



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 6
SAN JUAN DEL RIO QRO.**

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LAS INFECCIONES
DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.4 DEL IMSS DE TEQUISQUIAPAN, QRO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. REINA MARIA DEL CARMEN OLIVERA VARGAS

SAN JUAN DEL RIO, QRO.

FEBRERO 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LAS INFECCIONES
DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.4 DEL IMSS DE TEQUISQUIAPAN, QRO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. REINA MARIA DELCARMEN OLIVERA VARGAS

AUTORIZACIONES:

DR. (A). MARIA DE JESUS VAZQUEZ ASPEITIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
IMSS, SAN JUAN DEL RIO, QRO.

DR. (A). CARMEN LAURA MENESES HERNANDEZ.
DR. (A) MARIA DE JESUS VAZQUEZ ASPETIA
ASESOR(ES) METODOLÓGICOS DE TESIS

DR.(A). MA. DE LA LUZ ESTRADA INDA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ALERGOLOGA PEDIATRA

DR. JUAN MANUEL RIVAS LEON.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

SAN JUAN DEL RIO, QRO

2009

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LAS INFECCIONES
DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.4 DEL IMSS DE TEQUISQUIAPAN, QRO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. REINA MARIA DEL CARMEN OLIVERA VARGAS.

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

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA

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

AGRADECIMIENTOS

La vida me ha dado la oportunidad de conocer a seres muy especiales que me han motivado a ver la medicina desde varios puntos de vista y que con su apoyo e logrado darle el sentido y la importancia que tiene la medicina familiar, y con ello Mover apropiadamente ese sistema en la familia, dándole el valor que se merece a la familia.

A DIOS por darme la vida, por darme la oportunidad de ejercer mis conocimientos para ayudar a mis semejantes.

Son varias las personas que con sus consejos y ejemplo e llegado a sitios muy lejanos, es por ello que quiero expresar y dar un sincero agradecimiento a la:

Dra. Maria de Jesús Vázquez A. por su dedicación y entusiasmo, cambiando la visión que teníamos sobre la medicina familiar.

Dra. Maria de la luz Estrada Inda por la experiencia enriquecedora que nos dio como profesora, además de enseñarnos como vincularnos con los seres mas pequeños que son los niños.

Dra. Maria del Carmen Laura Meneses Hernández. Por su experiencia en la investigación medica, encontrando lo interesante de la investigación.

Dedico este trabajo a mis:

PADRES

Maria del Carmen Vargas González.

Jorge Clemente Olivera y Muñoz.

Por su amor y apoyo incondicional.

A MI HERNANO

Fco. Javier Olivera Vargas

Por su enseñanza de vida, y cuando se propone algo se logra.

A MIS HIJOS

Pedro Manuel Castro Olivera

Julián David Castro Olivera

Andrés Roberto Castro Olivera

Por la paciencia y apoyo que me brindaron.

Paulino Pérez Morales.

Por su apoyo incondicional.

G R A C I A S

Índice general	
Página	
Portada.....	1
Autorizaciones.....	2
Agradecimientos.....	4
Índice.....	6
Resumen.....	7
Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
General.....	16
Específicos.....	16
Hipótesis.....	16
Metodología.....	16
Tipo de estudio.....	16
Población, lugar y tiempo de estudio.....	16
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	16
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	17
Método o procedimiento para captar la información.....	17
Información a recolectar (Variables a recolectar).....	18
Consideraciones éticas.....	21
Resultados.....	22
Descripción (análisis estadístico) de los resultados.....	23
Tablas (cuadros) y gráficas.....	23
Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados.....	32
Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador).....	34
Anexos.....	35
Referencias bibliográficas.....	40

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LAS INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.4 DEL IMSS DE TEQUISQUIAPAN, QRO.

RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs), es uno de los principales problemas de salud pública. Constituyendo un desafío para los médicos familiares ya que se encuentran asociados a condiciones sociales, económicas y familiares que son factores determinantes para el bienestar infantil. Es difícil precisar el patrón de frecuencia que defina el concepto de infección recurrente mas de definir la frecuencia es importante definir la naturaleza de la enfermedad y los factores agravantes.

Así mismo la sociedad y el medio ambiente donde se ubica el hábitat familiar y en donde transcurre la vida del niño, influye de forma directa y decisiva en el proceso dinámico salud-enfermedad, dentro de los factores de riesgo que predisponen se han documentado la falta de lactancia materna, desnutrición, hacinamiento, déficit inmunológico, contaminación ambiental y tabaquismo.

La familia como organización social, ha experimentado transformaciones, una de las principales son la condición económica, provocando que ambos padres trabajen, quedando los niños al cuidado de familiares cercanos y guarderías que si bien esto facilita la socialización también es un factor de riesgo de infecciones. Considerando que para el correcto desarrollo del niño el elemento indispensable es la familia, los cambios que esta presenta tienen repercusiones físicas y emocionales sobre el organismo infantil.

OBJETIVO: Determinar los factores familiares que influyen en las infecciones de vías respiratorias agudas recurrentes en los niños de la UMF No. 4 del IMSS de Tequisquiapan, Qro.

METODOLOGIA: Diseño de estudio transversal descriptivo, realizado en la unidad de medicina familiar no.4 del IMSS de Tequisquiapan Qro. se encuestaron a los padres de 102 niños menores de 10 años que presentaron infección de vías respiratorias recurrentes que asistieron al servicio de atención medica continua y consulta externa, en el periodo del 15 enero al 15 de octubre 2008, la muestra se calculo mediante el EPI INFO 2000, con una población de 2586 menores, con un factor de estudio 60%, un nivel de confianza del 95%, se agregaron 20% por probables perdidas, el muestreo fue por cuota previo consentimiento informado, los resultados se obtuvieron a través del programa estadístico SPSS12 para estadística descriptiva y se muestran en graficas.

RESULTADOS: De los 102 niños encuestados, predomino el sexo masculino, con frecuencia de infección de vías respiratorias en edades de 2 a 5 años, cuadros de recurrencias de 4-8 al año, el estrato socioeconómico de acuerdo a graffar se encontró en el cuarto nivel, predominando en zona urbana, en familias nuclear simple y extensa compuesta, no se encontraron atopias familiares, 63% no acuden a guardería, el 78% se encuentran en las percentilas 25-75, todos los niños fueron lactados de 4-6 meses.

MARCO TEORICO.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 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. Son enfermedades infecciosas causadas por microorganismos que afectan a las vías respiratorias durante un lapso no mayor a 15 días. (1)

En un estudio que se realizó recientemente sobre faringoamigdalitis estreptocócica en

México, el 80% de los niños estudiados tenía entre 3 y 12 años de edad, (2)

A nivel mundial se considera que la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituye todo un desafío ya que se encuentran asociadas fuertemente a las condiciones sociales, económicas y familiares, que son factores determinantes para el bienestar infantil.

La mayoría son de causa viral, que remiten espontáneamente, no obstante, se prescriben antimicrobianos, expectorantes, antitusivos y broncodilatadores indiscriminadamente. (3)

Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de Iras en un año. Según estimaciones de expertos, estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% al 50% de las visitas a los servicios de salud, así como entre el 20% y 40% de las hospitalizaciones en los departamentos de pediatría en la mayoría de los países en vías de desarrollo. (4)

Anualmente 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. (5).

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

Las 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 a un 95 % de los niños menores de dos años, con particular énfasis al daño que produce sobre la mucosa del tracto respiratorio bajo, lo que los predispone a complicaciones como infecciones bacterianas, lo que se refleja en un 30 % de los pacientes pediátricos.(7)

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

La región de Las Américas ha sido una de las primeras en preocuparse por este problema al reconocer e implementar programas de control para mejorar la

situación de la salud de la infancia y su bienestar y así reducir la mortalidad por Iras.

