



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24
NUEVA ROSITA COAHUILA**

**FRECUENCIA DE INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS
SUPERIORES Y USO DE ANTIBIOTICO EN NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31
MINAS DE BARROTERAN COAHUILA**

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

PRESENTA:

DRA. SANDRA NATALIA TRONCOSO JUAREZ



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.

**FRECUENCIA DE INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS
SUPERIORES Y USO DE ANTIBIOTICO EN NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 MINAS DE
BARROTERAN COAHUILA**

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

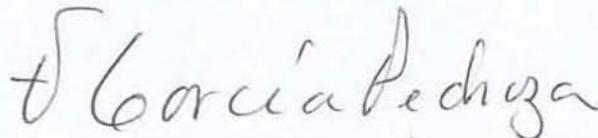
PRESENTA

DRA. SANDRA NATALIA TRONCOSO JUAREZ

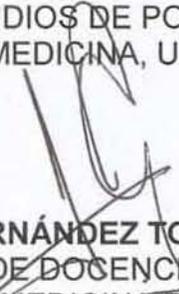
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**FRECUENCIA DE INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS
SUPERIORES Y USO DE ANTIBIOTICO EN NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 MINAS DE
BARROTERAN COAHUILA**

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

PRESENTA

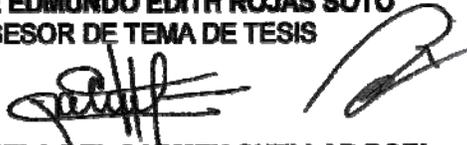
DRA. SANDRA NATALIA TRONCOSO JUAREZ

AUTORIZACIONES



DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
ADSCRITO A HGZ CON MEDICINA FAMILIAR No. 24
NUEVA ROSITA, COAHUILA

Dr. JOSE EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
ASESOR DE TEMA DE TESIS



DRA. GABRIELA DEL CARMEN CUELLAR ROEL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
ADSCRITO A HGZ CON MEDICINA FAMILIAR No.24
NUEVA ROSITA, COAHUILA

NUEVA ROSITA, COAH.



2014

**FRECUENCIA DE INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS
SUPERIORES Y USO DE ANTIBIOTICO EN NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31
MINAS DE BARROTERAN COAHUILA**

INDICE

Pagina	
Resumen -----	1
Marco teórico -----	3
Planteamiento del problema -----	8
Justificación -----	9
Objetivos -----	11
Metodología -----	12
Presentación de Resultados -----	15
Tablas y Gráficas -----	17
Análisis de Resultados -----	25
Conclusiones -----	27
Recomendaciones -----	28
Bibliografía -----	29
Anexos -----	32

RESUMEN

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas (IRA) 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, en México en el IMSS es el primer motivo de consulta en la población pediátrica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de la IRAS en una población de niños menores de 5 años en una unidad de medicina familiar en la localidad de Barroterán perteneciente al municipio de Melchor Muzquiz Coahuila.

Metodología: Se realizó un estudio de corte transversal, de Frecuencias sobre notas clínicas obteniendo frecuencias y medidas de tendencia central.

Resultados: Se encontraron 3 con otitis, 183 con rinofaringitis, 138 con faringoamigdalitis, 91 con faringitis, 7 con amigdalitis y 1 con sinusitis. El uso de antibiótico en el 44% de los casos y se registraron los signos de alarma en el 26%.

Conclusiones: se detecta un alto uso de antibiótico y bajo registro de los signos de alarma.

Palabras claves: Infección respiratoria alta, antibiótico, signos de alarma.

ABSTRACT

Introduction: Acute respiratory infections (ARI) are the leading cause of morbidity worldwide and the most frequent cause of utilization of health services in all countries, in Mexico in the IMSS is the first reason for consultation in the pediatric population.

Objective: Determine the frequency of the IRAS in a population of children under 5 years in a family practice unit in the town of Barroterán the municipality of Melchor Muzquiz Coahuila.

Methodology: Cross-sectional study, clinical notes Frequency of obtaining frequencies and measures of central tendency.

Results: They found 3 otitis, 183 with nasopharyngitis, pharyngitis 138, 91 pharyngitis, tonsillitis 7 and 1 with sinusitis. The use of antibiotics in 44% of cases and the warning signs were recorded in 26%.

Conclusions: High antibiotic use and low register signs of alarm detection.

Keywords: Upper respiratory infection, antibiotic warning signs.

MARCO TEÓRICO

Historia

Es difícil establecer la antigüedad de las Infecciones Respiratorias Agudas ya que desde el año 412 A.C. Hipócrates y Livio describieron una epidemia que comenzó en diciembre después de un cambio climático y muchos enfermos tuvieron complicaciones con neumonía. En Europa hubo epidemias de tipo gripal en los siglos VI y IX. Sin embargo la primera epidemia de Influenza descrita como tal y generalmente aceptada ocurrió en diciembre de 1173. El historiador Kirsch ha reportado 299 epidemias entre 1173 y 1985. La primera pandemia (epidemia generalizada que afecta a poblaciones de varios países y durante el mismo período de tiempo) que afectó Europa, Asia y el norte de África ocurrió en 1580 y la primera de América ocurrió en 1647. En este siglo se han presentado 5 pandemias: 1900,1918 (la más devastadora causando más de 20 millones de muertes en todo el mundo, conocida como "Gripe Española"), 1957, 1968 y 1977.⁽¹⁻²⁾ Hace 2 mil 500 años un griego se enfrentó con un fantasma que afiebraba y hacía temblar a sus víctimas antes de fulminarlas. Hipócrates estudió a su contrincante, analizó sus estrategias de combate, lo describió minuciosamente, y le dio un nombre. Desde entonces la gripe, y otras enfermedades asociadas al invierno, han sido combatidas de mejor forma por la Medicina.⁽³⁾

Definición

El termino infección de las vías respiratorias superiores se refiere a la enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio hasta antes de la epiglotitis, durante un periodo menor de 15 días frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacterias.⁽⁴⁾

Estudios internacionales han demostrado que el número de episodios anuales de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, y los agentes etiológicos involucrados son similares en países desarrollados y en vías de desarrollo. De los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las infecciones respiratorias agudas (IRA), ocupan un papel predominante en cuanto a morbilidad se refiere⁽⁵⁻⁶⁾.

Etiología

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias. ⁽⁷⁾ Los microorganismos patógenos que atacan frecuentemente el aparato respiratorio son el virus sincitial respiratorio, el *Haemophilus influenzae* y el parainfluenza, que aparecen en epidemia durante los meses de invierno. ⁽⁸⁾ Antes del nacimiento el sistema inmunitario del feto es bastante inactivo, porque no ha estado expuesto a gérmenes extraños, sin embargo, recibe alguna protección de los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta en las últimas 10 semanas de embarazo. ⁽⁹⁾ Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección que la misma aporta contra las infecciones respiratorias agudas (IRA). ⁽¹⁰⁾ Igualmente, los niños con enfermedades asociadas o desnutrición, presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las infecciones. ⁽¹¹⁾

Factores de riesgo .

