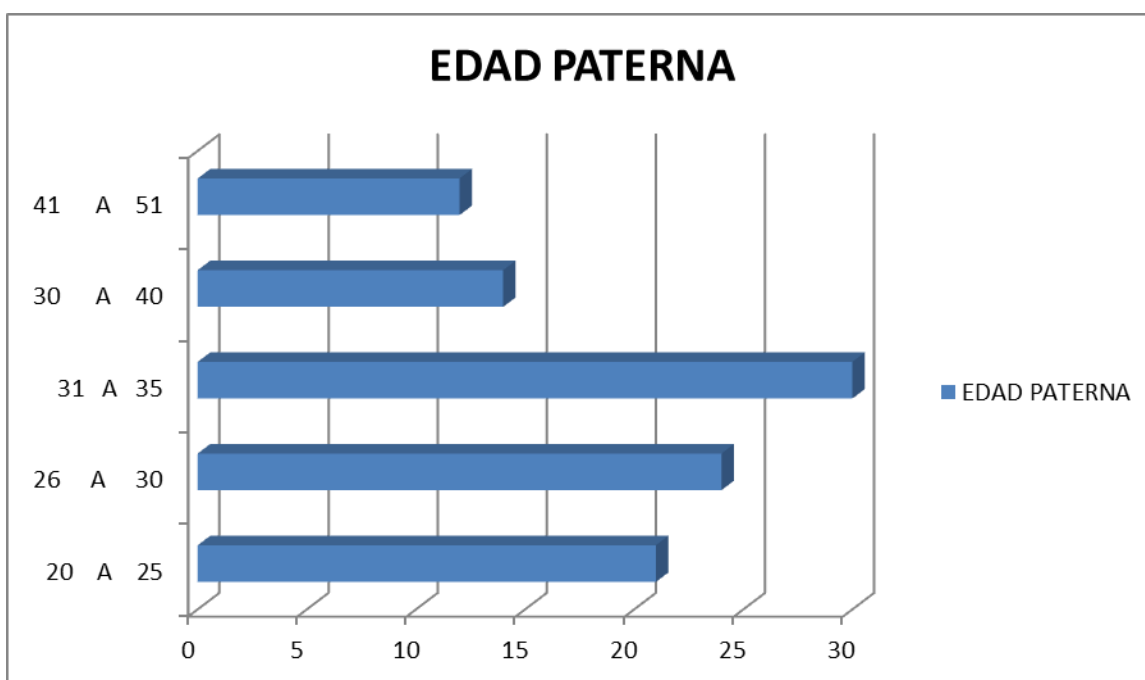
Grafica No 11 Edad Materna



EDAD MATERNA
--------------

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-25	30	20.5
26-30	22	22.5
31-35	22	29.4
36-40	19	13.7
41-48	6	11.7
<b>TOTAL</b>	100	100