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

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 periodo de incubación 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 dos años, los lactantes mayores y preescolares habitualmente presentan menor fiebre y menor compromiso del estado general. A mayor edad, se agregan mayor sintomatología como sensación de sequedad e irritación nasal, seguido de estornudos y coriza serosa, además 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 o mucopurulento), estornudos, obstrucción nasal, sensación de frío y malestar que dura de dos a siete días. Suele acompañarse de odinofagia, congestión conjuntival, sensación febril, tos seca y disfonía, el período de incubación varía según el agente de 12 horas a cinco días y su transmisibilidad es de 24 horas antes del inicio de la sintomatología y hasta 5 días después, la susceptibilidad es universal, el diagnóstico es clínico, la recurrencia de la enfermedad se debe a los 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 inflamación de la faringe y las amígdalas, puede ser una entidad sola o combinada (faringitis, amigdalitis o faringoamigdalitis), de etiología bacteriana o virales, en los menores de tres 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 o 10 a los dos o tres 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 ótica, se acumula líquido en el oído medio permitiendo la proliferación de agentes infecciosos, con mayor frecuencia a 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, fiebre, llanto persistente y en ocasiones vómitos, los niños mayores pueden describir otalgia. Frecuentemente existe el antecedente de un cuadro de Iras alta previa. Se considera recurrente cuando es mayor a 6 cuadros al año, o presencia de 3 episodios en 6 meses o 4 en un año.

La sinusitis es una inflamación de senos para nasales, con presencia de dolor facial, escurrimiento nasal purulento, cefalea, obstrucción nasal, trastornos del olfato y cambios en el tono de la voz, la fiebre está presente en el 50% de los pacientes; de un 5% a 10% de todos los niños con Iras altas tienen sinusitis frecuentemente. La recurrencia es de 3 episodios en 6 meses o 4 en un año. (9)

Hay diferentes variantes que nos contribuye a modificar los cuadros recurrentes con complicación como factores de riesgo orgánico funcionales, datos clínicos de hipertrofia amigdalina, datos clínicos de hipertrofia adenoide, antecedentes familiares de alergia, asma ya diagnosticada, enfermedad por reflujo gastro-esofágico y atopias dermatológicas. (10,11)

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.

Existen otros factores de riesgo que es importante conocer y que predisponen a IRAs, algunos modificables (lactancia, destete, desnutrición, hacinamiento, déficit inmunológico, contaminación ambiental, uso de keroseno, humo del tabaco pasiva o activa y la 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.) (12)

Se plantea la posibilidad de que exista una relación en familias monoparentales, sobre el desarrollo socio-emocional afectivo del niño de tres a cuatro años en cuanto a su autonomía, valores y actitudes frente a sus compañeros y adultos (13).

Las IRAs constituyen un importante problema de salud pública; este grupo de enfermedades ocupa el primer lugar como motivo de consulta pediátrica ambulatoria en el mundo.

En México, durante 1995, en la Secretaría de Salud se otorgaron casi dos millones de consultas de primera vez por IRA en niños menores de cinco años, de las que 35% del total fue a 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. En la delegación Querétaro se otorgaron 93065 consultas por esta patología (14,27).

Actualmente en las últimas estadísticas del congreso de alergología en 2007 nos reporta una prevalencia del 60%, siendo 95 los problemas respiratorios, y las 5 neuropatías. (21).

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

Desde su nacimiento, el niño se desarrolla sometido a la influencia de cuanto le 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. (15)

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, cuidado, socialización, reproducción y el estatus. (16)

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal, como unidad es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás lo que repercute en la salud enfermedad de sus integrantes. (17)

El niño tiene 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, éstos tienen una repercusión favorable o desfavorable sobre el organismo infantil. (18, 21).

Para calificar el desarrollo correcto del niño, hay que hacerlo desde una perspectiva global, considerando su entorno y su 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. (19,20)

El fenómeno, si bien favorece su socialización y el desarrollo temprano de habilidades, la interacción diaria con otros niños facilita la diseminación de enfermedades infecciosas como IRAs, siendo esta mayor que 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 a las guarderías en potenciales fuentes de enfermedades respiratorias. (20)

Dentro de estas situaciones la familia a sufrido múltiples modificaciones en la sociedad, desde la mujer adquirido un papel importante en la sociedad, siendo parte de la base trabajadora, teniendo que salir a trabajar dejando a los hijos en guarderías o 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. (22)

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

Todas estas situaciones deben tomarse en cuenta en los antecedentes familiares las enfermedades crónicas, hereditarios sin olvidarnos de la situación sociofamiliar, disponibilidad económica, además de las características socioculturales, edad del niño, edad de los padres, sexo, domicilio núm. de hijos y lugar que ocupa el menor nivel educaciones y profesional y algo importante en el provee la alimentación, separación o divorcio familiar, gravedad o enfermedad de algunos de los integrantes. (23,24)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Anualmente 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. (5).

En America Latina en los 80s ocupó la primera causa de muerte en niños menores de un año (7)

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 Secretaría de Salud se otorgaron casi dos millones de consultas de primera vez por Iras en niños menores de cinco años, de las que 35% del total fue a 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. (14)

En la delegación Querétaro se otorgaron 93065 consultas por esta patología.

Son la primera causa de demanda de atención en los servicios de salud tanto en el área de atención médica continua así como en la consulta externa de medicina familiar.

En nuestra Unidad las Iras en niños menores de 10 años se encuentran en cuarto lugar como demanda de atención médica en la consulta externa y en primer lugar en consulta de urgencias.(27)

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% a neuropatías. (21)

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- diagnóstico-terapéutica que ha llevado a la resistencia bacteriana por el abuso en la administración o automedicación de los antibióticos.

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

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

¿Cuáles son los factores de riesgo familiar que influyen en las Iras recurrentes en los niños que acuden a la unidad de medicina familiar No. 4 del IMSS, Tequisquiapan, Qro.?

JUSTIFICACION.

Las lras están consideradas como un problema de salud pública a nivel mundial con una morbi mortalidad alta en los menores de 5 años.

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

En la Unidad de Medicina Familiar No 4 del IMSS de Tequisquiapan, Querétaro, ocupa el primer lugar de demanda en urgencias y la cuarta en consulta externa de Medicina Familiar, donde los factores familiares juegan un papel tan importante que no se le a dado la importancia que esta merece, ya que se ve simple y es un fenómeno tan complejo por que la familia ha experimentado transformaciones en todos los momentos históricos, se deben mantener bases para que los pequeños tengan un desarrollo armónico bio-psicosocial, la atención sanitaria y la propia enfermedad, mediante la transmisión 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 las enfermedades.

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

El enfoque preventivo del medico familiar es de suma relevancia para la detección de estos factores de riesgo que pueden modificar favorablemente el curso de las lras, 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 orienten a sus núcleos familiares.

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 la unidad de medicina familiar no.4 Tequisquiapan Querétaro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar: edad y 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. No necesaria.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: transversal descriptivo.

Universo: niños de uno a diez años de edad adscritos a la UMF No. 4 de Tequisquiapan que asistan a la consulta externa y al servicio de atención médica continua.

POBLACION: niños de uno a diez años de edad adscritos a la unidad de medicina familiar núm. 4 del IMSS de Tequisquiapan QRO. Que acuden para su atención por infecciones de vías respiratorias recurrentes.

Periodo: de 15 de enero al 15 de octubre del 2008.

