

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ZACATEPEC

TITULO DE TRABAJO

IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN MENORES DE 5 AÑOS
EN LA POBLACION DE ZACATEPEC MORELOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:

DR. HECTOR MONREAL GARUHO

CUERNAVACA MOR.


FALLA DE ORIGEN

NOVIEMBRE 1994

11226
96
284



[Handwritten signature]

	I. S. S. S. T. E.	
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR CUERNAVACA, MORELOS		
REGISTRO DE CONSTANCIAS Y RECONOCIMIENTOS		
LIBRO NUM.	1	HOJA 1
FOLIO NUM.	00895	
FECHA DE EXPEDICION		

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR	
I. S. S. S. T. E.	
Numeral 123	Cuernavaca, Mor.
DIRECCION	

FALLA DE ORIGEN
EN SU TOTALIDAD

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TITULO DEL TRABAJO: IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN MENORES DE 5 AÑOS
EN LA POBLACION DE ZACATEPEC MORELOS.

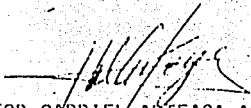
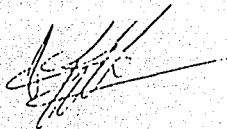
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. HECTOR MONREAL GARDUÑO

AUTORIZACIONES

Profesor titular del curso:

DR. JESUS SANTAMARIA LOZA



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
Jefe del Departamento de Medicina
Familiar Jefatura de Servicios de
Enseñanza. ISSSTE.

FALLA DE ORIGEN

TITULO DEL TRABAJO

IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN MENORES DE 5 AÑOS
EN LA POBLACION DE ZACATEPEC MORELOS

QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. HECTOR MONREAL GARDUÑO

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGUEN CORTA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

A S E S O R
DR. JESUS SANTAMARIA LOZA

FALLA DE ORIGEN

INDICE

TITULO -----	1
AUTOR(ES) -----	2
SEDE -----	3
DEDICATORIA(S) -----	4
ANTECEDENTE Y MARCO DE REFERENCIA -----	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	12
JUSTIFICACION -----	13
OBJETIVOS -----	14
DISEÑO -----	15
MATERIAL Y METODO -----	16
Universo de estudio -----	16
Tamaño de la muestra -----	16
Criterios de seleccion -----	16
Variables y parámetros de medición -----	17
Procedimiento de captación de la información -----	18
Cronograma -----	21
Recursos -----	21
ANALISIS DE DATOS -----	22
PRESENTACION DE RESULTADOS -----	23
CONSIDERACIONES ETICAS -----	42
DISCUSION -----	43
CONCLUSIONES -----	46
PROPUESTAS -----	48
BIBLIOGRAFIA -----	50

SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
HUMSCIDE CUERNAVACA MOR.

GRACIAS A DIOS

A quien le debo lo que soy al que me dá todo sin merecerlo al que iluminó mi camino y guió mis pasos durante el curso de mi especialidad.

C R A C I A S

Por concederme vida, fuerza y ánimo, permitiendome lograr tan anhelada meta. Porque proporcionaste riqueza a mi espíritu y fuerza a mi voluntad para luchar por un bien que sera compartido con todos mis seres queridos y semejantes. Porque eres Dios y Padre. Porque -- eres mi señor. Todo lo que tengo y soy a ti te lo debo a ti te lo doy.

A MI ESPOSA

Sofía Fineda de Monreal: Por su apoyo incondicional, -- por su inapreciable ayuda que me proporciono durante el logro de ésta anhelada meta por su cariño y amor que -- siempre me ha manifestado le estoy eternamente agradecido.

A MIS HIJOS

Que les expreso mi cariño y amor y deseandoles que en el futuro alcancen sus preciadas metas y que éste trabajo constituya un estímulo de superación.

A MIS PADRES

Dr. Eduardo Monreal Garcia Rubio y la Sra. Albina Garduño de Monreal:

Con todo respeto, cariño y mi eterno agradecimiento por su gran apoyo en la realización de esta meta, que constituye la mejor herencia que puedo recibir.

A MI DIRECTOR DE TESIS

Dr. Jesús Santamaria Loza:

A quien le agradezco su amistad y enseñanza, los cuales me han ayudado en mi preparación profesional doy a si mismo las gracias por su sincera y eficaz colaboración en cuanto se le requiere para el desarrollo de ésta tesis.
MUCHAS GRACIAS.

A MI HONORABLE JURADO

Ante ustedes pongo a su consideración este trabajo, que quizás solamente sera uno más, pero que para mi constituye mi mas grande anhelo.
Anticipadamente me disculpo por los errores y omisiones que pudiera haber cometido.

Gracias por su invaluable aportación de conocimientos que hicieron posible mi formación Profesional.

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

El problema mundial de las diarreas.-

Las enfermedades diarreicas constituyen uno de los problemas de Salud Pública más importante de los países en vías de desarrollo.

Comunmente se define la diarrea como un incremento en la frecuencia de las deposiciones líquidas o semilíquidas en relación al patrón usual de cada individuo.

En una revisión realizada por la Organización Mundial de la Salud de 24 estudios epidemiológicos llevados a cabo en comunidades de 18 países en vías de desarrollo. Se encontró que la tasa de mortalidad por diarrea en niños menores de 5 años fue mayor durante los dos primeros años de vida, con una tasa media de 20 muertes por 1000 niños por año(1). La tasa de mortalidad se reduce a una tercera parte en los niños de dos a cuatro años de edad, resultando en una tasa media de 13.6 muertes por 1000 niños menores de 5 años por año. No hubo diferencias en las tasas de mortalidad encontradas en 14 estudios llevados a cabo mediante vigilancia activa, ya sea según la región geográfica donde se realizaron(Africa 13.8, Asia 13.3 y Latinoamérica 15.1 muertes por 1000 niños menores de 5 años por año), el tamaño de la población estudiada las variaciones climáticas en el área de estudio.

En ésta misma revisión se encontró que la tasa media de morbilidad por enfermedad diarreica fue de 2.2 episodios por niño menor de 5 años por año(1). Esta incidencia fue mayor durante los dos primeros años de vida, alcanzándose tasas de hasta 4 episodios de niño por año. Las tasas de incidencia generalmente fueron mayores en los estudios realizados en Asia que en las otras regiones. Cuando se realizaron los estudios y se analizaron mediante vigilancia epidemiológica frecuente (visitas domiciliarias reali-

sadas al menos semanalmente) y en comunidades pequeñas, la tasa media de incidencia por diarrea en niños menores de 5 años fué de tres episodios por niño por año. Utilizando éstos estimados y aplicándolos a la población de niños menores de 5 años estimada para Africa, Asia (sin incluir a China) y Latinoamérica, en el año 1980, la OMS estimó que hubieron en ese año 744 millones de episodios por diarrea (pudiendo ser 1004 millones si se aplicara la tasa media de 3.0 episodios por niño encontrado en los estudios más minuciosos). El número de muertes por enfermedades diarréicas en ese mismo grupo etario se estimó en 4.6 millones en 1980.