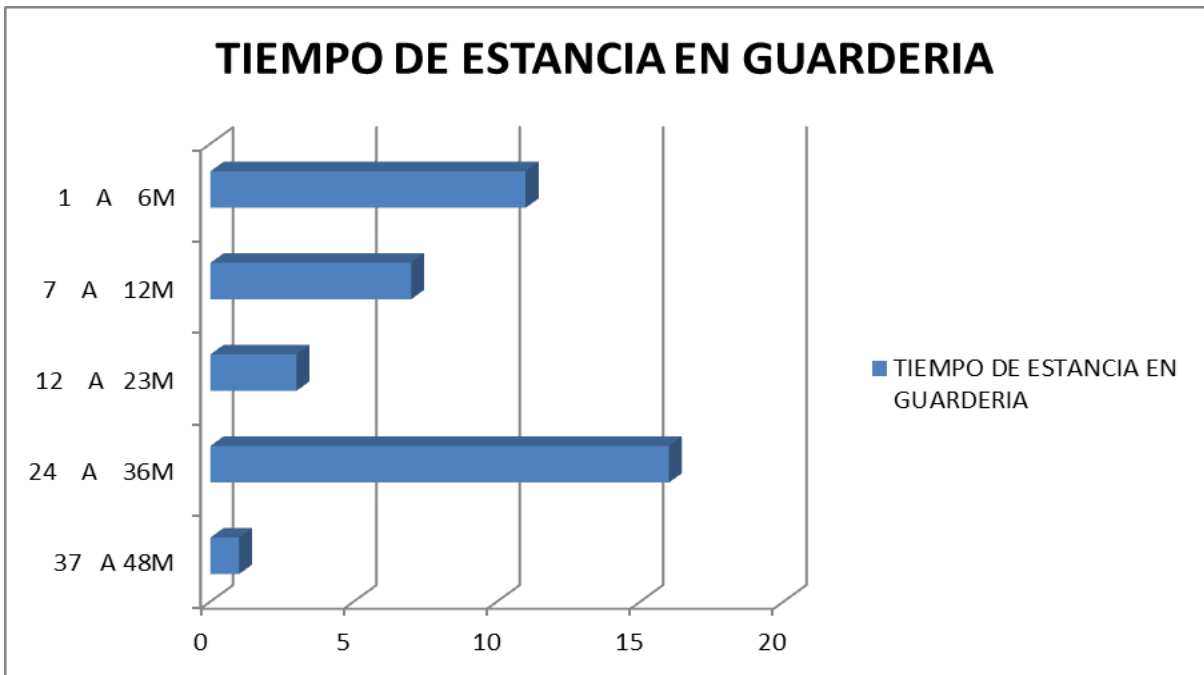
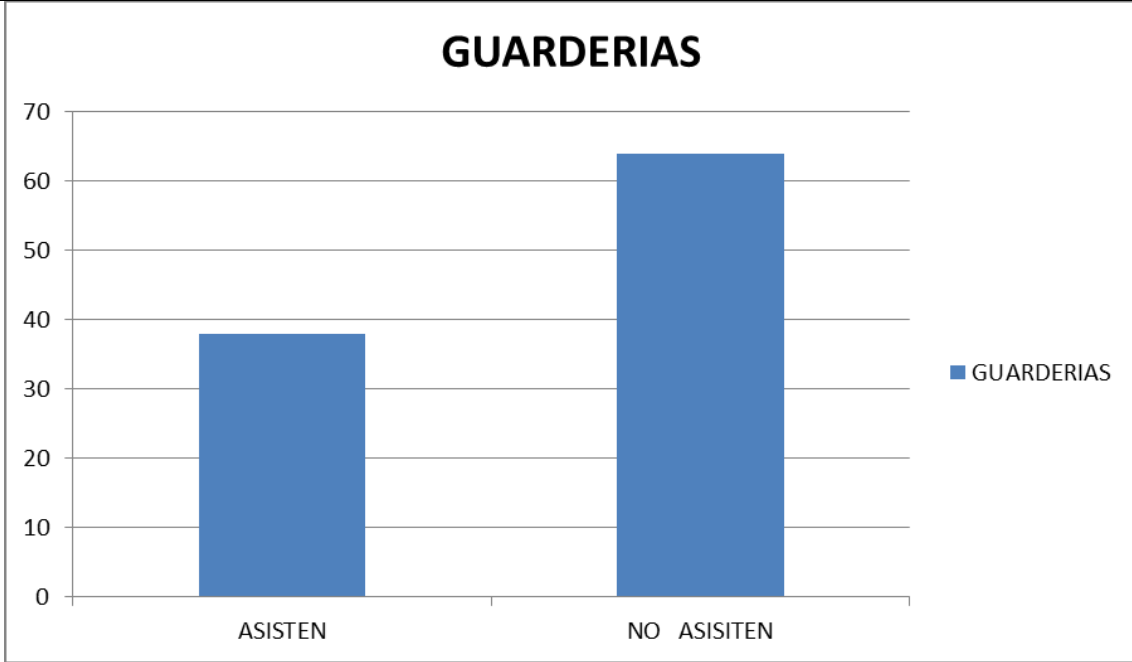
Grafica No 12 Edad Paterna



EDAD PATERNA		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-25	21	20.5
26-30	23	22.5
31-35	30	29.4
36-40	14	13.7
41-45	12	11.7
<b>TOTAL</b>	100	100