Tamaño de la Muestra:

Por medio del programa de EPI INFO 2000, se calcula el tamaño de muestra con la fórmula de población abierta, con una población de estudio de 2586 menores, con factor de estudio del 60 %, esperando un 50% con un nivel de confianza del

95% el calculo nos da 78 pacientes y se agregan 20 % por probables perdidas quedando un total de 108 pacientes.

n =102,

MUESTREO: Por cuota hasta completar el tamaño de muestra.

Criterios de Inclusión:

- a) niños de uno a diez años de edad adscritos a la UMF No. 4
- b) Ambos sexos
- c) con diagnóstico de Infección de Vías Respiratorias Recurrentes.
- d) consentimiento firmado de aceptación por los padres o tutores.

Criterios de exclusión:

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

Criterios de eliminación:

- a) Paciente que se le realice diagnostico de asma en el momento del estudio.
- b) Paciente que se le diagnostique reflujo gastro-esofágico en el momento del estudio.

METODOLOGIA:

Previa autorización del comité local de investigación núm. 2202 de San Juan de Rio Oro del IMSS. Se inicia con la recolección de datos mediante cuestionario directo con los padres de familia, previo d

Con sentimiento informado que llegan al área de medicina continua y referidos de los 6 consultorios de medicina familiar de la unidad de medicina familiar número cuatro con las variables comentadas a los padres o tutores tomando los pacientes por cuota asta complementar la muestra se integraran los resultados en una base de datos del programa estadístico SPSS 12 Para realizar estadística descriptiva, se realizan graficas de los resultados.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA MEDICION	INDICADOR
SEXO	Distinción DEL fenotipo del individuo	De acuerdo a las características fenotípicas DEL PACIENTE que le confieren que sea masculino o femenino.	cualitativa	Nominal	femenino masculino
EDAD	Tiempo cronológico de una persona en años	Numero 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 la 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 3.-Reconstruida 4.-Monoparental 5.-Monoparental extendida 6.-Monoparental extendida 7.-compuesta Extensa 8.-Extensa compuesta 9.- No parenteral
INFECCION RESPIRATORIA RECURRENTE	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 de nutrición determinado por las características genéticas, socioeconómicas y culturales que	Determinación de acuerdo a las tablas de la CDC de peso y talla obtenido al momento de la	cuantitativa	Ordinal	Valor percentilar de acuerdo a las tablas de CDC de acuerdo a la edad y sexo. 1 MENOS DE 10

	determinan su condición nutricional en la que el sujeto está catalogado.	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.	Núm. de meses en que es alimentado con la leche materna	cuantitativo	Ordinal	Meses.
ABLACTACION	Introducción de otro tipo de alimento diferente a la leche	Inicio de alimentación en el bebe.	cuantitativo	Ordinal	Meses.

GUARDERIA	Institución en donde está cuidado del menor mientras sus padres trabajan	Tiempo en que pasa el niño en esta institución.	Cuantitativo	Ordinal	Meses.
ESQUEMA DE VACUNACION	Esquema de vacunación de acuerdo a su edad	ISOINMUNIZACIONES EN LA CARTILLA DE VACUNACION EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA. Y que esté acorde a la edad del paciente.	Cualitativo	Ordinal	Completa o incompleta

ATOPIAS FAM.	Tendencia hereditaria a sufrir reacciones alérgicas inmediatas. como el asma, dermatitis atópicas rinitis vasomotora debido a la presencia de anticuerpos	Presencia de reacción alérgica (a topia)	Cualitativo	Ordinal	Asma Dermatitis atópica Riñitis Conjuntivitis
TABAQUISMO	Acción de fumar	Exposición a la presencia del tabaco nicotina	Cualitativo	Ordinal	Con tabaquismo Sin tabaquismo.
POBLACION	Grupo de sujetos que ocupan colectivamente una localidad geográfica en particular	Grupo que se estudia de acuerdo a la región de que se trata	Cualitativa	Nominal	Urbana Rural.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se apega a lo establecido en:

- Manual de organización del Instituto Mexicano del Seguro Social consejo Técnico, Acuerdo No. 7802, octubre de 1980.
- Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del H. Consejo Técnico, Acuerdo No. 1516/84 del 20 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 2º., Fracción VII, artículo 3º., Fracción Título 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 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% representan al sexo masculino.

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

La rinofaringitis fue el diagnóstico que representó 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 encontraron 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 población urbana con un nivel socioeconómico de acuerdo a Graffar IV.

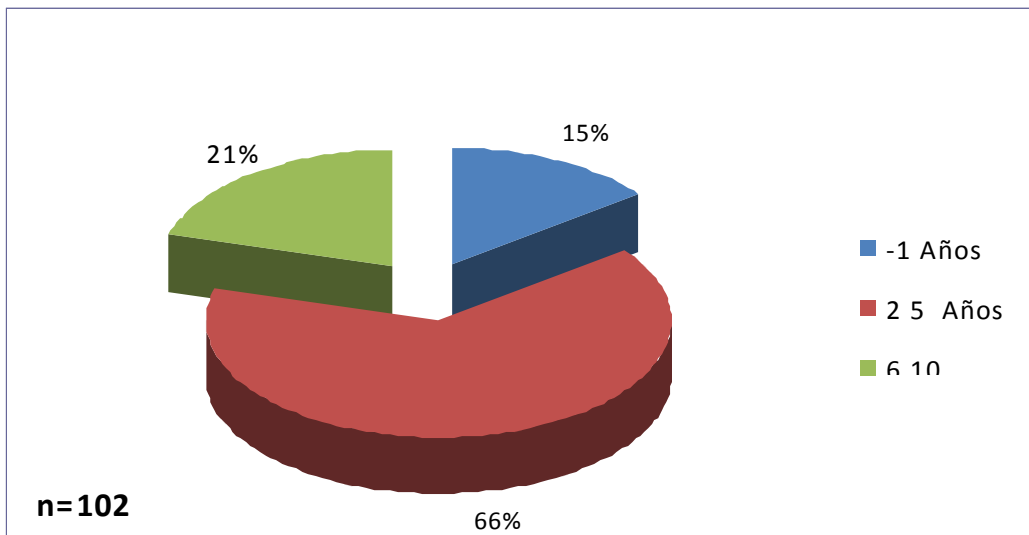
De acuerdo al estado nutricional encontramos al 78% de los niños con percentilas del 25-75.

La edad de la madre osciló de 20 a 25 años en un 31% y de los padres de 31 a 35 años en un 30%.

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

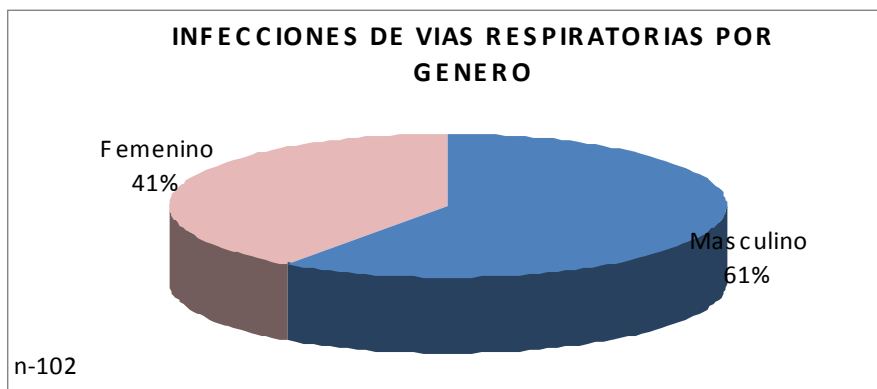
La estancia de 24 a 36 meses en guarderías en los niños fue del 16%.