A medida que aumenta el número de factores de riesgo presentes en un niño se incrementa el riesgo de morbilidad grave y muerte, por lo que el médico, siempre debe de valorar la presencia de los mismos en todo paciente que acude a consulta con un proceso infeccioso respiratorio agudo. ^(12,13) . Varios son los factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas como son: demográficos, socioeconómicos (ingreso familiar bajo, nivel de escolaridad, lugar de residencia) ambientales que incluyen exposición al humo (contaminación, atmosférica, contaminación domestica por residuos orgánicos, humo ambiental por tabaco) hacinamiento (aglomeración de personas) exposición al frío humedades y cambios bruscos de temperatura, deficiente ventilación en la vivienda y factores nutricionales. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

La OMS en los últimos años ha apoyado el programa de control de IRA en el que uno de sus pilares fundamentales lo constituye el manejo estándar de casos, que destaca que por su etiología y evolución en la mayoría de los casos, resulta innecesario y hasta perjudicial el uso de productos aparentemente destinados a mejorar los síntomas, y más aún el uso indiscriminado de antibióticos ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) 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 infecciones respiratorias agudas (IRA) representan entre el 30 y el 50% de las visitas para los niños a los establecimientos 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 infecciones respiratorias agudas (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 atribuye 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) ⁽¹⁹⁾

Magnitud.

Morbilidad por infección respiratoria aguda en población general en relación al total de causas en los estados unidos mexicanos en 1995 se reporto una incidencia de 72.76%.

Es muy relevante que del total de casos de IRAS que se presentan anualmente un tercio del peso de esta enfermedad afecta a la población menor de 5 años. ⁽²⁰⁾

Trascendencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó, en el 2006, su estimación sobre la morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) atribuible al medio ambiente e informó que, mundialmente, el número de años de vida sana perdidos por habitante era aproximadamente 5 veces mayor entre los niños de 0 a 5 años que en la población en general, así mismo, en los países en vías de desarrollo el porcentaje de infecciones respiratorias, atribuibles al medio ambiente, representa como promedio 26% de todas las defunciones de niños menores de 5 años ⁽²¹⁾

En el umbral del siglo XXI los niños de América aún mueren por causas fácilmente prevenibles, por no implementarse medidas relativamente simples, ya sean de prevención, atención o tratamiento. ⁽²²⁾

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) es la primera causa de enfermedad en México, igualmente es el primer motivo por el cual se busca atención médica. La enfermedad se presenta en todos los grupos etarios, sin embargo, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos; aproximadamente una tercera parte suceden en menores de cuatro años de edad. En el IMSS la infección respiratoria aguda es el principal motivo de demanda de atención médica en la población pediátrica en primer nivel de atención así como en los servicios de urgencias. ⁽⁴⁾

Cada día adquiere mayor importancia el conocimiento que deben poseer los profesionales de la salud y las comunidades en general sobre los diferentes factores de riesgo que de una u otra forma afectan nuestra salud, pero principalmente en edades pediátricas, las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de consulta y hospitalización en este grupo de edad. ⁽²³⁾

Según estimaciones de los últimos años de la década de los 80 y principios de los noventa, en las Américas se registran más de 100.000 defunciones anuales de menores de 1 año por infecciones respiratorias agudas (IRA). Casi el 90% de las muertes se deben a la Neumonía, y el 99% o más se producen en los países en desarrollo de América Latina y el Caribe. La situación refleja grandes diferencias entre países, ya que alrededor del 85% de las defunciones por infecciones respiratorias agudas (IRA) ocurren en cinco de ellos: Brasil (40%), México (19%), Perú (14%), Bolivia (7%) y Haití (5%). ²⁴. Según la Organización Mundial de la Salud el Virus Sincitial Respiratorio (RSV) y el virus tipo 3 de la Parainfluenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y la niñez temprana, causando del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45% al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados. ⁽²⁵⁾

La estadística de la Secretaría de Salud en México, reportó las siguientes tasas de mortalidad por IRAS en la población en general: en el año

2000 una tasa de 14.3 por cada 100,000 habitantes, en 2003 una tasa de 10.7 y en el 2005 una tasa de 14.1. ⁽²⁶⁾

Existen 4 aspectos importantes en el análisis de las infecciones respiratorias agudas (IRA), y a la vez en el enfoque de las estrategias de prevención y control: la presencia de factores de riesgo, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de la atención médica. ^(27,14)

Las estrategias del tratamiento estándar en el manejo de los casos de IRA se reflejan básicamente en la reducción:

- Del uso de antibióticos para el tratamiento de los casos de IRA, especialmente de tos, resfriado, bronquitis y faringitis (que en este grupo de edades no tienen una etiología estreptocócica);
- Del uso de jarabes para la tos y de otros medicamentos para el tratamiento de los casos de IRA;
- De los casos de IRA referidos a los hospitales, dando con ello un mayor poder de resolución al primer nivel de atención;
- De la tasa de letalidad hospitalaria por IRA, ya que los casos de IRA que requieren un tratamiento hospitalario son detectados antes y son menos graves;
- De las altas hospitalarias por IRA, modificando el perfil de los casos hospitalizados y disminuyendo de este modo la proporción de casos de neumonía no grave;
- Del uso de la radiología para el diagnóstico (así como de otros exámenes complementarios para el diagnóstico) que, a menudo, es utilizada en exceso. Esta disminución se observa especialmente en los servicios ambulatorios de los hospitales.

Además del uso inapropiado de antibióticos, las infecciones respiratorias agudas (IRA) son causa frecuente de administración de remedios para la tos y el resfriado. Lejos de ser inofensivos e inocuos, suelen tener componentes que los hacen potencialmente peligrosos para la salud del niño, además de ser caros e ineficientes para disminuir los síntomas que tratan. ⁽²⁸⁻²⁹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó, en el 2006, su estimación sobre la morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) atribuible al medio ambiente e informó que, mundialmente, el número de años de vida sana perdidos por habitante era aproximadamente 5 veces mayor entre los niños de 0 a 5 años que en la población en general, así mismo, en los países en vías de desarrollo el porcentaje de infecciones respiratorias, atribuibles al medio ambiente, representa como promedio 26% de todas las defunciones de niños menores de 5 años.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) es la primera causa de enfermedad en México, igualmente es el primer motivo por el cual se busca atención médica. La enfermedad se presenta en todos los grupos etarios, sin embargo, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos; aproximadamente una tercera parte suceden en menores de cuatro años de edad. En el IMSS la infección respiratoria aguda es el principal motivo de demanda de atención médica en la población pediátrica en primer nivel de atención así como en los servicios de urgencias.