	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASISTEN	<b>38</b>	<b>37.2%</b>
NO ASISTEN	<b>62</b>	<b>60.7%</b>



**TIEMPO DE ESTANCIA EN GUARDERIA**

MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-6	<b>11</b>	<b>11%</b>
7-12	<b>7</b>	<b>7%</b>
12-23	<b>3</b>	<b>3%</b>
24-36	<b>16</b>	<b>16%</b>
37-48	<b>1</b>	<b>1%</b>
TOTAL	<b>38</b>	<b>37.25%</b>

## DISCUSIÓN

Con la edad que predomina entre los 2 y 5 años de vida en los cuales es destacable que se encuentren estos episodios de infección de vías respiratorias recurrentes. Que vayan disminuyendo de acuerdo a la edad y su sistema inmunológico va aumentando su sistema inmune.

La destacada predominancia en cuanto a las recurrencias de las vías respiratorias los cuadros predominan de 4 a 8 al año aunque antes hay que tomar en cuenta el tipo de infección la cual nos enfrentamos ya que varía de acuerdo al diagnóstico o si estas nos llevaron a la hospitalización del paciente por alguna complicación.

Dentro de los diagnósticos más relevantes fueron la Rinofaringitis, faringoamigdalitis, y faringitis. Ya que en la mayoría de los autores no mencionan la infección predominante de vías respiratorias que comprenden las vías superiores y le dan mayor importancia a las complicaciones resultantes de estas.

El estrato socioeconómico más afectado es el del grupo etario de 4 años en el cual nos podemos dar cuenta de que ambos padres trabajan para obtener los recursos sustentables de la familia y sus problemas más íntimos a los cuales se ven sumergidos cuando la madre tiene que abandonar la casa para salir a laborar, siendo esta la causa principal del porqué los niños de medio urbano enferman con mayor frecuencia.

Puede influir este cambio a nivel social de la liberación de la mujer su delegación de responsabilidades a familiares más cercanos para los cuidados más primarios teniendo en cuenta que las familias más arraigadas como las nucleares se ven más desprotegidas a la inversa de las familias en hacinamiento.

Nos menciona la literatura que el tabaquismo tiene cambios ya que el niño se encuentra en su domicilio indirectamente en contacto con este tipo de sustancia y no tiene significancia alguna en este estudio.

La mayoría de nuestra población se encuentra con un esquema de vacunación al corriente y que la causa más frecuente de su falta de aplicación era precisamente la infección de vías respiratorias altas.

Además no hubo significancia ante las atopias ya que hubo un bajo porcentaje de atopias.

Dentro de los factores de riesgo menciona la literatura que cuando las madres tienen baja escolaridad y edad temprana de 20 a 25 años y padres de 31 a 35 sin corresponder a los datos antes mencionados.

Los episodios de recurrencias de igual manera se presentan de 4 a 8 episodios al año, y que la penetración de infecciones recurrentes es menor en pacientes pediátricos que acuden a guarderías .

Nos indica que la mayoría de niños que asisten a guardería y el tiempo que se pasan en instituciones que enferman más por estar a más temprana edad en contacto con niños . Sin embargo en nuestro estudio nos percatamos de que el niño que asiste a guardería es el que tienen mayores cuidados en cuanto a higiene y nutrición por lo tanto es el que enferma menos ya que constantemente sus madres son orientadas en cuanto a su desarrollo y nutrición.

## **CONCLUSIONES**

Se puede concluir que los factores de riesgo familiar de este estudio son de 2 a 5 años, sexo masculino tiempo de lactancia materna, ablactación, estado nutricional del niño tabaquismo tipo de familia, estrato socioeconómico de acuerdo a Graffar nivel cuatro familia nuclear simple y extensa compuesta tienen una relevante importancia en cuanto a la instauración de episodios recurrentes de vías respiratorias bajas. Teniendo en cuenta que en nuestra población los niños que asisten a guardería son los que inmunológicamente se encuentran más protegidos debido a la constante orientación por parte del personal de guardería hacia sus madres y la constante derivación a los servicios de medicina preventiva de los niños que acuden a estas,