Sin embargo la mortalidad ha disminuido en los últimos 20 años en los países de Latinoamérica en un promedio de 72 por 1000 nacidos vivos en 1960, a 46 en 1977 (2). En los países que mantienen las tasas más altas de mortalidad infantil (Perú, Ecuador, Paraguay, Honduras y Guatemala) las enfermedades diarréicas persisten como causa importante de muerte (3). En contraste en países que han alcanzado reducir las tasas de mortalidad infantil (Uruguay - Cuba, Costa Rica y Chile) las enfermedades diarréicas han disminuido de importancia, al igual que ocurrió en los países desarrollados en las décadas anteriores.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR DIARREAS EN MEXICO.-

Ocupan el segundo lugar como causa de enfermedad y muerte muy cerca de las infecciones agudas de las vías respiratorias. México está dentro de las poblaciones con tasas de mortalidad más elevadas del mundo (4). El grupo etario más afectado es el de los lactantes, seguido de los preescolares y los escolares. En el primer año se combinan la ablactación temprana, la ignorancia y el descuido en la preparación de fórmulas lácteas y otros alimentos (atoles,

y adecuados), así como la deficiencia del saneamiento ambiental, higiene personal y carencias de agua y drenaje. En la epidemiología de la diarrea de los niños en México presisa atender muy variados aspectos: El diferente desarrollo socioeconómico del país, sus hábitos y costumbres, el nivel educativo, las condiciones de saneamiento ambiental, la disponibilidad de agua potable y la accesibilidad de los servicios de Atención Médica Primaria hacen que las diferencias regionales de la enfermedad diarreica y su correspondiente letalidad sean muy disímiles en las entidades federativas (5). La frecuencia por estados según la encuesta de sepulveda Mor y col. (6) Los estados de la frontera Norte, Durango, D.F. y Baja California Sur se agruparon como los de menor riesgo. Los de la frontera Sur más Oaxaca, Veracruz, Yucatán, Guerrero, Puebla, Tlaxcala e Hidalgo, conforman la región de riesgo más alto y el resto, (12 estados) se agruparon como de riesgo intermedio.

Generalidades.-

La OMS y la UNICEF del 50 al 70 % de los pacientes menores de 5 años de edad fallecen, esto se debe principalmente a la deshidratación y en su mayoría de los pacientes debido a la ignorancia de los padres y orientación del Médico acaban con cierto grado de desnutrición. (7, 8, 9). En America Latina y región del Caribe, aproximadamente 200 millones de personas viven en la miseria y 140 millones no tienen acceso al servicio Médico (Organización Panamericana de la salud, 10).

En el año 1993 en México la enfermedad diarreica tienen su incidencia más alta en los meses de Marzo a Octubre, siendo su incidencia más alta en el mes de Junio y Julio (11, 12) siendo hospitalizados más 50 % cuando la enferme-

dad está en su etapa aguda y se acompaña de deshidratación, con una mortalidad con atención Médica 1.3 %.

En el mes de Diciembre de 1993 se reportaron casos acumulados de 3,108,589 casos por total de diarreas (13).

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS. LOGROS Y PERSPECTIVAS.-

Con base a experiencias Internacionales, en 1984 se iniciaron las actividades del programa nacional de control de enfermedades diarreicas, pero no fué sino hasta 1989 cuando éste adquiere carácter prioritario y sobre todo a partir de 1990, después de los compromisos adquiridos por México durante la cumbre Mundial en favor de la infancia. La meta propuesta en esa histórica reunión fué para el año 2000, reducir en 50 % la mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años, con respecto a la registrada en 1990. Sin embargo, creemos que se puede alcanzar esa meta antes del año 2000; el compromiso del Sistema Nacional de Salud es alcanzarla en 1994.

Varios hechos hacen pensar que ésta nueva y ambiciosa meta es posible alcanzarla;

1o México ha logrado cumplir otras metas establecidas en la cumbre, antes de la fecha comprometida; tal es el caso de la erradicación de la poliomielitis y de la vacunación universal.

2o La vigorosa respuesta del pueblo y del gobierno ante la llegada del cólera, una enfermedad diarreica más, ha permitido logros nunca antes alcanzados en el saneamiento básico, gracias al programa de Agua Limpia establecido en 1991, así como otras acciones de prevención y control de éste padecimiento.

3o Los avances alcanzados por el programa de control de las enfermedades diarreicas, entre las que destacan las

siguientes;

a) La campaña de información y capacitación de la población fundamentalmente de las madres de familia, para la prevención y manejo de las enfermedades diarreicas, con énfasis en el uso de la hidratación oral. Un dato que puede ilustrar la magnitud de ésta campaña, es el aumento de sobres de Vida Suero Oral que se incrementó de 3 a 30 millones en el año 1992.

b) Las diarreas han disminuido en frecuencia de 9.5 a 4.5 episodios por año; el uso de sobres es de 17 % y de la hidratación oral de 63 %.

c) Por último todas las instituciones de Salud realizan un programa permanente de capacitación del personal de salud: Médicos, Enfermeras y Auxiliares, que les permite manejar con mayor eficacia, éste tipo de enfermedades.

Con todo lo anterior, entre 1988 y 1991, la mortalidad por enfermedades diarreicas ha reducido en un 30%, sobre todo en 1990 y 1991 periodo en que la reducción fue de un 22 %. Esto significa que en cada uno de éstos años se ha logrado salvar la vida se ha logrado salvar la vida, solo por ésta causa de más de 4500 niños menores de 5 años. El compromiso para los próximos dos años, es elevar la cifra a 7000. Con esto se logrará adelantar en 6 años, la fecha comprometida en la Cumbre Mundial en favor de la infancia.

Para lograrlo se han establecido 7 estrategias;

1.- Coordinación intra y extrasectorial, continuando la exitosa experiencia interinstitucional del programa de vacunación universal y del control del cólera, con actividades y recursos en torno a universos y problemas comunes.==Se creó el consejo Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas bajo la presidencia del C. -

secretario de Salud y con la participación de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y otros sectores relacionados: Comisión Nacional del Agua, Instituto Nacional Indigenista, Sector Educativo, De Desarrollo social y otros.

2o Planación con enfoque de riesgo, concentrando acciones a municipios con alta mortalidad por diarrea en niños elevado porcentaje de mujeres analfabetas ó casos de cólera. Hacer más por las que más necesitan, en las áreas más pobres y marginadas.

3o Información y capacitación a la población a través de días de vacunación, semanas de hidratación oral y brigadas para capacitación de madres en áreas de alto riesgo.

4o Capacitación del personal de Salud y mejoría de la calidad de la atención Médica, a través de la instalación de unidades o centros de hidratación oral en todas las unidades de salud, para la capacitación de Médicos privados, Médicos tradicionales y farmacéuticos. así como el propio personal de salud Institucional no capacitado.

5o Promoción de saneamiento básico, a través de la supervisión y abastecimiento de agua y de eliminación de excretas.

6o Vigilancia epidemiológica a través del análisis mensual de los certificados de defunción, que permite conocer la causa de muerte y a través de encuestas o estudios periódicos para determinar la calidad del manejo de casos en el hogar y en los servicios de salud.

7o Seguimiento y evaluación periódica, a través de informes estatales mensuales, supervisión y reuniones semestrales. (14)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cual es la importancia de ofrecer medidas preventivas dentro de la atención primaria de la enfermedad diarreica en menores de 5 años como un programa de lucha continua para abatir o disminuir la la morbilidad y mortalidad del padecimiento en una zona bien examinada de Zacatepec Morelos.

JUSTIFICACION

Siendo la enfermedad diarreica una de las primeras causas de morbilidad en niños menores de 5 años a nivel mundial, este estudio realizado en nuestra población es necesario, por medio de el conoceremos porque se enferman de diarrea, cuales son los factores de riesgo, como influye la familia, el medio ambiente el agente, el huésped, el nivel socioeconómico, cultural de la familia para así tomar medidas interdisciplinarias en la prevención en la curación y rehabilitación de la enfermedad y de manera secundaria evitando altos costos para la familia, para la institución(días cama) y para la nación.