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



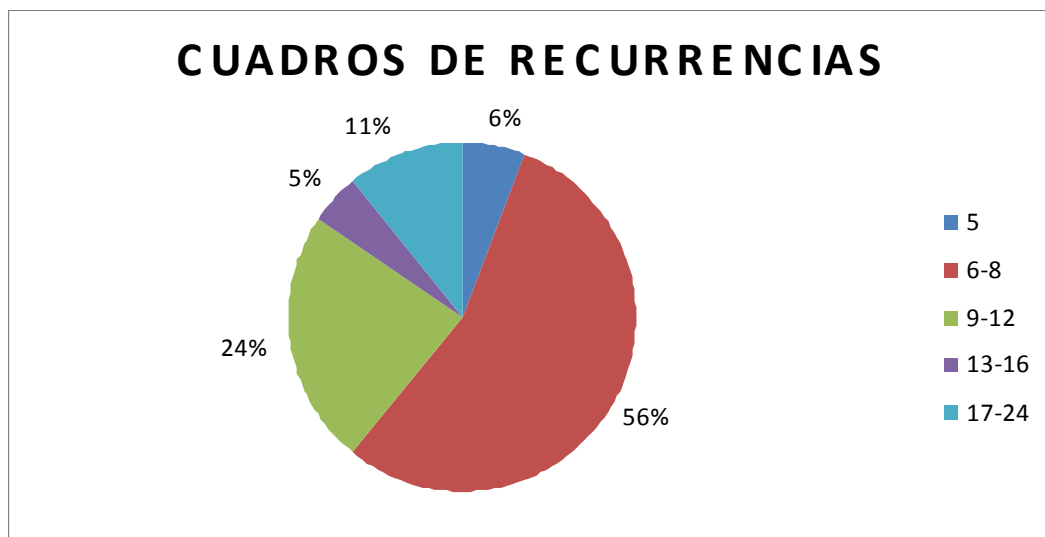
Fuente: hoja de recolección.

Grafica no.2



Fuente: Hoja de recolección

Grafica no. 3 Cuadro de recurrencias en un año.

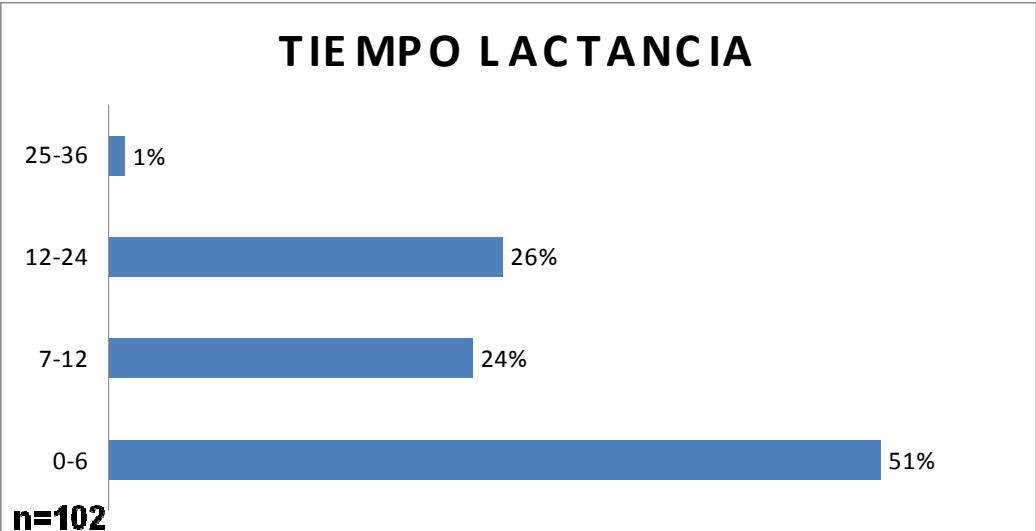


Fuente: Hoja de recolección.

Cuadro1. Diagnostico de vías respiratorias mas frecuente.

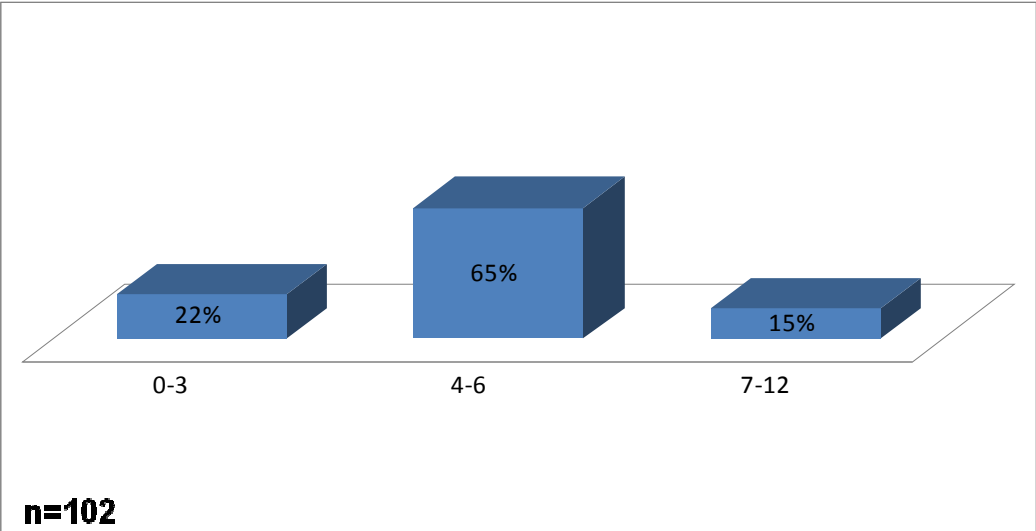
DX.	
RINOFARINGITIS	40
FARINGOAMIGDALITIS	18
FARINGITIS	6

GRAFICA NO.4 LACTANCIA



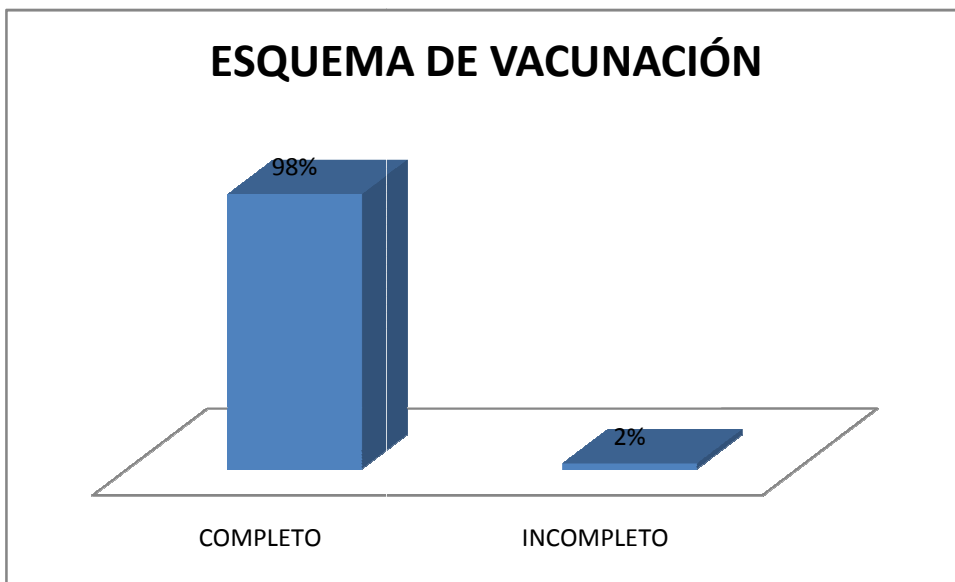
FUENTE: Hoja de recolección.