Sugiero continuar la línea de investigación en cada una de las unidades pertinentes del IMSS para poder entonces realizar un margen de protección hacia el menor en cuanto a cuidados y servicios de orientación constante apegados lo más estrictamente al cuidado del menor. Teniendo en cuenta que las campañas de vacunación los servicios de enfermería materno infantil y el apoyo de trabajo social en cuanto a la reeducación de los padres de familia podría contribuir en un futuro a minimizar dichas infecciones.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94/ CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MAR- JUN 2011	JUL- DIC 2011	ENERO 2012	FEB 2012	MAR 2012	ABRIL 2012	MAYO 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGOST 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012
Seminario de investigación	P	R												
Selección del tema		P	R											
Búsqueda bibliográfica		P			R									
Realización de marco teórico			P		R									
Solicitud de permiso en el uso de instrumento						P								
Solicitud de revisión por el CLIS							P							
Recolección de muestra							P							
Análisis de resultados											P			
Difusión de la investigación													P	

P=Programado

R=Realizado

## ANEXOS

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:  
**“FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LAS INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS  
ALTAS RECURRENTES EN NIÑOS EN UNA UMF DEL I.M.S.S.”**

Registrado ante el Comité Local de Investigación 3515 de la UMF 94 del IMSS en la Delegación Norte del D.F.

El objetivo de este estudio es realizar una investigación clínica, indagar los factores asociados a infecciones de vías respiratorias altas en menores de 5 años en derechohabientes que asisten a una Unidad de Medicina Familiar

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

Al participar en el estudio no tiene riesgo para mi salud. Si pertenezco al grupo de estudio, mi participación consistirá en apoyar al médico familiar que realizara el estudio respondiendo adecuadamente el cuestionario que me proporcionará en los momentos que el desee.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier aclaración del presente estudio puede comunicarse al Teléfono: 5767-2977 Ext. 21407 con el Dr. Guillermo Arroyo Fregoso.

México D. F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2013.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del entrevistado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de un testigo

\_\_\_\_\_  
Dr. Guillermo Arroyo Fregoso  
Investigador Responsable  
Mat. IMSS 9765964  
Tel. 5767-2977 Ext, 21407

## **Clasificación de Graffar**

En pediatría, la clasificación de Graffar es un esquema internacional para la agrupación de niños y adolescentes basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social.

### 1 Criterios

#### 1.1 Profesión

#### 1.2 Nivel de instrucción

### 2 Clasificación Social

### 3 Referencias

## **Criterios**

En la primera fase de la evaluación, se le atribuye a cada familia observada una puntuación para cada uno de los cinco criterios que la clasificación enumera y en una segunda fase de evaluación se obtiene la escala que la familia ocupa en la sociedad basado en la suma de estas puntuaciones. Las familias con los estratos más altos (I y II) pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o crítica pertenecen a los estratos más elevados (IV y V).<sup>1</sup>

## **Profesión**

Las familias se clasifican en cinco categorías según la profesión ejercida por el padre de la familia. Si la madre ejerce una profesión de nivel más elevado que la del padre de la familia, en ese caso servirá ella de base para la clasificación de la familia.

1º grado: Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, ingenieros, profesionales con títulos universitarios o de escuelas especiales y militares de alta patente.

2º grado: Jefes de secciones administrativas o de negocios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos y comerciantes.

3º grado: Ayudantes o aprendices técnicos, diseñadores, cajeros, oficiales de primera, capataces y maestros de obras.

4º grado: Operarios especializados con entrenamiento técnico completo (por ejemplo motoristas, policías, cocineros, etc).

5º grado: Trabajadores manuales u operarios no especializados (por ejemplo: jornaleros, ayudantes de cocina, servicio de limpieza, etc.).

## **Nivel de instrucción**

Las categorías, similares a las de la profesión, son las siguientes:

1º grado: Enseñanza universitaria o su equivalente (12 o más años de estudio). Por ejemplo, catedráticos y asistentes, doctores o licenciados, títulos universitarios o de escuelas superiores o especiales, diplomados, economistas, notarios, jueces, magistrados, agentes del Ministerio Público, militares da Academia.