Existen 4 aspectos importantes en el análisis de las infecciones respiratorias agudas (IRA), y a la vez en el enfoque de las estrategias de prevención y control: la presencia de factores de riesgo, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de la atención médica.

Hasta un 75 a 95% deberían ser tratados solo sintomáticamente. Además del uso inapropiado de antibióticos, las infecciones respiratorias agudas (IRA) son causa frecuente de administración de remedios para la tos y el resfriado. Lejos de ser inofensivos e inocuos, suelen tener componentes que los hacen potencialmente peligrosos para la salud del niño, además de ser caros e ineficientes para disminuir los síntomas que tratan.

¿Cuál es la frecuencia de IRAS y uso de antibióticos en menores de 5 años en la unidad de medicina familiar número 31 de Barroteran, Coahuila?

JUSTIFICACION

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) 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 infecciones respiratorias agudas (IRA) representan entre el 30 y el 50% de las visitas para los niños a los establecimientos de salud y entre el 20 y el 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo.

En México, igualmente es el primer motivo por el cual se busca atención médica. La enfermedad se presenta en todos los grupos etarios, sin embargo, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos; aproximadamente una tercera parte suceden en menores de cuatro años de edad. En el IMSS la infección respiratoria aguda es el principal motivo de demanda de atención médica en la población pediátrica en primer nivel de atención así como en los servicios de urgencias. Siendo, los virus son los principales agentes causales y según algunos autores se ocupan del 75 al 95 % del total de las Infecciones Respiratorias agudas en el niño.

Las estrategias del tratamiento estándar en el manejo de los casos de IRA en el nivel que al médico de primer nivel le corresponde se reflejan básicamente en la reducción:

- Del uso de antibióticos para el tratamiento de los casos de IRA, especialmente de tos, resfriado, bronquitis y faringitis (que en este grupo de edades no tienen una etiología estreptocócica);
- Del uso de jarabes para la tos y de otros medicamentos para el tratamiento de los casos de IRA;
- De los casos de IRA referidos a los hospitales, dando con ello un mayor poder de resolución al primer nivel de atención.

Ante este panorama es importante hacer estudios en nuestra realidad con el fin de valorar la prevalencia de esta patología en nuestro marco de acción, así como de la frecuencia de diagnóstico de entidades clínicas y el manejo de estas entidades, principalmente sobre el uso o no de antibiótico ya que como nos menciona la literatura hasta un 75 a 95% deberían ser tratados solo sintomáticamente.

El propósito de este estudio es determinar la alta frecuencia y uso de antibióticos en infección de vías respiratorias superiores en niños menores de 5 años en la UMF # 31 de Barroteran, Coahuila y tener un panorama más real que nos permita implantar las medidas de promoción y prevención de salud para elevar la calidad de vida de la población infantil, además se podrá minimizar el ingreso hospitalario, la reducción de gastos en medicamentos, principalmente antimicrobianos y reducir la morbilidad por enfermedades prevenibles en un plazo inmediato.

OBJETIVOS

- **Objetivo general** .- Determinar la frecuencia de infección de vías respiratorias superiores en niños menores de 5 años, la entidad clínica diagnosticada, así como si se utilizó o no antibiótico.
- **Objetivos específicos.-**
- Identificar la frecuencia de los casos de IRAS en menores de 5 años en minas de Barroterán Coahuila.
- Determinar la incidencia por entidades clínicas diagnosticadas.
- Conocer la frecuencia de la afección por edad y sexo.
- Corroborar la frecuencia del uso de antibiótico en estas entidades clínicas.
- Valorar si se le oriento al familiar sobre los signos de alarma.

HIPÓTESIS

No amerita por ser un estudio transversal.

METODOLOGÍA

A). TIPO DE ESTUDIO.

Transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo.

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se incluirán en el estudio la totalidad de pacientes pediátricos menores de 5 años, con diagnóstico de infección de vías respiratorias superiores de la UMF/31 del IMSS en Minas de Barroterán, Coahuila, del 1º de enero al 31 de diciembre del 2012.

C. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

En la unidad de medicina familiar de minas de Barroterán Coahuila se cuenta con 941 menores de 5 años. Si tomamos en cuenta que en México la incidencia de las IRAS es de un 72.76% y de esta una tercera parte corresponde a niños menores de 5 años, tendremos una prevalencia de 24.25% que será la prevalencia que utilizaremos para obtener un cálculo del tamaño de la muestra, utilizando la siguiente formula.

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

En donde sustituimos **N** de 941 niños menores de 5 años, con **k** de 1.96, **e** de 5%, **p** de .24 y **q** de .76 resultando **n** 216.

D). CRITERIOS DE INCLUSION, EXLCUSIÓN, ELIMINACIÓN.

Criterios de inclusión. Niños menores de 5 años de edad con diagnóstico de infección respiratoria aguda, en cualquiera de sus entidades clínicas, (rinofaringitis aguda, faringoamigdalitis/adenoiditis, otitis media, laringitis aguda, bronquitis aguda, neumonía, /bronconeumonía) de la UMF # 31 DEL IMSS en minas de Barroterán Coahuila.

Criterios de exclusión. Menores de 5 años con IRAS bajas.

Criterios de eliminación. Menores de 5 años con IRAS que una vez incluidos en el estudio no se reúnan los datos necesarios sobre su manejo, como diagnóstico clínico y el manejo sintomático y si se incluyó o no el uso de antibiótico.

E). INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).

Se recabaran los datos de edad, genero, diagnóstico clínico, así como el manejo que se le indico, y si se le mencionaron los signos de alarma.

VARIABLE INDEPENDIENTE: IRAS (infecciones respiratorias superiores en niños menores de 5 años.)

Definición conceptual. se refiere a la enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio hasta antes de la epiglotitis, durante un periodo menor de 15 días frecuentemente causado por virus y ocasionalmente por bacterias.

Definición operacional. Para el presente trabajo se consideraran infecciones respiratorias superiores las que el clínico haya asentado en el expediente clínico ya sea como tales o como las entidades que se englobarían en este apartado. (Faringitis, laringitis, epiglotitis, otitis, etc.)

OTRAS VARIABLES: Se consideran las variables sociodemográficas, como son:

Edad, sexo, y las propias de cada padecimiento.

F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se procederá a identificar los pacientes codificados como IRAS en el departamento de ARIMAC en el tiempo mencionado, y después se localizara en los expedientes para trabajar directamente sobre la nota para obtener la información de la atención medica que requerimos como el manejo solo sintomático o con el uso de antibiótico, la indicación al familiar de los signos de alarma, y otros datos útiles al estudio como edad, sexo, etc.

G). ASPECTOS ÉTICOS.

Se obtendrá el permiso del director, así como el consentimiento informado de los médicos en turno de los 6 consultorios de medicina familiar en la unidad de medicina familiar número 31 de Minas de Barroterán Coahuila. Apegándonos a lo establecido de acuerdo a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

De un cálculo inicial de muestra de 216 niños con IRAS que se deberían estudiar. Se Estudiaron 423 niños, Se encontró un rango de edades de 1 mes a 4 años y 9 meses, la mediana es la edad de 1 año y 9 meses, la moda es la edad de 1 mes y 8 meses que se repitieron 21 veces cada una.