GRAFICA NO. 5 ABLACTACION.



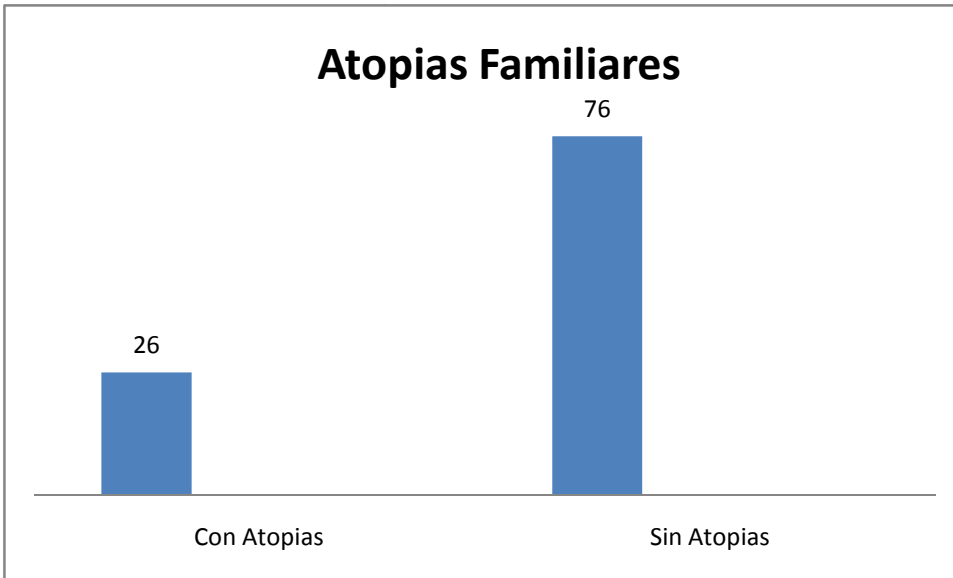
FUENTE: Hoja de recolección.

Grafico no.6 Esquema de vacunacion:



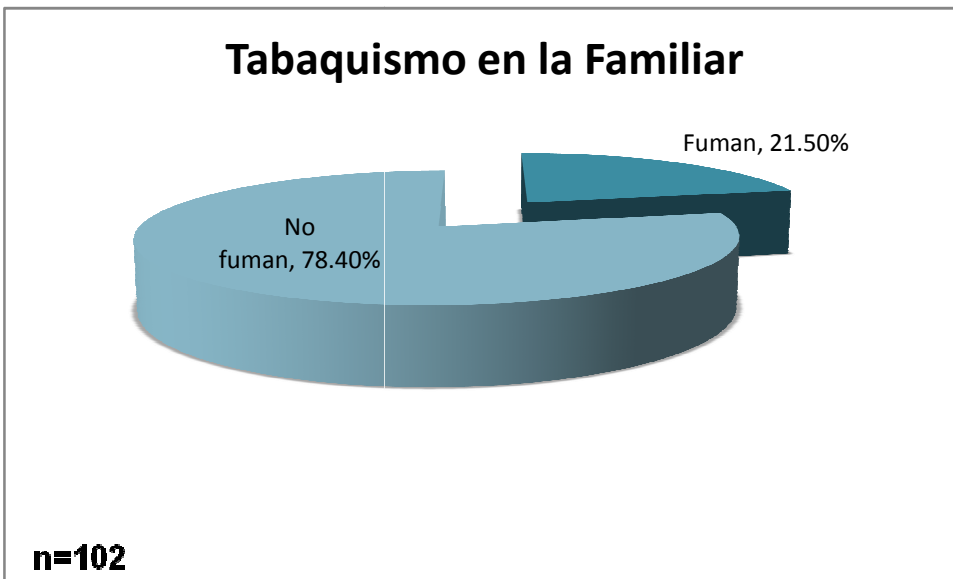
Fuente: Hoja de recoleccion.

GRAFICA NO.7 Determinación de atopias familiares.



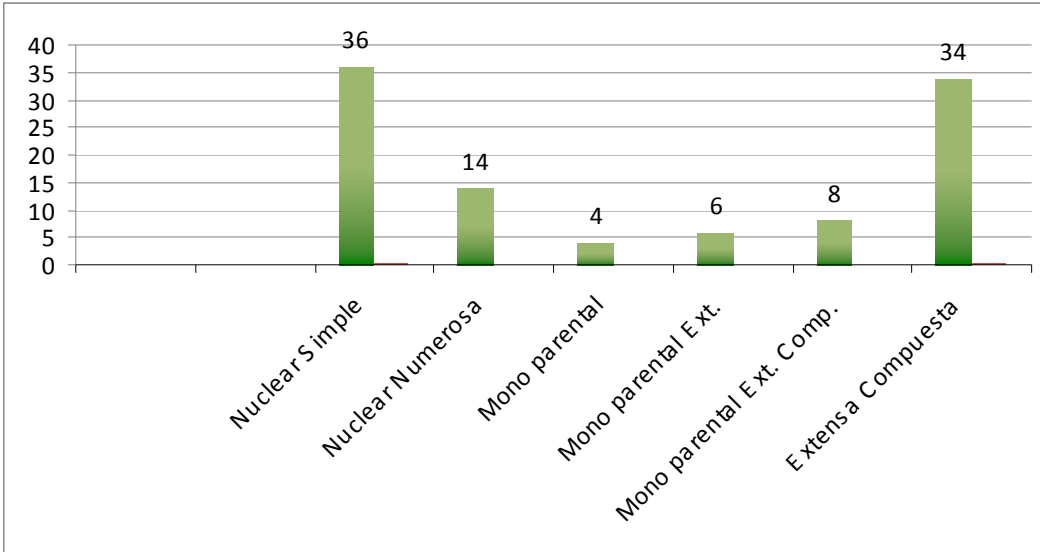
Fuente. Hoja de recoleccion.

Grafica no.8 Tabaquismo en las familias.



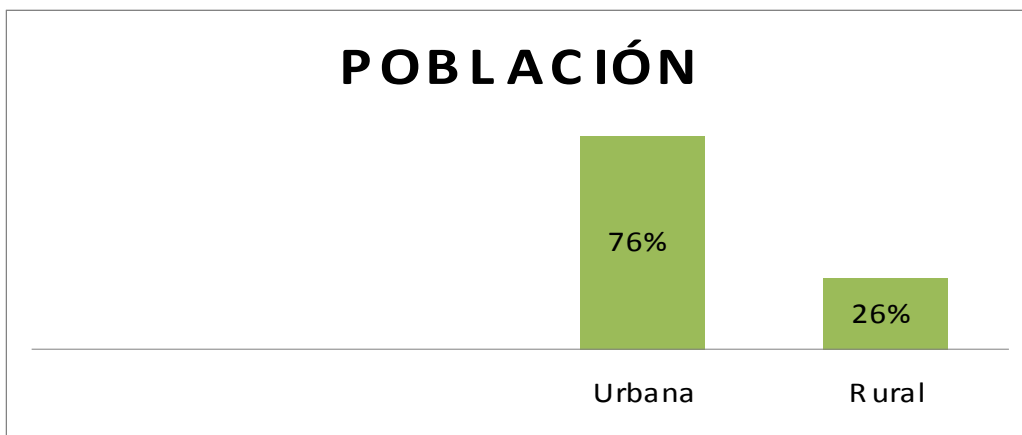
Fuente: Hoja de recoleccion.

Grafica no.9 TIPOLOGIA FAMILIAR.