Otro aspecto importante es que en Méxicoha adquirido un compromiso durante la cumbre mundial en favor de la infancia en el año 1990, en la cual la meta propuesta en esa histórica reunión fué que para el año 2000 reducir en 50% la mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años. Siendo los Médico en general el primer contacto con el paciente hemos adquiridos todos éste compromiso por lo tanto éste trabajo sirve para conocer a nuestra población en relación con el padecimiento y su entorno, para así colaborar a disminuir la morbilidad de la enfermedad diarreica en niños menores de 5 años.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la importancia que tiene la enfermedad diarreica en nuestro municipio de acuerdo a varios parametros.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el grupo etáreo más afectado.
2. Determinar la frecuencia de la diarrea de acuerdo al lugar de residencia del niño.
3. Conocer la distribución por sexo.
4. Conocer la frecuencia de la E.diarreica por dependencia o secretaria donde trabaja el padre.
5. Conocer el ingreso económico de la familia en el niño con diarrea.
6. Determinar el estado de desnutrición en el niño con E.diarreica.
7. Determinar si el niño con E.diarreica fué alimentado con seno materno o lactancia artificial.
8. Con que frecuencia la familia inicia la alimentación complementaria en el niño.
9. Si han sido inmunizado los niños mayores de un año contra el sarampión.
10. Determinar el grado de escolaridad de la madre en el niño con E. diarreica.
11. Saber si la familia sabe detectar cuando el niño se encuentra deshidratado y cuando debe acudir al Médico.
12. Que porcentaje encuestado conoce, sabe como y cuando usar el suero de hidratación oral y si es efectivo.
13. De donde obtiene la familia el agua de beber.
14. Donde realiza su defecación la familia.
15. Que hace la familia con la basura.
16. Quien cuida a su hijo.
17. Determinar la etiología más frecuente, mediante interrogatorio clínico.

18. Con que frecuencia se automedica al niño con E.dia-
rreica antes de llevarlo al médico.

19. Que tipo de automedicación es más frecuente.

DISEÑO

El estudio es de tipo:

Transversal

Descriptivo

Observacional

MATERIAL Y METODO

UNIVERSO DE ESTUDIO.-

El presente estudio se realizó en todos los pacientes - menores de 5 años con enfermedad diarreica que acudieron a la consulta externa en la UIF de Zacatepec Morelos (zona Centro, Calcaña, Tetelpa), en el lapso comprendido entre los meses de Abril, Mayo, Junio y Julio, efectuándose encuestas a los padres de familia con diagnóstico probable de enfermedad diarreica en algunos de sus hijos - menores de 5 años aun cuando su hijo no haya sido tratado en el ISSSTE o haya sido aut medicado.

TAMÑO DE LA MUESTRA.-

Se seleccionarán un total de 100 menores de 5 años con antecedente o de padecerla actualmente la enfermedad diarreica, .

CRITERIOS DE SELECCION.-

- A) Que haya sido encuestada la familia en la consulta - externa del servicio de medicina general de la UIF consultorio No 2 por diagnóstico probable de enfermedad diarreica.
- B) Antecedente de E. diarreica en los 4 meses previos a la consulta.
- C) Que sean menores de 5 años.
- D) Ser derechohabientes del ISSSTE.
- E) Tener vigencia actualizada.
- F) Ser residente de Zacatepec Morelos (zona Centro, Calcaña, Tetelpa).

FOR EXCLUSION.-

- A) Ser mayores de 5 años.
- B) No ser Derechohabiente del ISSSTE.
- C) No tener respuesta a las preguntas de la encuesta.
- D) Que no den información completa.
- E) Que no colaboren cuando se los solicita.

VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION

OBJETIVO	VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO DE MEDIDA	FUENTE
Grupo	G. Etéreo	Edad	Años cumplidos	Encuesta
Proceden	Domicilio		Residencia	Encuesta
	Actual			
Sexo	Sexo	Hombre	Masculino	Encuesta
		Mujer	Femenino	
Depende	Lugar de	Lugar de	SARH, SEP	Encuesta
ncia	trabajo	trabajo	IKITAP, ISSSTE	
			H. AYUNTAMIENTO	
Ingreso	g Dinero	Cantidad	1000, 1000-	Encuesta
conómico			2000, 2000-	
			3000, más de	
			3000	
Edo nutri	Peso	Normal,	1o def 10-20%	Encuesta
ción		Desnutrici	2o def 25-39%	
		on 1o, 2o, 3o	3o +40% peso ideal	
		grado		
Aliment	Lactantes	Edad	Seno materno	Encuesta
ación			lactancia Artifi	
			cial	
Alimentaci	uso	si-no	si utilizaron	Encuesta
ón complemen			no utilizaron	
tario				
Imunización	mayor	Edad	Si inmunizado	Encuesta
de absorción	un año		de inmunización	
Alfabetización	esc.	esc.	sabe leer, escribir	Encuesta
padre			primaria, secundaria	
			profesional	Encuesta
Dehidrata	Conocimiento	Observa	Conoce, parcialmente	Encuesta
ción	to.	ción.	mente los conoce, los	
			no conoce	Encuesta

Suero H.C. Conoci miento Ha oido hablar, no sabe bien como y cuando usarlo esta ignora que existe, refiere que es efectivo

Agua uso domesti abastecimien agua (arrafón Encuesta
co to to agua entubada

Excretas disposici elimina Fosa séptica, letrina Encuesta
ón ción ra suero, drenaje

Basura Basura Eliminación la quema, camión Encues
ta. recolector, la enti erra, la tira al ta.
medio ambiente

Cuidado ni persona parentesco Mauro, abuelos, Encue
sta no parentesco guarderías, no la miliares

Etiología Etiología cuadro si (los síntomas Encue
clínica de clínico esta. 3
diagnos

Auto medicación Conoci conocimien Si se automedicar Encue
sta. Conocimiento to no se automedicar esta

Tipo de Medicame Medicamento Tetraciclina, esto En
auto medici nto maquil, aceite de oli cu
cación: vo, caclia pectina, sal es
infecta. encas. ta

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE INFORMACION.

Encuesta.

Nombre del informante, parentesco, nombre del niño.

1. Edad del niño menor de 5 años con D. diarreaica.
2. Domicilio del niño.
3. Sexo.
4. A que dependencia o secretaría pertenece el padre o madre
5. Cual es el ingreso económico de la familia.
6. Peso del niño; grados de desnutrición, peso normal y obesidad(más del 105 peso normal).
7. Pío seno materno o lactancia artificial la madre.
8. Dió alimentación complementaria.
9. Su hijo mayor de un año ha sido vacunado contra sarampión
10. Que grado de escolaridad tiene la madre.
11. Conoce los signos y síntomas de deshidratación? Si- No
Si, no de lienzos húmedo (se explica), piel y lengua secas, ausencia de lagrimas,, pérdida turgencia de la piel, oliguria, irritabilidad, edo soporoso. Sabe en que momento debe acudir al médico?.
12. Ha oido hablar del suero de hidratación oral, ignora que existe, sabe como y cuando usarlo, no sabe usarlo, es efectivo?.
13. Obtiene el agua de beber de garrafón o entabada?.
14. La defecación la realiza; Al ras suelo? tiene letrina: fosa séptica, drenaje?.
15. La basura la quema? usa el camion recolector? la entierra la tira al barranco río o lago?.
16. Su niño lo cuida la madre? los abuelos? no familiares? guarderías?.
17. Etiología de la diarrea probable por clínica:

Viral: Cuadro autolimitado, de inicio brusco, vomito, fiebre, de más 38.5, sin dolor abdominal, acompañada en ocasiones de cuadro gripal con evacuaciones líquidas sin sangre con escaso moco, puede haber intolerancia disacáridos.

Bacteriana: Puede ser de inicio brusco o gradual, con vomito dolor abdominal fiebre y evacuaciones líquidas que puede haber sangre moco o pus.

Parasitaria: es de inicio gradual, escaso vomito y puede haber dolor abdominal, normalmente afebril, en caso de giardia con dolor abdominal intenso, entamoeba histolítica puede haber sangre rectal, pujo tenesmo, moco, de duración prolongada.

Alimenticia: Es de inicio brusco con vomito y sospecha de algún alimento contaminado.

Inespecíficas: No coinciden en cuadros clásicos.

18. Automedica a su niño? no lo automedica?.

19. Con que automedica ; aureomicina o aureomicina infantil (tetraciclina? estomaguil con refresco? aceite de oliva? aceite de ricino? caolin pectina? sal inglesa, feromast?.