De los caso de IRAS por edad en este grupo tenemos: Menores de 1 año 123 casos, de 1 a menos de 2 años 113, de 2 a menos de 3 años 74, de 3 a menos de 4, 58, de 4 a menos de 5, 55. **Gráfica 1**

Por patologías se encontraron 3 con otitis, 183 con rinofaringitis, 138 con faringoamigdalitis, 91 con faringitis, 7 con amigdalitis y 1 con sinusitis.

Gráfica 2

Por género tenemos 215 mujeres y 208 hombres. **Gráfica 3**

La variables de cada una de las entidades clínicas son de la siguiente manera:

En lo propio de este estudio que era si el paciente se manejó con antibiótico o no se detecta que a 235 no se les prescribió antibiótico y a 188 si fueron tratados con antibiótico. **Gráfica 4**

Otro punto importante es este trabajo era si el medico está acostumbrado a anotar en el expediente que informo a los familiares sobre los signos de alarma en donde se encuentra que: en 110 de las notas clínicas se encontraron las indicaciones de los médicos y en 313 no registraron en su nota clínica estas indicaciones. **Gráfica 5**

Rinofaringitis se encontraron 183, con un rango de 1 mes a 4 años y 9 meses, con un promedio de edad de 1.82, con una moda de 1 año, la mediana fue la edad de 1 año y 4 meses. De ellos se encontró que 167 no fueron manejados con antibiótico y 16 si fueron manejados con antibiótico. En sus notas clínicas 44 tenían indicación de los signos de alarma y 139 no tenían la indicación. **Grafica 6**

Faringoamigdalitis. Se encontraron 138, con un rango de 1 mes a 4 años y 9 meses, con un promedio de 2.20, con una moda de 1 año 1 mes, la mediana fue la edad de 2 años y 1 meses. De ellos se encontró que 42 no fueron manejados con antibiótico y 96 si fueron manejados con antibiótico. En

sus notas clínicas 38 tenían indicación de los signos de alarma y 100 no tenían la indicación. **Grafica 7**

Faringitis. Se encontraron 91, con un rango de 1 mes a 4 años y 9 meses, con un promedio de 1.78, con una moda de 9 meses, la mediana fue la edad de 1 años y 2 meses. De ellos se encontró que 25 no fueron manejados con antibiótico y 66 si fueron manejados con antibiótico. En sus notas clínicas 28 tenían indicación de los signos de alarma y 63 no tenían la indicación.

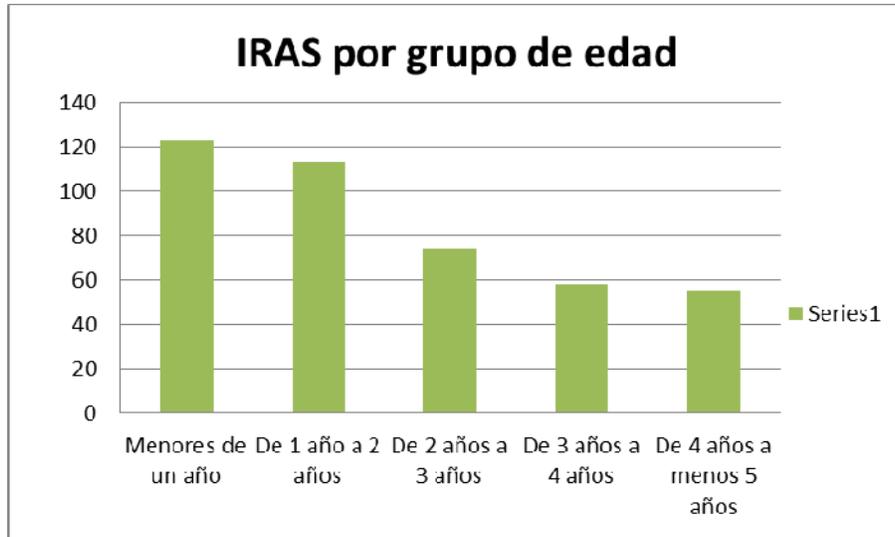
Grafica 8

Amigdalitis. Se encontraron 7, con un rango de 7 meses a 4 años y 4 meses, con un promedio de 2.12, con una moda de 7 meses, la mediana fue la edad de 1 años y 1 mes. De ellos se encontró que 1 no fueron manejados con antibiótico y 6 si fueron manejados con antibiótico. En sus notas clínicas ninguno tenía indicación de los signos de alarma. **Grafica 9**

Otitis. Se detectaron 3 casos y los 3 de Otitis media. El rango de edad fue de 9 meses a 4 años y 7 meses, con un promedio de 2.63, la mediana fue la edad de 2 años 3 meses. Todos recibieron antibiótico, y En sus notas clínicas ninguno tenían indicación de los signos de alarma. **Grafica 10**

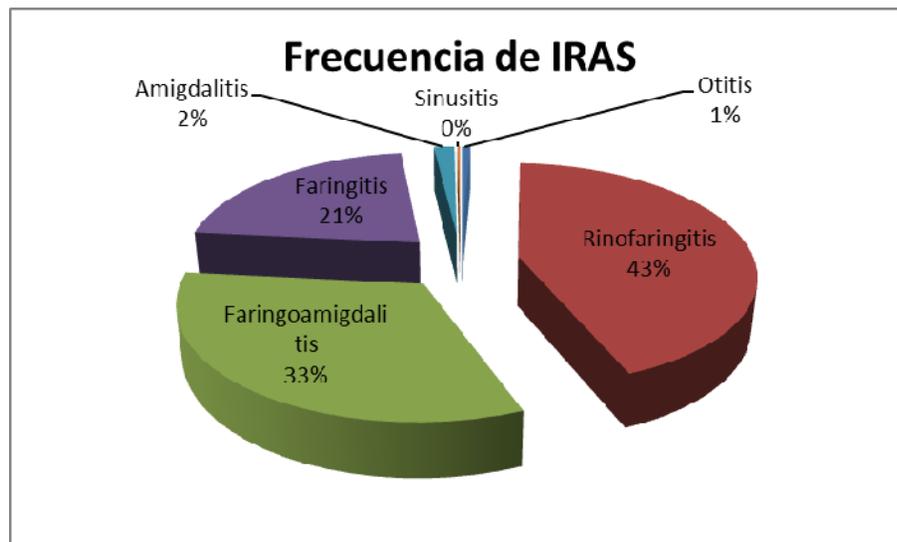
TABLAS Y GRÁFICAS

Grafica 1. IRAS por grupo de edad



Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Grafica 2. Infecciones respiratorias altas detectadas por entidad clínica.