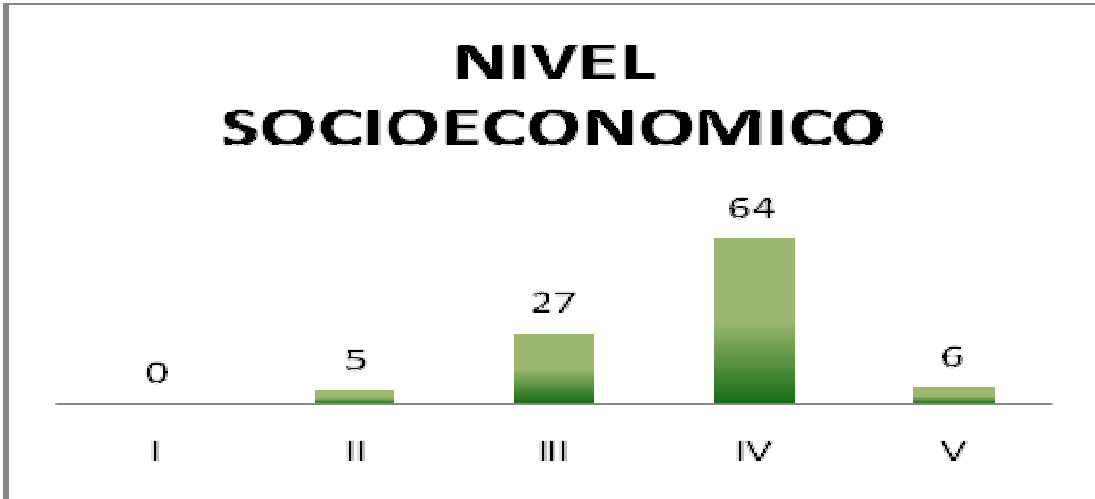
Fuente: Hoja de recolección.

Grafica no.10 Tipo de población.



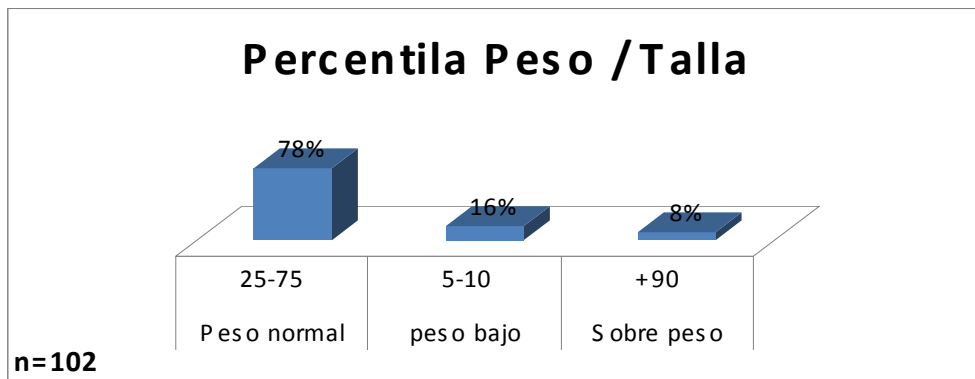
Fuente: Hoja de recolección.

Grafica no. 11 Nivel socioeconómico de acuerdo graffar.



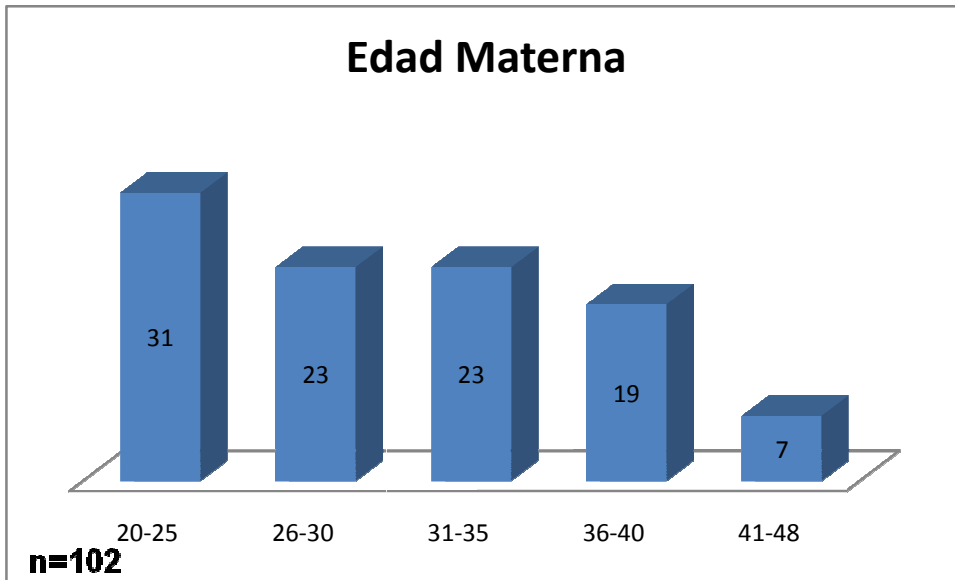
Fuente: hoja de recolección

Grafico no. 12 Estado de Nutricional.