Atte Dr Héctor Manuel Cardúño.

FALLA DE ORIGEN

CRONOGRAMA.-

TEMA: Encro 1994

PROTOCCLO: Febrero de 1994.

ELABORACION DE INSTRUMENTOS: Marzo y Abril 1994.

RECCLECCION DE DATOS: Julio y Agosto de 1994.

PROCESAMIENTO Y ORGANIZACION DE DATOS: Septiembre de 1994.

ANALISIS Y DISCUSION: Septiembre de 1994.

INFORMACION DE RESULTADOS: Octubre de 1994.

RECURSOS.-

A) Humanos; 1 investigador.

1 Asesor.

1 enfermera

B) Materiales; UMF. ISSSTE Zacatepec Mor

Maquina escribir, hojas blancas

ANÁLISIS DE DATOS

Se relaciona la enfermedad diarreica con cada una de las variables.

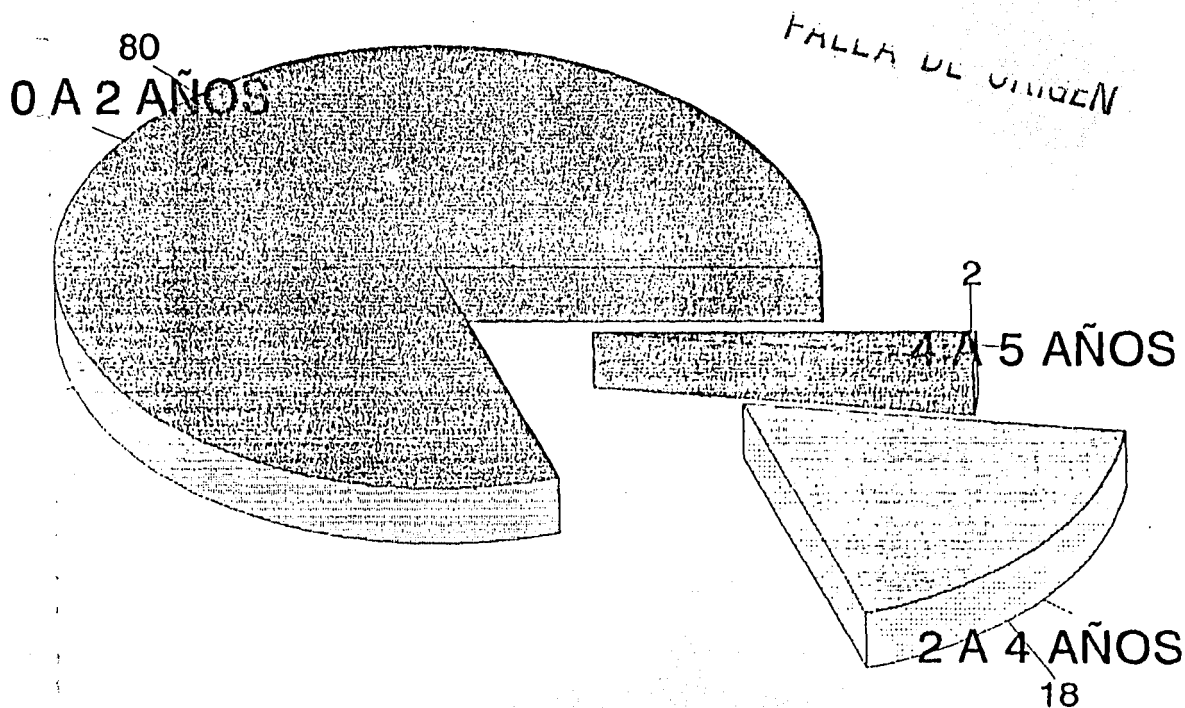
Graficando los resultados en tablas por número y porcentaje, esquemas de pastel, diagramas de barras y un sinónimo de gráficas haciéndolo más comprensible y didáctico.

PRESENTACION DE RESULTADOS.-

Ver gráficas.

DISTRIBUCION POR EDAD

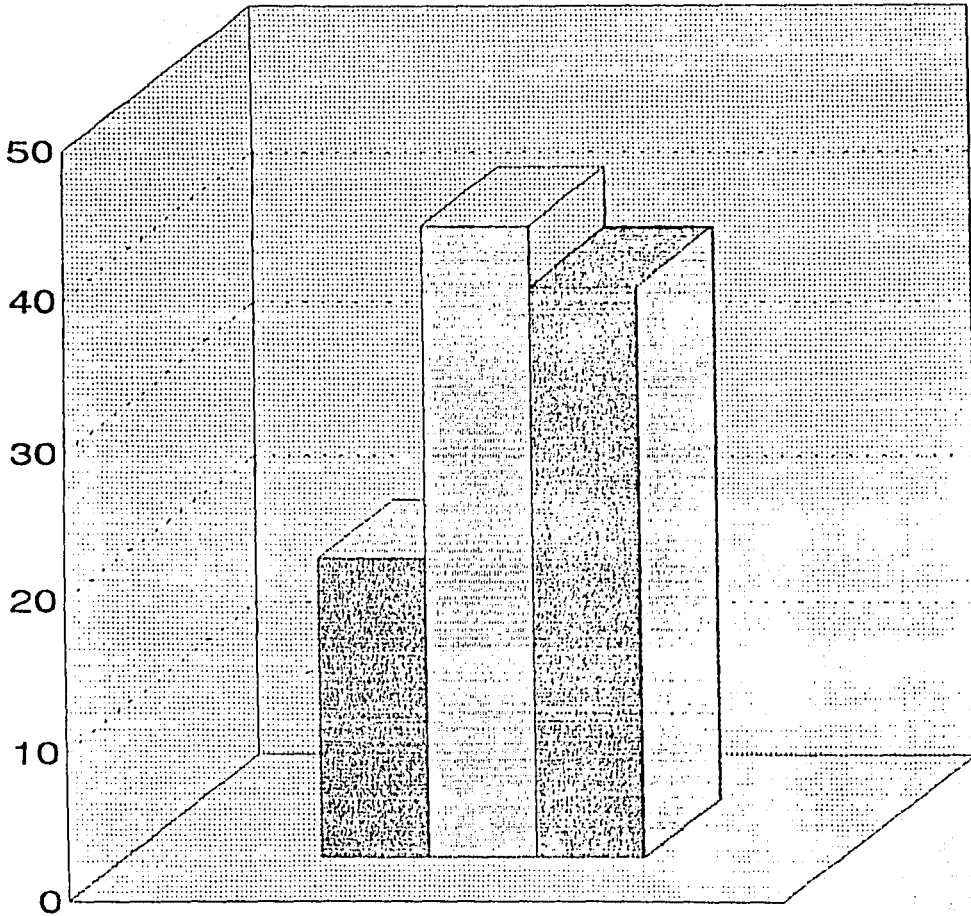
GRAFICA I



Al realizar el análisis de los datos obtenidos de la enfermedad diarreica los más frecuentes es en los menores de 2 años, 80 (80%), siguiendo en orden frecuencia de 2-4 años 18 (18%) 4 a 5 años 2 (2%).