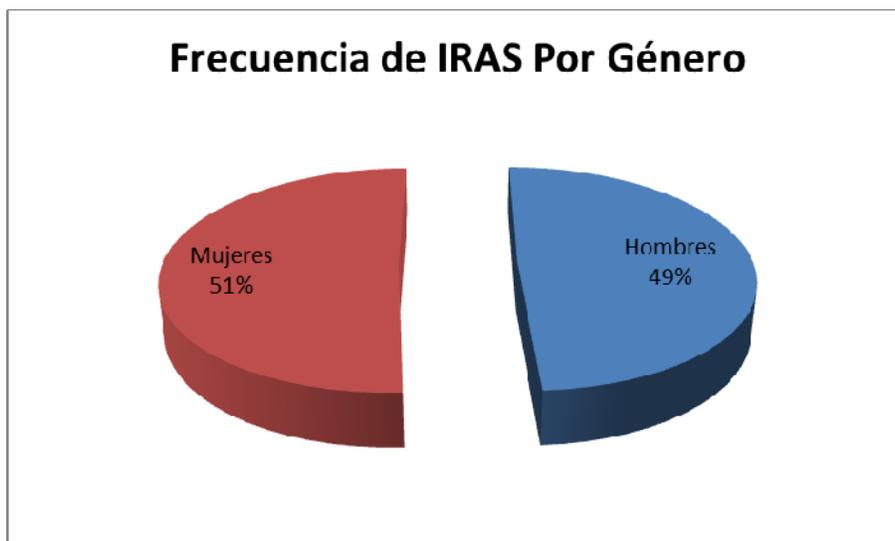
Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Tabla 2 Frecuencia de la presentación de las entidades clínicas.

Entidad clínica	Frecuencia	Porcentaje
Rinofaringitis	183	43%
Faringoamigdalitis	138	33%
Faringitis	91	21%
Amigdalitis	7	2%
Otitis	3	1%
Sinusitis	1	.23%

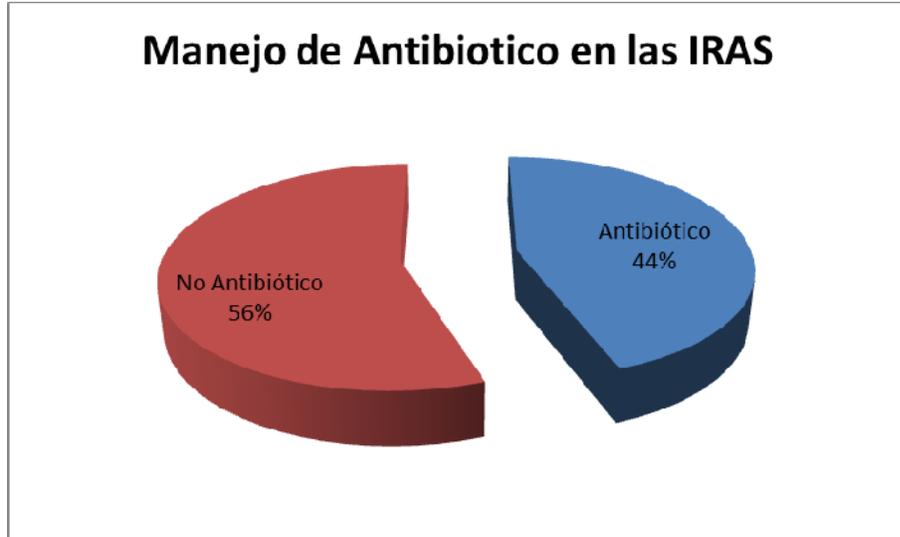
Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Grafica 3. Género de los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias altas.



Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Grafica 4. Uso de antibióticos en los pacientes con IRAS.



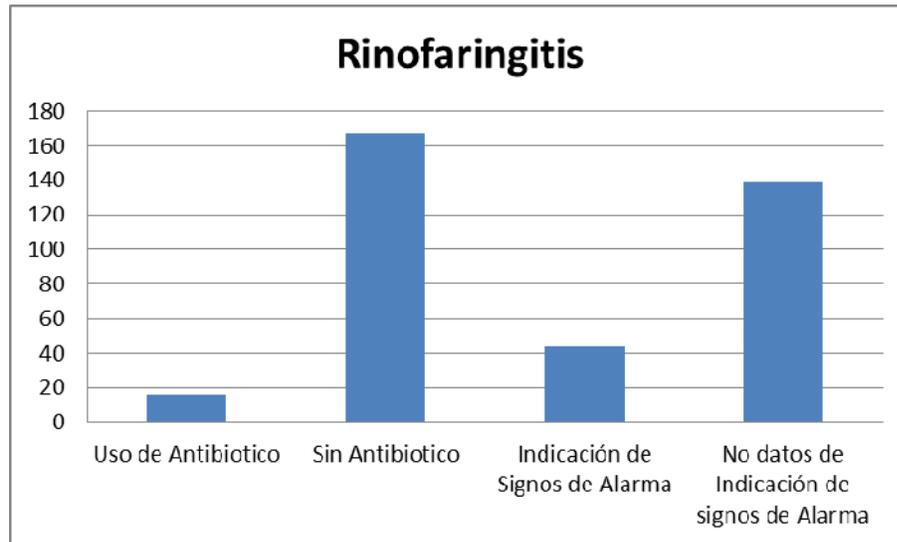
Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Grafica 5. Consignación de signos de alarma en el expediente clínico.



Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Grafica 6. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con Rinofaringitis.



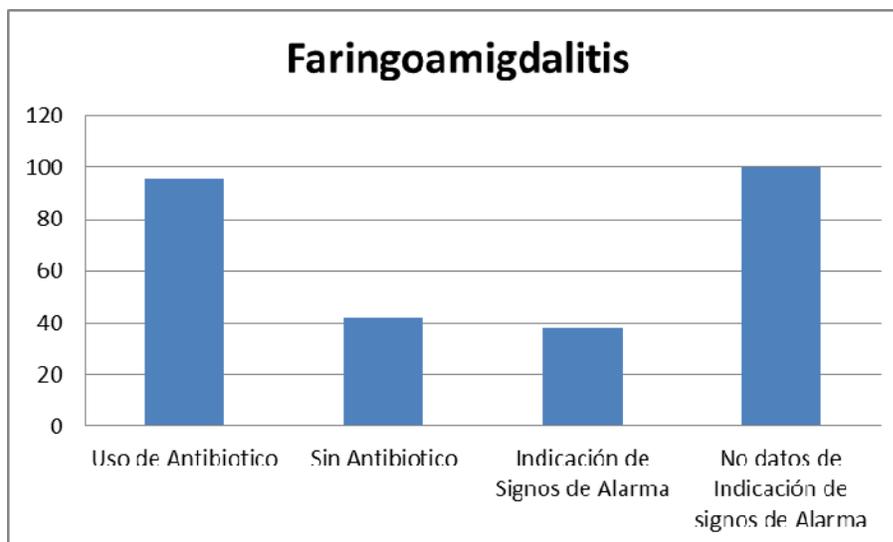
Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Tabla 6. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con Rinofaringitis.