2º grado: Enseñanza media o secundaria completa, técnica superior completa (10 a 11 años de estudio). Por ejemplo, técnicos y peritos.

3º grado: Enseñanza secundaria incompleta, técnica media (8 a 9 años de estudio). Por ejemplo, individuos con cursos técnicos, industriales o comerciales, militares de bajo rango o sin títulos académicos.

4º grado: Enseñanza primaria completa, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria).

5º grado: Enseñanza primaria de uno o dos años que saben leer o analfabetas.

## **Clasificación Social**

La suma total de los puntos obtenidos en la clasificación de los cinco criterios provee una clasificación final que corresponda a la clase social, conforma a la clasificación siguiente:

Clase I: Familias cuya suma de puntos va de 5 a 9.

Clase II: Familias cuya suma de puntos va de 10 a 13.

Clase III: Familias cuya suma de puntos va de 14 a 17.

Clase IV: Familias cuya suma de puntos va de 18 a 21.

Clase V: Familias cuya suma de puntos va de 22 a 25.

INTERROGATORIO INDIRECTO

MADRE\_\_\_\_\_ PADRE\_\_\_\_\_ TUTOR\_\_\_\_\_

EDAD\_\_\_\_\_ (MADRE, PADRE O TUTOR).

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE\_\_\_\_\_

GENERO: MASCULINO\_\_\_\_\_ FEMENINO\_\_\_\_\_

PESO\_\_\_\_\_ TALLA\_\_\_\_\_ PERCENTILA\_\_\_\_\_

LACTANCIA MATERNA:

SI\_\_\_ NO\_\_\_ TIEMPO\_\_\_\_\_ ABLACTACIÓN\_\_\_\_\_

ASITIO A GUARDERIA:

SI\_\_\_ NO\_\_\_ TIEMPO\_\_\_\_\_ QUIEN CUIDA AL NIÑO \_\_\_\_\_

ESQUEMA DE VACUCNACION COMPLETO:

SI\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

ATOPIAS FAMILIARES:

SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTAS VECES SE HA ENFERMADO SU HIJO \_\_\_\_\_

¿CUÁLES HAN SIDO SUS DIAGNOSTICOS?

TABAQUISMO EN LA FAMILIA:

SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ FUMADOR: PADRE\_\_\_ MADRE\_\_\_ AMBOS\_\_\_  
OTROS\_\_\_\_\_

LUGAR DONDE VIVE:

URBANA\_\_\_\_\_ RURAL\_\_\_\_\_

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN PARENTESCO:

NUCLEAR .....( )

NUCLEAR SIMPLE.....( )

NUCLEAR NUMEROSA.....( ).

RECONSTRUIDA.....( )

MONOPARENTAL.....( )

MONOPARENTAL EXTENDIDA.....( )

MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA.....( )

EXTENSA.....( )

EXTENSA COMPUESTA.....( )

NO PARENTAL.....( )