PROCEDENCIA

GRAFICA II



CENTRO
20%
20

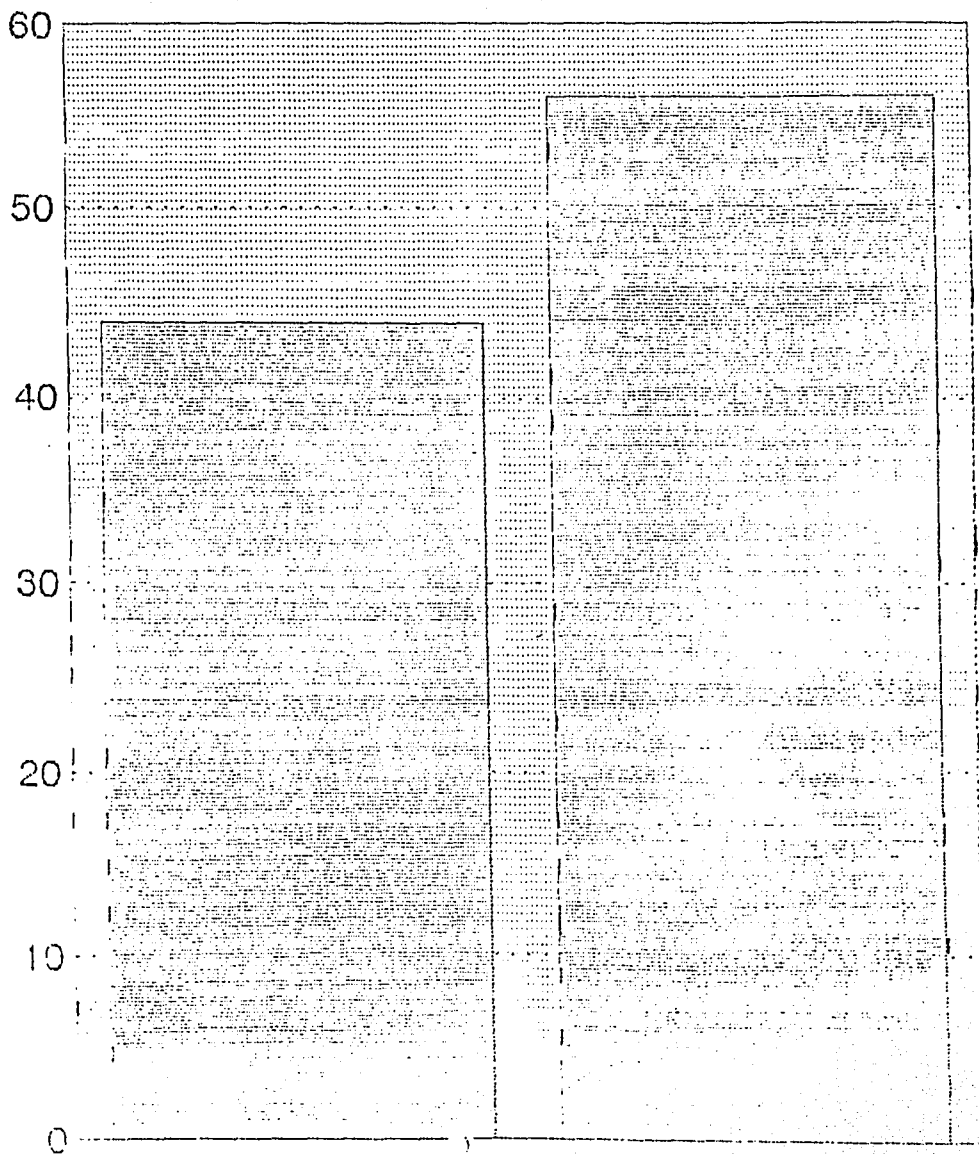
GALEANA
43%
43

TETELPA
33%
33

Las zonas más afectadas son las que no encuentran más agua
después de la colectora municipal.