Uso de Antibiótico		Sin uso de Antibiótico		Total de pacientes con rinofaringitis		Consignación de signos de alarma		Sin evidencia de consignación de signos de alarma		Total de pacientes con rinofaringitis	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
16	8.7	167	91.25	183	100	44	24	139	75	183	100

Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Gráfica 7. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con Faringoamigdalitis.



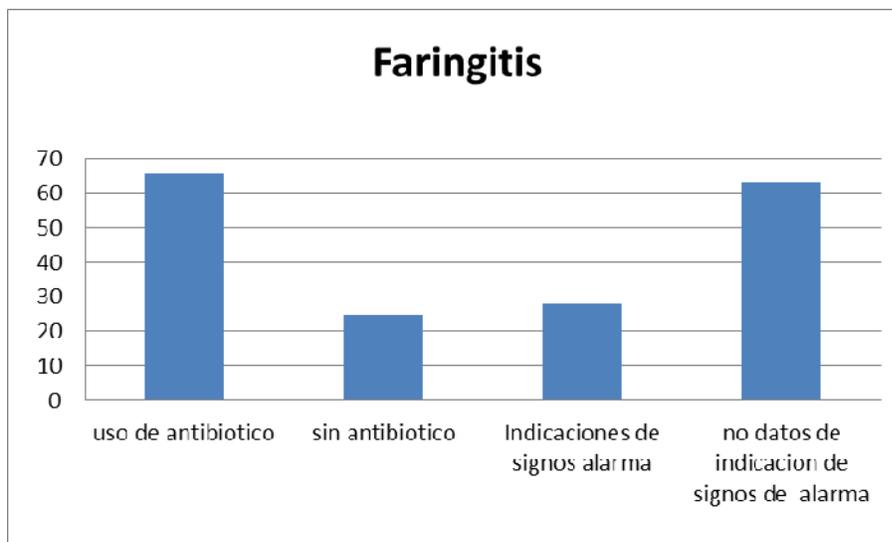
Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Tabla 7. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con Faringoamigdalitis.

Uso de Antibiótico		Sin uso de Antibiótico		Total de pacientes con faringoamigdalitis		Consignación de signos de alarma		Sin evidencia de consignación de signos de alarma		Total de pacientes con faringoamigdalitis	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
86	62	42	30	138	100	38	27	100	72	138	100

Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Gráfica 8. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de Faringitis



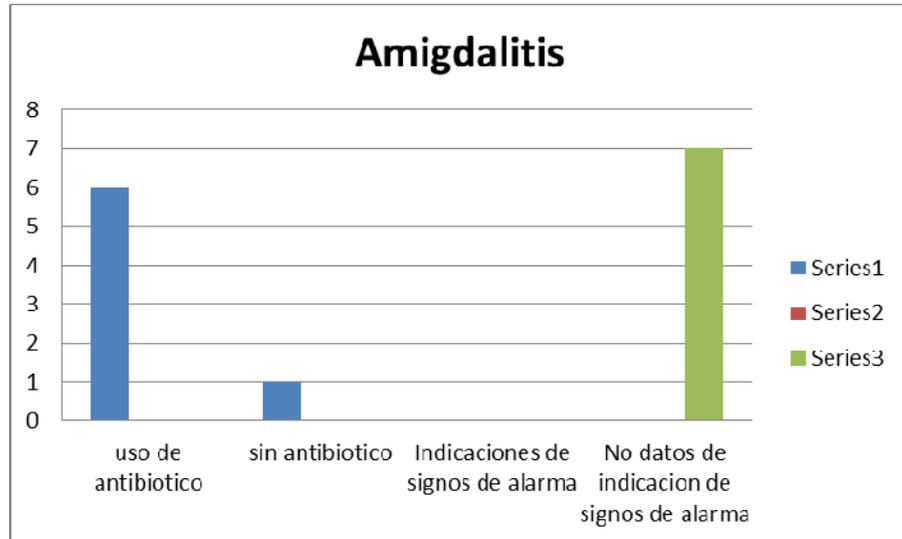
Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Tabla 8. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con Faringitis.

Uso de Antibiótico		Sin uso de Antibiótico		Total de pacientes con faringitis		Consignación de signos de alarma		Sin evidencia de consignación de signos de alarma		Total de pacientes con faringitis	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
66	72	25	27	91	100	28	30	63	69	91	100

Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Gráfica 9. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con Amigdalitis.



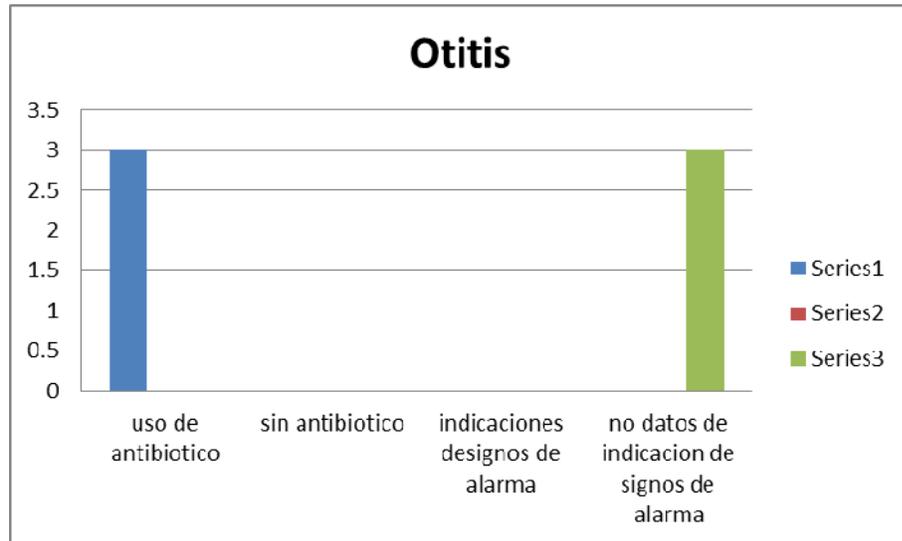
Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Tabla 9. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con Amigdalitis.

Uso de Antibiótico		Sin uso de Antibiótico		Total de pacientes con amigdalitis		Consignación de signos de alarma		Sin evidencia de consignación de signos de alarma		Total de pacientes con amigdalitis	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
6	85	1	14	7	100	0	0	7	100	7	100

Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Gráfica 10. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con Otitis.



Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

Tabla 10. Prescripción de antibiótico y consignación de signos de alarma en pacientes con otitis.