## **BIBLIOGRAFIA.**

- 1.- Rodríguez TR Sánchez. TN infecciones respiratorias agudas, aspectos clínicos y epidemiológicos. Situación en Cuba infecciones respiratorias agudas. Biblioteca Virtual de Vigilancia en Salud Vol 5 (7). 2000.
- 2.- Flores HS , Trejo y Pérez JA, Reyes MH Pérez CR Actualización sobre infecciones respiratorias agudas. Diseño y aplicabilidad de una guía clínica para la atención apropiada en las infecciones respiratorias agudas 7ª GAC MED MEX 1999 135 (2): 121-137.
- 3.- Cabrera-Contreras R Rincón-Vázquez M Irigoyen-Coria A Nuevas perspectivas en el estudio de infecciones respiratorias agudas ARCH MedFam 2002 4(3) 109-112.
- 4.- Brooks RM García AE, Bazán C AJ del Sol MM Cruz RP, factores de riesgo de las infecciones de vías respiratorias agudas en Pediatría Hospital Docente Materno 10 de octubre, Servicios Respiratorios de Cuba 2004.
- 5.- López AJF, Epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas en Niños: Panorama Regional en el Control de las Enfermedades Transmisibles 8ª Edición pag 3-23 Ed. OPS.
- 6.- Nandi-Lorenzo E, Espinosa LE, Viñas-Flores L, Ávila-Figueroa C, Infección Respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil Salud Pública Méx 2002; 44(3): 201-206.
- 7.- Yero CY, Rodríguez DA, Fonseca VR, Castillo AJ, Evaluación del riesgo asociado a las infecciones Respiratorias Agudas en lactantes del área de Veguitas. Infecciones Respiratorias Agudas. Lic. Nancy Sánchez Tarrago. UATS Nacional 1 No.1 Octubre 1996.
- 8.- <http://www.trabajadoresubaweb.com> infecciones respiratorias agudas: Mayor incidencia este año.
- 9.- Cifuentes AL. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PEDIATRÍA AMBULATORIA.
- 10.- Prieto HME, Russ DG, Reitor LL. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev. Cubana med. Gen Integr v. 16 n2 Ciudad de la Habana mar-abr 2000 2006 1999 Editorial Ciencias Médicas.
- 11.- Cala BA, Aguilera GM Muñiz VS Walkquer EM, López HJC, Factores de riesgo asociados a la malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MARIANA GRAJALES CUELLO HOLGUÍN, Policlínica César Forner. 2005.
- 12.- Rosete ODP, Archundia SFJ, Cabello GC, Manjarrez ZME, Trabajo de Investigación, Patogenia de las infecciones respiratorias por virus. Rev. Inst. Nal Enf. Resp Méx 2002; vol. 15(4):239-254 9.
- 13.- Nandi-Lozano E. Espinosa LE, Viñas-Flores, Ávila-Figueroa C Infección Respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. Salud Pública Mex 2002; 44:201-206. Infección Respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil.
- 14.- Azoh BJ. Violencia de pareja y maltrato a menores en Nuevo León , México proyecto Violencia familiar en Nuevo León. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México Vol 4 NO 15, 2003.
- 15.- Gómez DL Influencia de los factores sociales en el niño durante el primer año de vida. VII Congreso de demografía histórica Granada 1-3 de abril 2004.

- 16.- Vacarezza M Eduardo Savio Larriera Catedra de Enfermedades Infecciones Guías de Tratamiento Agosto 2005; 1 (1); 1-19
- 17.- Fuentes DZ , Rodríguez SO, Salazar DM, Rodríguez HO. Factores de Riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años BORGNE 2001.
- 18.- Sánchez TN, Rodríguez MD Batista MR, Llanes CMJ Infecciones Respiratorias Agudas; aspecto clínico y epidemiológicos. 2000 (5):30
- 19.- Santa cruz Varela J La familia como unidad de análisis Rev Méd. IMSS 1983;(21) 4348-350.
- 20.-Mendez LDM, Gómez LVM, García Pérez LJ Navarrete escobar Arturo Disfunción familiar y control del paciente diabético, revista médica del IMSS 2000: 42(4): 282.
- 21.- Andres Garip Emilio Instituto de diagnóstico y tratamiento ambulatorio Dr. Carlos Oulton, valoración diagnóstica en el niño con infecciones córdoba 2007.
- 22.-Practica Médica Efectiva. Infecciones respiratorias en niños menos de 5 años julio 2001 Vol N3. Num 7.
- 23.-Mendizabal Bermúdez, Rosales Zarco Héctor Mujer y familia, la maternidad en el derecho de la familia y seguridad social.
- 24.- Canete Estrada R.V Cifuentes Sabio Valoración de estado nutricional. Revisado (8 mayo 2008).
- 25.- Monografía de la vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, conceptualización y alteraciones de la nutrición crecimiento y desarrollo de los niños revisado 17 mayo 08.
- 26.- Zarate Hernández Ma, del Carmen. Immunology and Allergy Clinics of North America, 1999, Current Opinion in Allergy and clinical Immunol pag 98.
- 27.- Información del SIMO de la UMF N.04 IMSS 26-12-06 a 25-11-07.