DISTRIBUCION POR SEXO

GRAFICA III



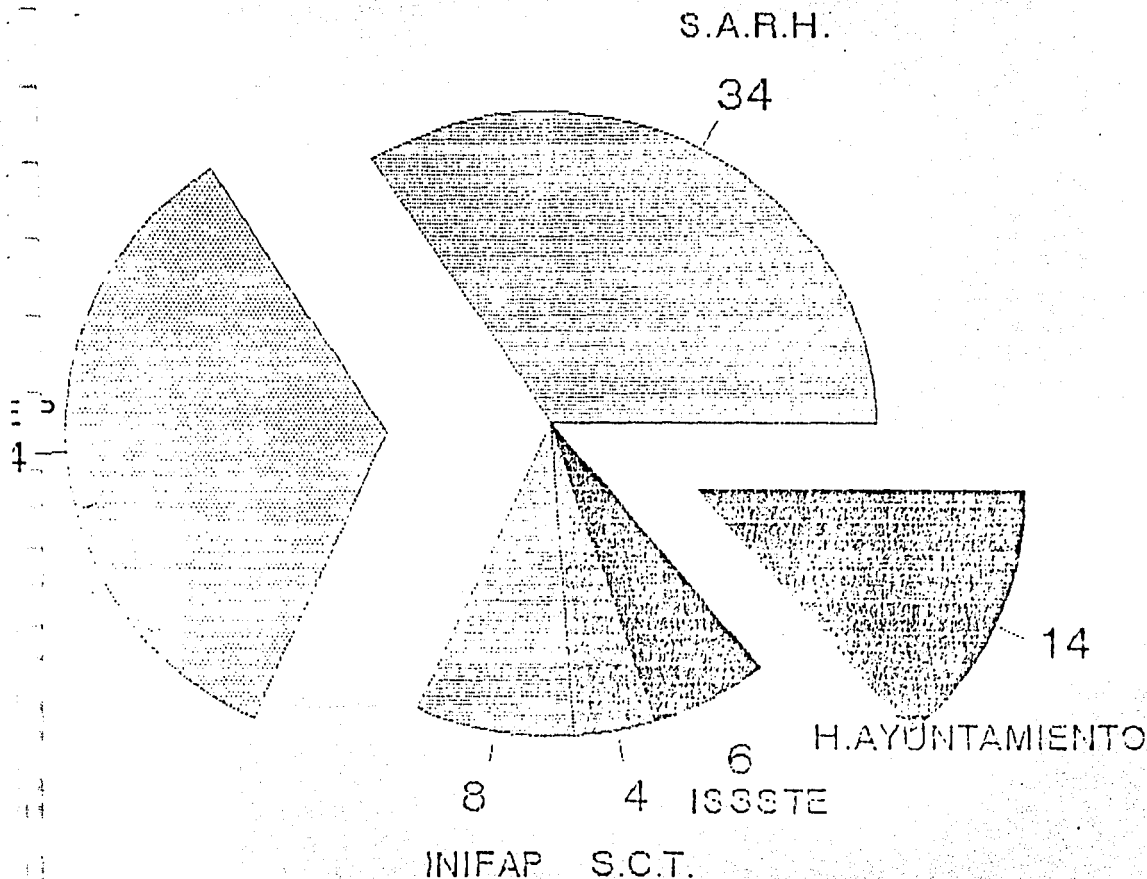
MASCULINO
44

FEMENINO
56

FALLA DE ORIGEN

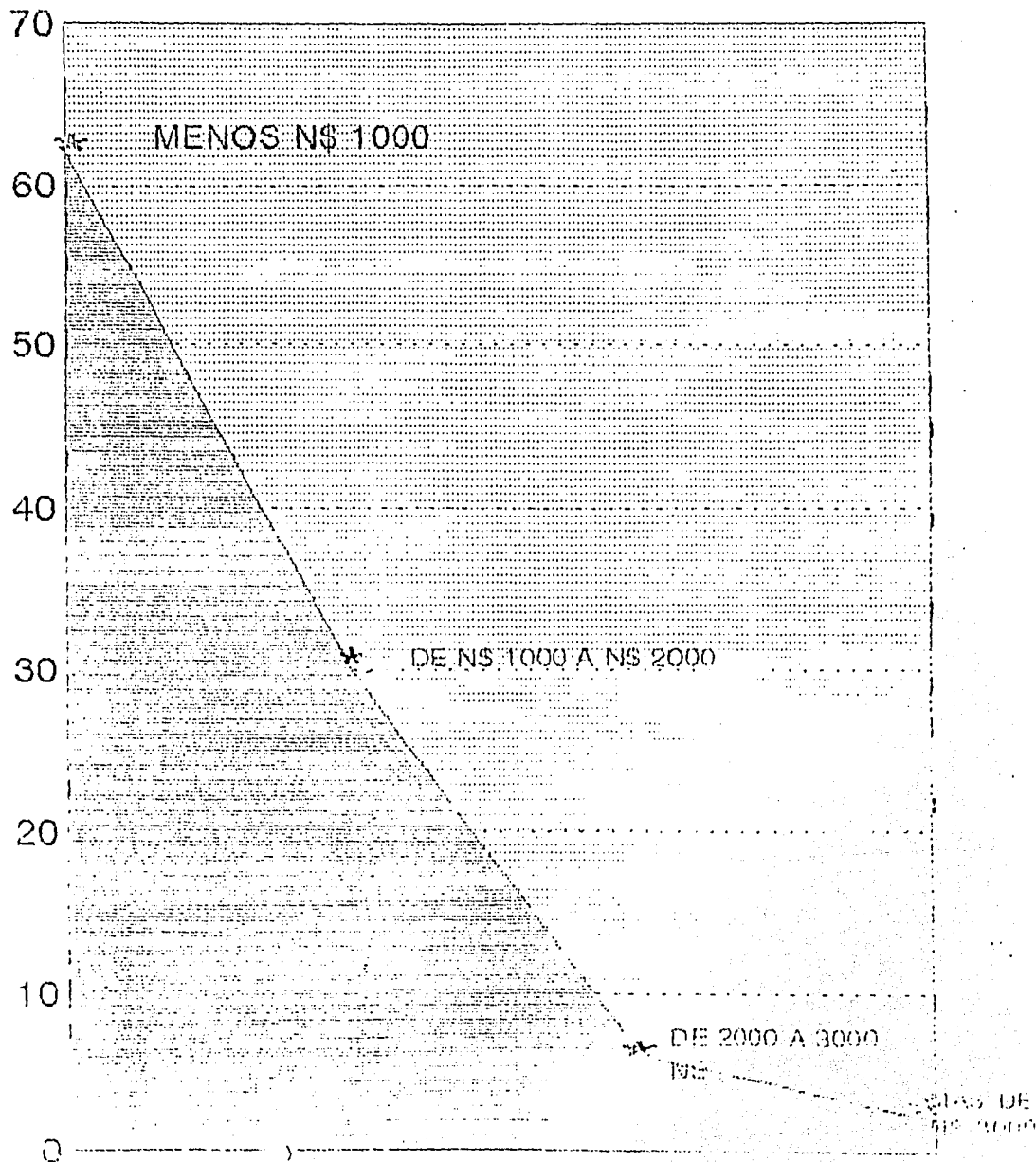
DISTRIBUCION POR DEPENDENCIA

GRAFICA IV



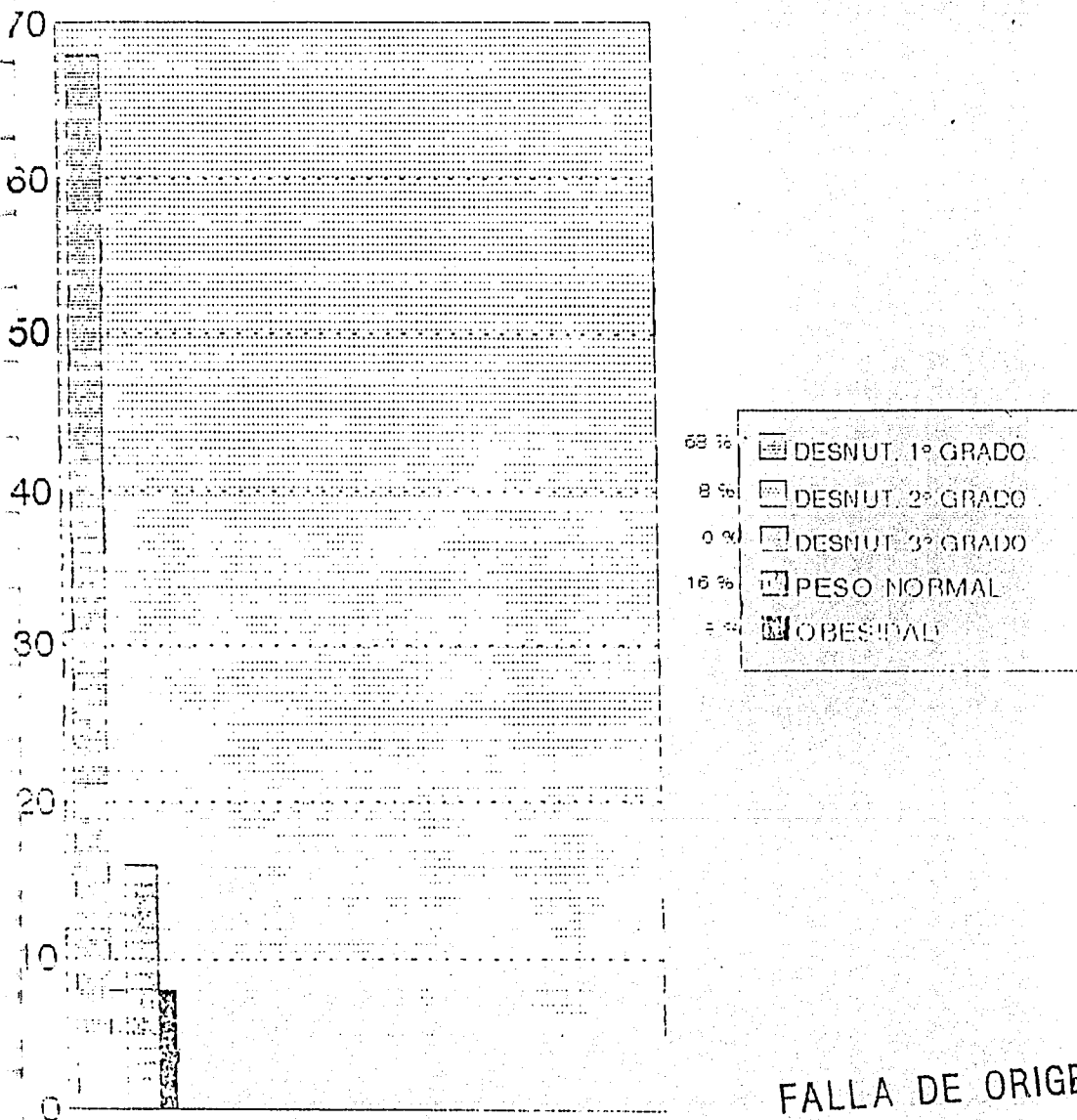
Fue mayor la frecuencia en la S.A.R.H., posteriormente S.I.E. (debió de a tener la mayor cantidad de derechohabientes), H.A. y el ISSSTE.