Uso de Antibiótico		Sin uso de Antibiótico		Total de pacientes con otitis media		Consignación de signos de alarma		Sin evidencia de consignación de signos de alarma		Total de pacientes con otitis media	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
3	100	0	0	3	100	0	0	3	100	3	100

Fuente. SIMF de la UMF 31 IMSS. (Enero a Diciembre 2012)

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De estos 423 niños con infección de vías respiratorias altas de los 6 consultorios de la unidad de medicina familiar número 31 del IMSS, de Minas de Barroterán, Coahuila:

La entidad clínica más frecuente fue la rinofaringitis en 43%, seguida de faringoamigadlitis 33%, Faringitis 21%, amigdalitis 2 %, otitis 1%, sinusitis .23 %; encontrando también que las IRAS en general se presentaron aproximadamente en la misma proporción, siendo el grupo de edad más afectado los niños de 1 a 2 años. A diferencia de otros estudios como el de la Dra. Ysabela G. Quevedo en Venezuela con su estudio Incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad. En donde encontró que la entidad clínica más frecuente fue la amigdalitis en un 31.15 %, y el grupo de edad más afectado fue el de niños menores de 1 año.

En lo referente al uso de antibiótico 188 si fueron tratados con antibiótico 44%. La guía de práctica clínica diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores 2012, documenta que el 99.5% de los casos es viral, por lo que el uso de antibiótico debe ser mucho menor.

Los signos de alarma son una parte importante en la atención de las infecciones respiratorias superiores en niños, tanto para una nota de calidad, así como para orientar a los responsables sobre cuándo deben solicitar una nueva valoración. Se encuentra que 110 de las notas clínicas se encontraron las indicaciones de los signos de alarma esto es el 26% como lo recomienda la guía de práctica clínica del IMSS sobre las IRAS 2012 en todos los casos se deben documentar.

Rinofaringitis en esta patología de etiología viral no hay beneficios sobre el uso de antibióticos, Lo cual por consenso está documentado en la mayoría de guías sobre el tema. Y en este trabajo se encuentra documentado uso de antibiótico en 8.7% aunque es un porcentaje bajo, el diagnostico no lo justifica.

Faringoamigdalitis. Tradicionalmente esta patología si se maneja con antibiótico, aunque La guía de práctica clínica diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores 2012, refiere que solo se justifica en la faringoamigdalitis estreptocócica lo cual es difícil documentar en la práctica clínica. En este caso es uso de antibiótico se documentó en 62%.

Faringitis. En este caso La guía de práctica clínica diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores 2012 dice que se ha demostrado beneficio en los resultados de pacientes que reciben tratamiento antibiótico de inmediato. En 72% se encuentra documentado el uso de antibiótico.

Amigdalitis. La guía de práctica clínica diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores 2012 recomienda el uso de antibiótico sobre todo en la ocasionada por estreptococo piógenes, en el presente estudio se documentó en 85% de los casos. (Solo en 1 caso no se documentó)

Otitis. La guía de práctica clínica diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores 2012 recomienda uso inmediato en otitis con leucorrea y en otitis media bilateral. En este caso en el 100% se encontró uso de antibiótico.

CONCLUSIONES

En la UMF 31 de minas de Barroterán se realizó un estudio de corte transversal descriptivo, sobre la frecuencia de IRAS en donde se estudiaron 423 niños menores de 5 años encontrando.

De un total de menores adscritos a la unidad 941 se encontraron 423 casos de IRAS, lo cual corresponde a una frecuencia de 44.95%.

La entidad clínica más frecuente fue la rinofaringitis en 43%, seguida de faringoamigdalitis 33%, Faringitis 21%, amigdalitis 2 %, otitis 1%, sinusitis .23 %; encontrando también que las IRAS en general se presentaron aproximadamente en la misma proporción, siendo el grupo de edad más afectado los niños de 1 a 2 años.

Por género las IRAS afectan más a las niñas (51%) que a los niños en un (49 %).

En este estudio se encontró en un 44% de uso de antibiótico en las IRAS contra un 56% donde no se utilizó antibiótico. Según la literatura más del 90% es de origen viral por lo que en este estudio se demuestra que se está haciendo sobre uso de los antibióticos.

En base a los resultados hay falta de información a los familiares o cuidadores principales sobre los signos de alarma y datos de insuficiencia respiratoria ya que en los expedientes revisados solamente el 26% hace referencia sobre signos de alarma.

RECOMENDACIONES

1. Recomendar a los Clínicos, prescribir antibióticos en las situaciones clínicas en que estén bien justificados, con el fin de evitar reacciones de estos medicamentos y evitar resistencia bacteriana.
2. Recomendar al personal operativo asentar en el expediente clínico los signos de alarma en los casos de IRAS y explicar al familiar en caso de complicaciones de acuerdo a lo normado en las guías de práctica clínica.
3. Evitar el uso de antibióticos en casos de Rinofaringitis salvo en casos especiales los que serían muy pocos y en la mayoría por otro nivel de atención.
4. Recomendar a la población general el protegerse de los cambios bruscos de temperatura en época invernal.
5. Recomendar a la población general no automedicarse.
6. Vigilar la aplicación de esquemas de vacunación completos a la población vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Resp Crit Care Med* 2001;163:114-21.
2. Wilson EM: Enfermedades infecciosas: Una perspectiva ecológica. *BJM Ed Latinoamericana*. 1996; 4: 81- 84.
3. Abreu Suárez G. Infecciones respiratorias agudas. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1991;7(2):129-40.
4. IMSS Guía práctica clínica diagnóstico y manejo de la infección Aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 meses de edad (2012)
5. Mold, JE. Infections of the upper respiratory tract. En: Nelson W. *Textbook of Pediatrics*. 15th edition, W.B.Saunders Company 2004; 1187-93.
6. Ministerio de Salud Pública. Programa Integral de Atención y Control de las IRA. La Habana: MINSAP; 2000. [serie en Internet]. [citado 6 Feb 2009].
7. Abreu Suárez G. Infecciones respiratorias agudas. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1991;7(2):129-40.
8. Goyenechea A, Bello M, Clua A, Savón C, Valdivia A, Oropesa S. Determinación de anticuerpos fijadores de complemento al virus sincitial respiratorio. Estudio longitudinal en una población menor de un año en Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Med Trop* 1994;46(2):79-85.
9. Mulholland L, Weber M. Reconocimientos de causas y síntomas de la neumonía. *Noticias sobre infecciones respiratorias agudas (IRA)* 1993-1994;25(2):3-4.
10. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. Cuba [consulta:5 Nov 2004].