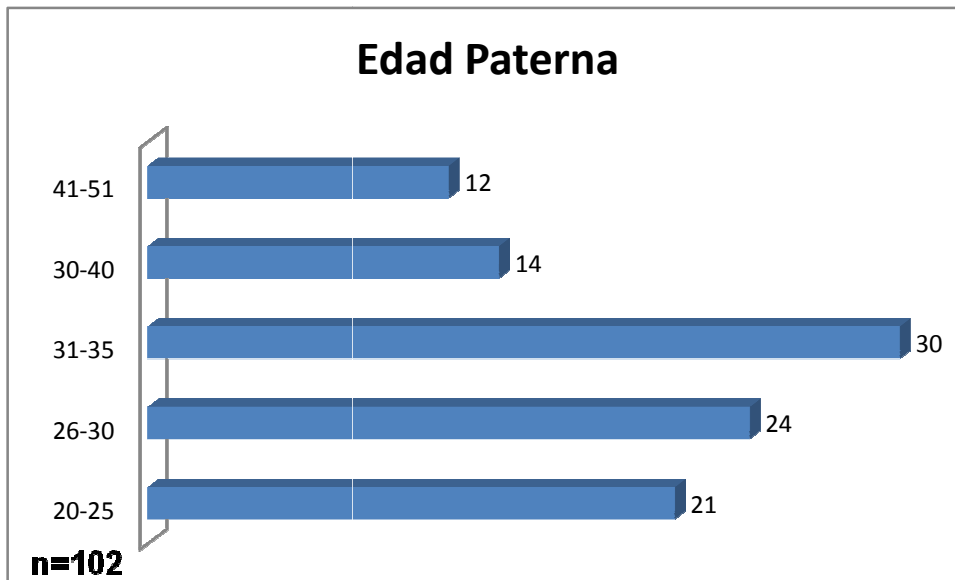
FUENTE: Hoja de recolección

Grafico No.13



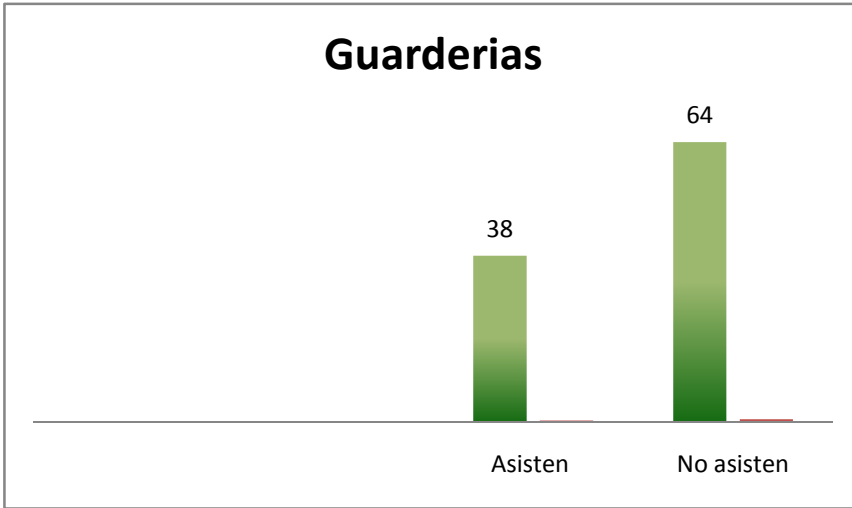
Fuente: Hoja de recolección

Grafico NO. 14



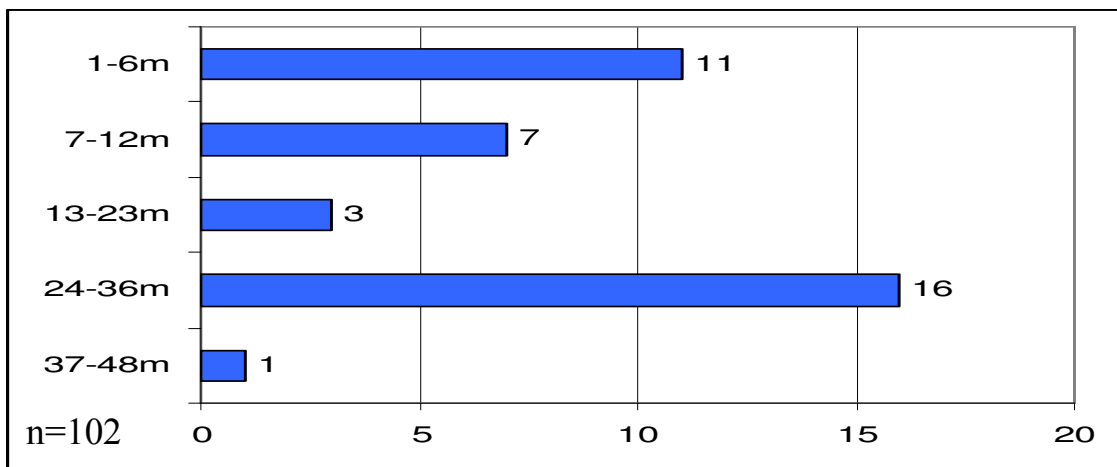
FUENTE: Hoja de recolección

Grafico no.15 Asistencia a guarderia.



Fuente: Hoja de recoleccion .

Grafico no.16 Tiempo de estancia en guarderia:



Fuente: Hoja de recoleccion

DISCUSION

En nuestro estudio se documentan iguales resultados de recurrencias de IVR respecto al género, como lo refieren Eugenia Nandi-Lozano y colaboradores y referente a edad de presentación, lactancia materna y ablactación también resultados similares con artículos de Eugenia Nandi y el Dr. Emilio Garip. (13,21).

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 va aumentado la edad y su sistema inmunológico va aumentando su experiencia inmune. Denotando La Dra. Zarate que con los autores hay concordancia en este punto (26).

La destacada predominancia en tanto de las recurrencias de las vías respiratorias los cuadros predominan de 4 a 8 al año aunque hay tomar en cuenta antes que infección de vías respiratorias nos enfrentamos ya que varía de acuerdo al diagnóstico o si estas infecciones nos llevaron a nuestro paciente a estar hospitalizado por alguna complicación. Como nos refiere Brooks y López AJF(3,5).

Dentro de los diagnósticos que sobresalieron fueron Rinofaringitis, faringoamigdalitis y faringitis. Ya que en la mayoría de los autores no ponen como predominancia el tipo de infección de vías respiratorias la engloban como superiores y le dan mayor importancia si esta tuvo alguna complicación.

El estrato socioeconómico más afectado es el 4 en la cual se encuentra en un extracto el cual tiene los medios para subsistir y que en esta variable nos podemos dar cuenta que ambos padres salen a trabajar para obtener los medios. Comentando Mendizábal en su estudio de revisión sobre el cambio importante tuvo la familiar y los problemas a que se enfrentan cuando la madre tiene que trabajar. También teniendo una predominancia en los niños que enferman mas que es la urbana por la ya comentado anteriormente.

Puede influir este punto del trabajo en la mujer y que tiene que dejar a los niños encargados con familiares cercanos para sus cuidados y se encuentra que se enferman los de familias nucleares pero llama la atención que salen en una proporción no tan significativa los que viven en hacinamiento.

Nos menciona la literatura que el tabaquismo tiene cambios ya que el niño se encuentra en su domicilio con tabaquismo indirectamente, sin tener significancia en este estudio.

La mayoría de nuestra población nos encontramos que se encuentra con su esquema de vacunación completo y que otro porcentaje se habían retardado sus vacunas por los episodios tan frecuentes de vías respiratorias.

Además que no hubo significancia ante las atopias ya que un bajo porcentaje se encuentra sin atopias y la literatura como en Zarate nos indica que se encuentran sin atopias en estos pacientes.

Dentro de los factores de riesgo menciona la literatura que aumenta cuando las madres tienen bajo escolaridad y edad temprana por la inexperiencia nos podremos dar cuenta que en este estudio se encuentra un porcentaje en madres de 20 a 25 años y padres de 31 a 35 años, sin corresponder con los datos antes mencionados.

Los episodios de recurrencias de igual manera se presentan de 4 a 8 episodios al año, y que la ocurrencia de infecciones recurrentes se presentan con mayor frecuencia en niños que asisten a guarderías en nuestro estudio sucede lo contrario estos niños de guarderías son los que menos se enferman y referente a los factores familiares solo se abocan a factores de alguna enfermedad

Nos indica Nandi Lozano y Méndez (13,15) que la mayoría de los niños que asisten a guardería y por el tiempo que este pasan en estas instituciones que enferman mas por estar en exposición a temprana edad con otros niños en nuestro estudio no indican que los niños que no son llevados a guarderías son los que enferman mas y que se encuentra no bien nutridos, considerando estos aspectos que un niño de guardería en nuestro estudio se encuentra mejor nutrido, que su sistema inmunológico esta activo desde temprana edad. Con mayor orientación a la madre ante la lactancia y la ablactación a cierta edad adecuada.

CONCLUSIONES.

Puedo concluir con este trabajo que los factores de riesgo familiar en este estudio son: edad de 2 a 5 años, sexo masculino, tiempo de lactancia materna, ablactación, estado nutricional del niño, tabaquismo, tipo de familias nuclear simple y extensa compuesta, con nivel socioeconómico de acuerdo a Graffar nivel IV, la edad de los padres, los cuidados que se les otorga (guarderías o familiares) tienen una relevante importancia ante las infecciones respiratorias recurrentes dándose cuenta que no se le toma el valor desde que se ve un enfoque de médico familiar por todos los factores de riesgo están involucrados, y que en este caso se enfermaron más los niños que están en casa que los que asisten a guardería, además se encuentran mejor nutridos, y su sistema inmunológico lo activan más rápidamente.

Sin tomar la importancia debida a este factor familiar, ya que en esos tiempos desde que ambos padres salen a trabajar, o que la mujer toma el rol de padre o madre, y que ámbito laboral no se toma la importancia de las funciones básicas de la familia.