GRAFICA V



ESTADO DE NUTRICION

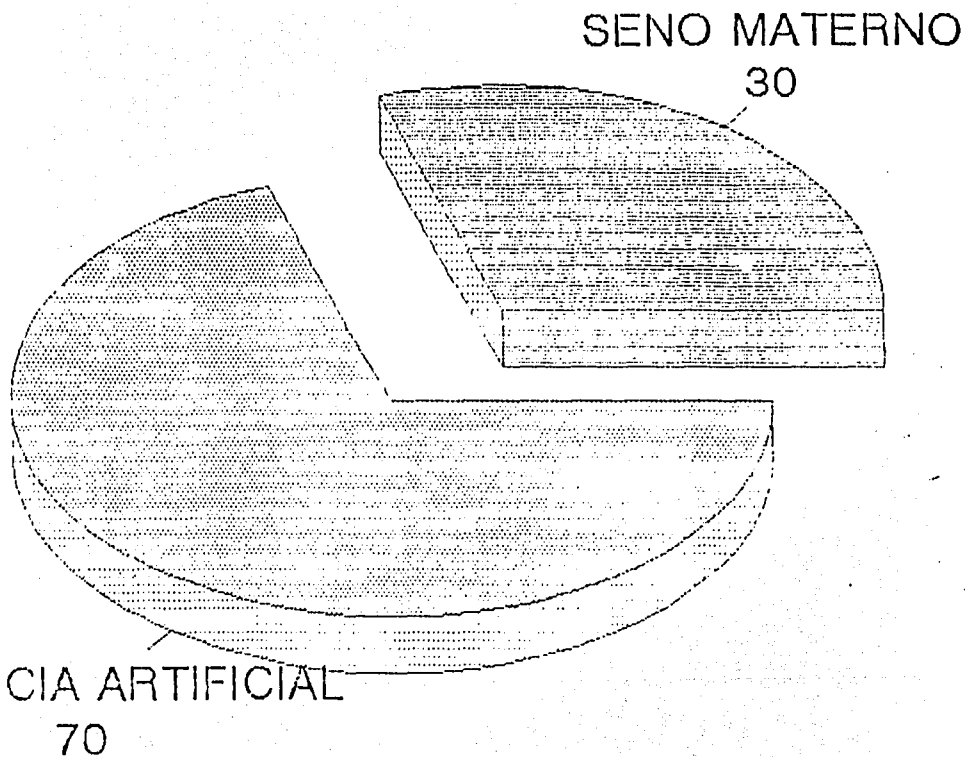
GRAFICA VI



FALLA DE ORIGEN

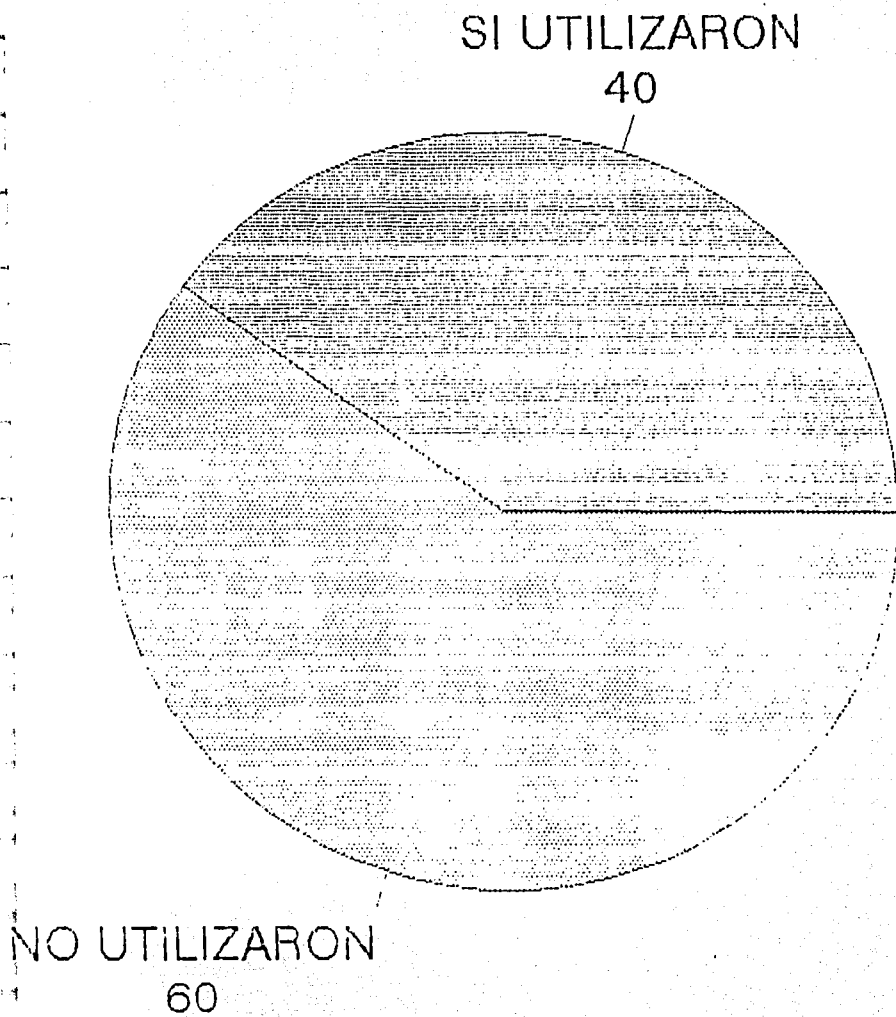
SENO MATERNO

GRAFICA VII



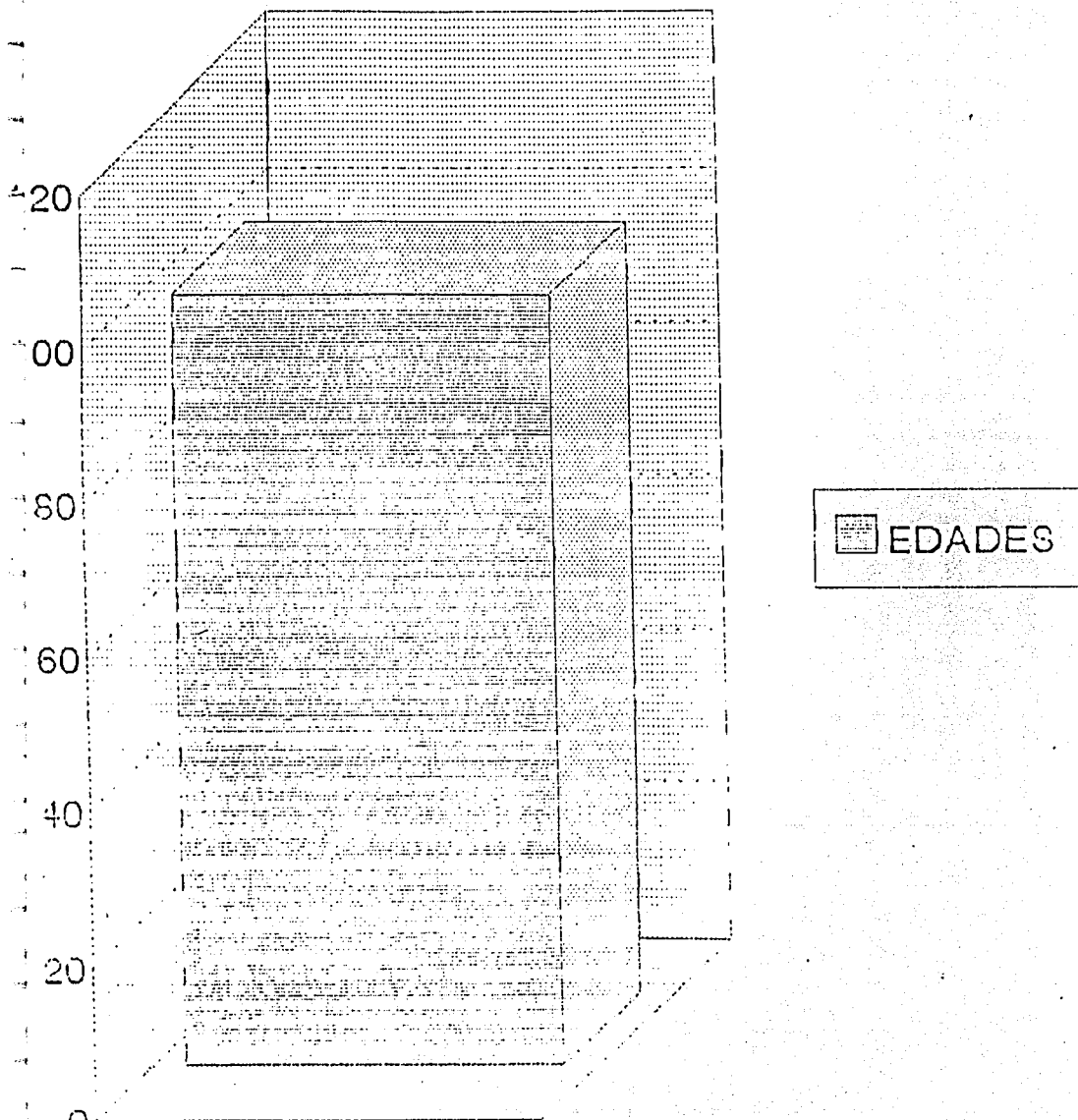
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