11. Riverón RW, Rojo I, González R. Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de 15 años en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 1986;24(3):279-89.
12. Correa AG, Starke JR. Bacterial pneumonias. In *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. 6th edition, Saunders Company, 2002; Págs. 485-503.
13. Lerou PH. Lower respiratory tract infections in children. *Curr Opin Pediatr* 2004; 13:200-6.
14. Correa AG. Diagnostic approach to pneumonia in children. *Semin Respir Infect* 2002;11; 131-40
15. Drummond P, Clark J, Wheeler J, et al. Community acquired pneumonia- a prospective UK study. *Arch Dis Child* 2005; 83: 408-12.
16. Abreu Suárez G. Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas [CD-ROM] Maestría Atención integral al Niño 2005.
17. Vejar L. Programa de prevención y control de las enfermedades respiratorias agudas de la infancia. Santiago de Chile: *Pan Am J Public Health* 2005; 3(2).
18. Robaina G, Campillo M. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Revista Cubana de Pediatría* 2003; 75(3).
19. OPS/OMS, 1993. Control de las infecciones respiratorias agudas (IRA). Informe de la octava reunión del grupo Técnico Asesor. Ginebra, 5 al 19 de marzo de 1993.
20. Colegio mexicano de medicina A.C. Programa nacional de actualización continua en medicina familiar PAC MF 1 LIBRO 1. Salud del niño paginas 5-65.
21. PRÜSS-ÜSTÜN, and Corvalán, C. "Ambientes Saludables y Prevención de las Enfermedades", de Junio 2006, la Organización Mundial de la Salud. [Citado 18 Marzo 2010]. Disponible en URL: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdise/ecsumsp.pdf
22. OPS/OMS, 1992. Quinto informe del Programa infecciones respiratorias agudas (IRA) de la OMS 1990-1991. Washington:

- OPS/OMS, 1992. Guiscafre, H, 1992. Avances en los criterios diagnósticos y terapéuticos en las infecciones respiratorias agudas (IRA). Gac Med Mex 1992; 128 (5): 565-71
23. González JA, Abreu Suárez G, Rojo CM, Razón Behar R. Infecciones respiratorias agudas Pediatría. T. III. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007 [citado 10 Jun 2009].
24. Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996. En: <http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/>
25. Programa de control de enfermedades respiratorias agudas. Argentina. En: <http://www.santafe.gov.ar/msyma/respi.htm>
26. Información Tecnológica Vol. 20(3), 89-100 (2009) Influencia de los Contaminantes Atmosféricos en las Infecciones Ramírez-Rembao doi:10.1612/inf.tecnol.4060it.08
www.scielo.cl/pdf/infotec/v20n3/art11.pdf
27. McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. N Engl J Med 2002; 346:429-37.
28. Toro, J. Comunicación personal presentada en el Seminario de Vigilancia Epidemiológica IRA, Santiago, Chile, 1º de abril de 1995.4. Behar, R.R. Informes en epidemiología, La Habana, Cuba. 5. Nuñez, E. Informe sobre utilización de antibióticos en Talcahuano, Chile. Presentado en el Seminario de Evaluación de las Actividades de Control de las IRA, Santiago, Chile, 1994.
29. UATS Nacional. Situación de las Infecciones Respiratorias Agudas. Cuba 1997. Ministerio de Salud Pública, Septiembre 1997.

FRECUENCIA DE INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES Y USO DE ANTIBIOTICO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 MINAS DE BARROTERAN COAHUILA

DRA. SANDRA NATALIA TRONCOSO JUAREZ

HGZ/UMF 24 Nueva Rosita Coahuila.

ANEXOS

Anexo1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta De Consentimiento Informado Para Participación En Protocolos De Investigación Clínica

Título del trabajo. Frecuencia de Infecciones De Vías Respiratorias Superiores y uso de antibiótico En Niños Menores De 5 Años de La Unidad De Medicina Familiar No. 31. Lugar y Fecha Minas de Barroterán, Coahuila a _____ de _____ 2012 Por medio de la presente acepto como médico familiar del consultorio de la UMF No. 31 de Barroterán Coahuila , participar en el protocolo de investigación titulado: Frecuencia Y Uso De Antibióticos En Infección De Vías Respiratorias Superiores En Niños Menores De 5 Años En La Unidad De Medicina Familiar No. 31, Barroterán. Coahuila. Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número 506 el objetivo del estudio es: Conocerla frecuencia de las IRAS, así como el uso de antibióticos en estas entidades clínicas. Durante el año 2012. Se me ha explicado claramente que mi autorización consistirá en: que el médico investigador tendrá acceso libremente al expediente electrónico y sin perjuicio para él para que pueda revisar y recabar todos los datos para su estudio en el expediente electrónico declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios que incluso es de forma anónima, derivados de mi autorización para el acceso del expediente electrónico, que son los siguientes: (sin ningún inconveniente para mi solo lo que significa la revisión de mis notas médicas del expediente electrónico para un trabajo de frecuencia y uso de antibióticos en IRAS . El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi trabajo. El Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán conservados.

Nombre y firma del Médico _____ Consultorio _____ Turno _____

Nombre, firma, matrícula del investigador principal DRA. Sandra Natalia Troncoso Juárez, MAT 99055222

Nombre, firma, del Director DR. José Edmundo Edith Rojas Soto _____

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio:

TELEFONOS: 8711576674 Dra. Sandra y 8 20 46 14 00 y 14 10 red Dirección médica.

Testigo1 _____ Testigo2 _____

Anexo 2.

Ficha de identificación.

Lugar y fecha _____

No. Progresivo: _____

No. Afiliación _____

Edad _____ Consultorio _____ Sexo _____

Entidad Clínica _____

Tratamiento sintomático _____

Tratamiento con Antibiótico _____

Indicación de signos de Alarma _____

CÉDULA PARA LA VALORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

El objetivo de esta cédula es facilitar el registro y control de los investigadores de un Hospital. Para la
elaboración de esta cédula se han considerado los datos que se requieren para la valoración de los trabajos.
Resalta que esta cédula es un instrumento de registro y control.

NOMBRE DEL ALUMNO: DRA. SANDRA NATALIA TRONCOSO RAMÍREZ

**SEDE ACADÉMICA: HOSPITAL GENERAL DE ZONA COMUNITARIA FAMILIAR NO. 34
NUEVA RESTA COAHUILA.**

FECHA DE REVISIÓN DEL TRABAJO: 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2015

**IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO: FRECUENCIA DE INFECCIONES DE VÍAS
RESPIRATORIAS SUPERIORES Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 BARROTERAN COAHUILA.**

NOMBRE DEL PROFESOR QUE REVISÓ EL TRABAJO: DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO

Nº. DE REVISIONES: SEGUNDA REVISIÓN

HOJAS FRONTALES:

TÍTULO:

ÍNDICE:

MARCO TEÓRICO:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

JUSTIFICACIÓN:

HIPÓTESIS:

METODOLOGÍA:

RESULTADOS:

ANÁLISIS:

CONCLUSIONES:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANEXOS:

**OTRAS OBSERVACIONES: DRA. SANDRA NATALIA TRONCOSO RAMÍREZ EN EL TRABAJO
ESTA AUTORIZADO**

ATTE. DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO

NOTA: LOS APARTADOS SIN COMENTARIOS EN NEGRO DEBEN SER REVISADOS.