Sugiero continuar con esta línea de investigación en casos y controles para determinar estas variables en niños sanos. Y con esto ser más representativo para disminuir en las clínicas y hospitales los altos ingresos al tratar a estos niños por ciertas complicaciones o simplemente por las recurrencias y que con lleva un costo más elevado para nuestra institución.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SAN JUAN DEL RIO, QRO. A

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado : **FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA IRAS RECURRENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

Registrado ante el comité local de investigación en salud con número 02 DEL hgz 3 SJR. QRO. DEL IMSS.
El objetivo del estudio es **Determinar los factores familiares que influyen en las IRA recurrentes en los niños que acuden al servicio de consulta externa y atención medica continua.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en **CONTESTAR UNA CEDULA FORMULADA PARA ENTREVISTA**

Declaro que se me ha informado que no existen inconvenientes O molestias y COMO beneficios derivados de mi participación en el estudio **SE ENVIARA A MI HIJO A ESPECILIDAD , MI PARTICIPACION CONSISTE EN CONTESTAR PREGUNTAS DE CEDULA POR MEDIO DE UNA ENTREVISTA EN LA CUAL SE OMITIRÁ MI NOMBRE PARA ASEGURAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.**

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

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

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial . También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre, firma del paciente

DRA REINA MARIA DEL CARMEN OLIVERA VARGAS
Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

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

01-441-27-7-15-10 -(INVEST. PRINCIPAL), 01 427 272 2905 (ASESOR)

INTERROGATORIO INDIRECTO A:

MADRE _____ PADRE _____ TUTOR _____

EDAD DE LA MADRE _____ EDAD DEL PADRE _____

NOMBRE: _____ NSS _____

SEXO: MASC _____ FEM _____ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS _____

PESO: _____ TALLA _____ PERCENTILA: _____

LACTANCIA MATERNA:

SI _____ NO _____ TIEMPO: _____ ABLACTACION: _____

ASISTIO A GUARDERIA:

SI _____ NO _____ TIEMPO _____ QUIEN CUIDA AL NIÑO: _____

ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO:

SI _____ NO _____

ATOPIAS FAMILIARES:

SI _____ NO _____.

¿EN EL ULTIMO AÑO CUANTAS VECES SE HA ENFERMADO SU HIJO. _____

¿CUALES HAN SIDO LOS DIAGNOSTICOS? _____

TABAQUISMO EN LA FAMILIA:

SI _____ NO _____. FUMADOR: PADRE _____ MADRE _____ AMBOS _____ OTRO _____

LUGAR DONDE VIVE:

URBANA _____ RURAL _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN PARENTESCO:

- Nuclear..... ()
- Nuclear simple ()
- Nuclear numerosa ()
- Reconstruida.....()
- Monoparental..... ()
- Monoparental extendida()
- Monoparental extendida compuesta..... ()
- Extensa..... ()
- Extensa compuesta()
- No parenteral..... ()

Graffar

Variables	Ítems	Puntaje	Observaciones
1. Profesión del Jefe de Familia	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)	1	
	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores	2	
	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	3	
	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	4	
	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	5	
2.- Nivel de instrucción de la madre	Enseñanza Universitaria o su equivalente	1	
	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica Media.	2	
	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	3	
	Enseñanza primaria, o alfa beta (con algún grado de instrucción primaria)	4	
	Analfabeta	5	
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	Fortuna heredada o adquirida	1	
	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales	2	
	Sueldo mensual	3	
	Salario semanal, por día, entrada a destajo	4	
	Donaciones de origen público o privado	5	
4.- Condiciones de alojamiento	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	1	
	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios	2	
	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	3	
	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias	4	
	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas	5	

Total de Puntaje Obtenido

Estrato I (4,5,6)	Estrato II (7,8,9)	Estrato III (10,11,12)	Estrato IV (13,14,15,16)	Estrato V (17,18,19,20)
----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------------

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6
SAN JUAN DEL RÍO

GRÁFICA DE GANTT PARA CONTROL DE AVANCE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		ENE	FEB	MA R	AB R	MA Y	JUN	JUL	AG O	SEP	OC T	NO V	DIC	AVANC E
Selección y planteamiento del problema a investigar	P			200 6	200 6									100%
	R			***	***									
Presentación del planteamiento del problema con coordinador de educ. e invest. Médica	P					200 6	200 6	200 6						
	R					***	***	***						
Búsqueda de la información	P								200 6	200 6	200 6	200 6	200 6	
	R								***	***	***	***	***	
Elaboración y presentación del protocolo de investigación	P	200 7	200 7	200 7	200 7	200 7	200 7							
	R	***	***	***	***	***	***							
Presentación del protocolo con el comité local de investigación para revisiones.	P							200 7	200 7	200 7				
	R							***	***	***				
Revisión del protocolo para presentación final	P										200 7	200		
	R										***	***		
Aplicación de prueba piloto del modelo de cedula	P	200 8	200 8											
	R	***	***											
Recolección de la información, aplicación de encuestas	P				200 8	200 8	200 8	200 8	200 8	200 8	200 8			
	R				***	***	***	***						
Elaboración de base de	P										200 8	200 8		

datos en sistema epi-info ver. 6.0 y captura de datos	<i>R</i>													
Análisis de la información y presentación preliminar	<i>P</i>											2008		
	<i>R</i>													
Presentación final del trabajo de investigación	<i>P</i>	2009												
	<i>R</i>													

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rodríguez, TR; Sánchez, TN. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos. Situación en Cuba de 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 las infecciones respiratorias agudas. Arch Med Fam 2002, 4 (3). 109-112.
- 4.- Brooks RM, García AE, Bazán CAJ, del Sol MM, Cruz RP. Factores de Riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría. Hospital Docente Materno 10 de Octubre, Servicios Respiratorio de Cuba. 2004
- 5.- López AJF. Epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas en Niños: Panorama Regional en el Control de las Enfermedades Trasmisibles 18ª Edición pag 3-23 Ed. OPS
- 6.- Nandí-Lozano 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.trabajadores.cubaweb> Infecciones respiratorias agudas: Mayor incidencia este año.
- 9.- Cifuentes AL. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PEDIATRIA 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 n.2 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 HOLGUIN. Policlínica César Fonet. 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. Nandí-Lozano E, Espinosa LE, Viñas-Flores L, 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. 1. 15, 2003
- 15.- Gómez DL. Influencia de los factores sociales en el desarrollo del niño durante el primer año de vida. VII congreso de demografía histórica. Granada 1-3 de abril de 2004
- 16.- Vacarezza M. Eduardo Savio Larriera. Cátedra de Enfermedades Infecciosas. 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: aspectos clínicos y epidemiológicos. 2000 (5): 30
- 19.-Santacruz- Varela J. La Familia como unidad de análisis. Rev. Med. IMSS 1983;(21):4:348-350
- 20.-Méndez LDM, Gómez LVM, García RME, Pérez LJ, Navarrete Escobar Arturo. Disfunción Familiar y control del paciente diabético, revista médica del IMSS 2000:42(4): 282.
- 21,- Andrés Garip Emilio. Instituto de diagnóstico y tratamiento ambulatorio Dr. Carlos Oulton, valoración diagnóstica en el niño con infección recurrentes Córdoba 2007.
- 22.-Practica Médica Efectiva. Infecciones respiratorias en niños menores de 5 años julio 2001 Vol. 3 núm. 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 del estado nutricional. Revisado (8 mayo 2008.)
- 25.-Monografía de la vigilancia 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 pág. 98.
- 27.-Información del SIMO DE LA UMF NO.4 IMSS 26-12-06 A 25-11-07.