GRAFICA 8



IMUNIZACION SARAMPION

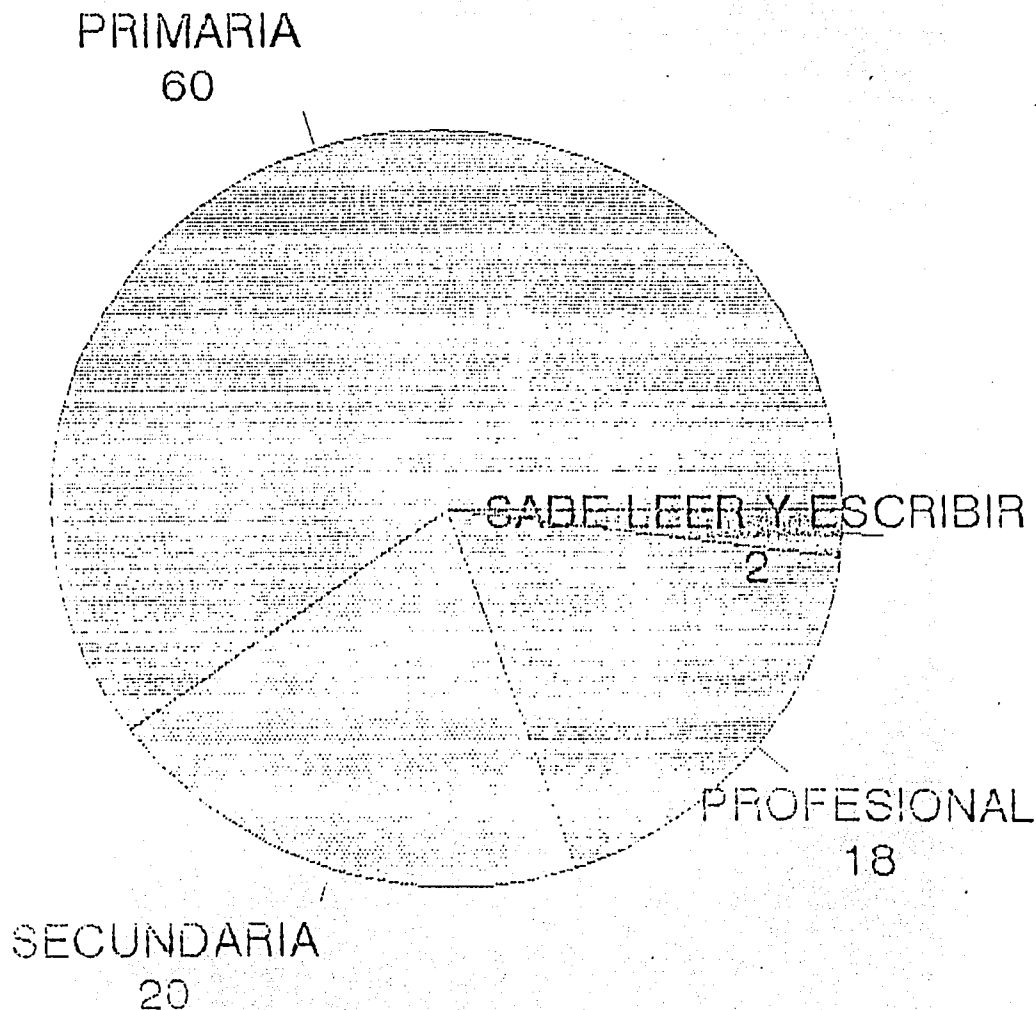
GRAFICA IX



Los niños mayores de un año todos han sido vacunados contra el sarampión.

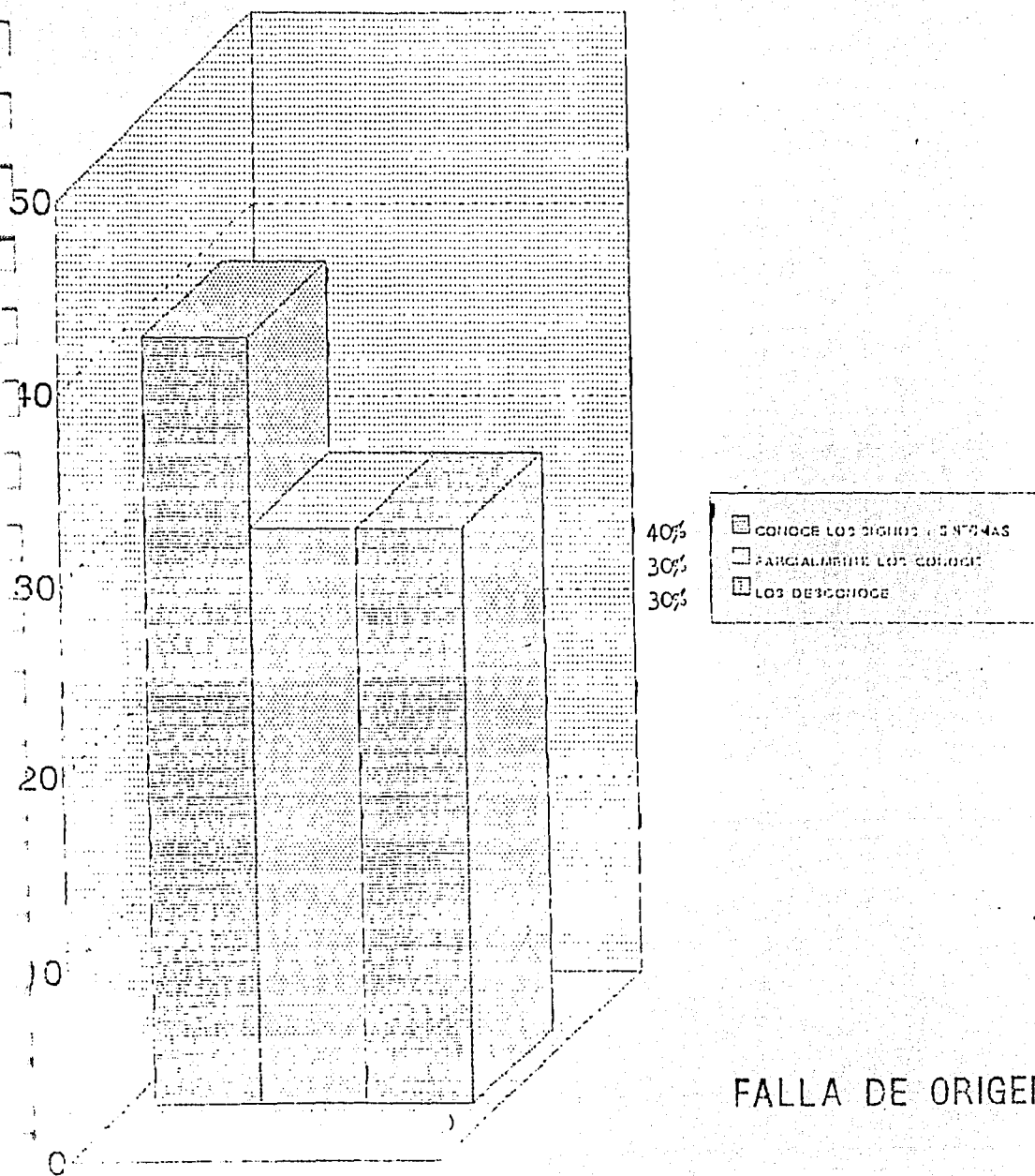
ESCOLARIDAD MADRE

GRAFICA X



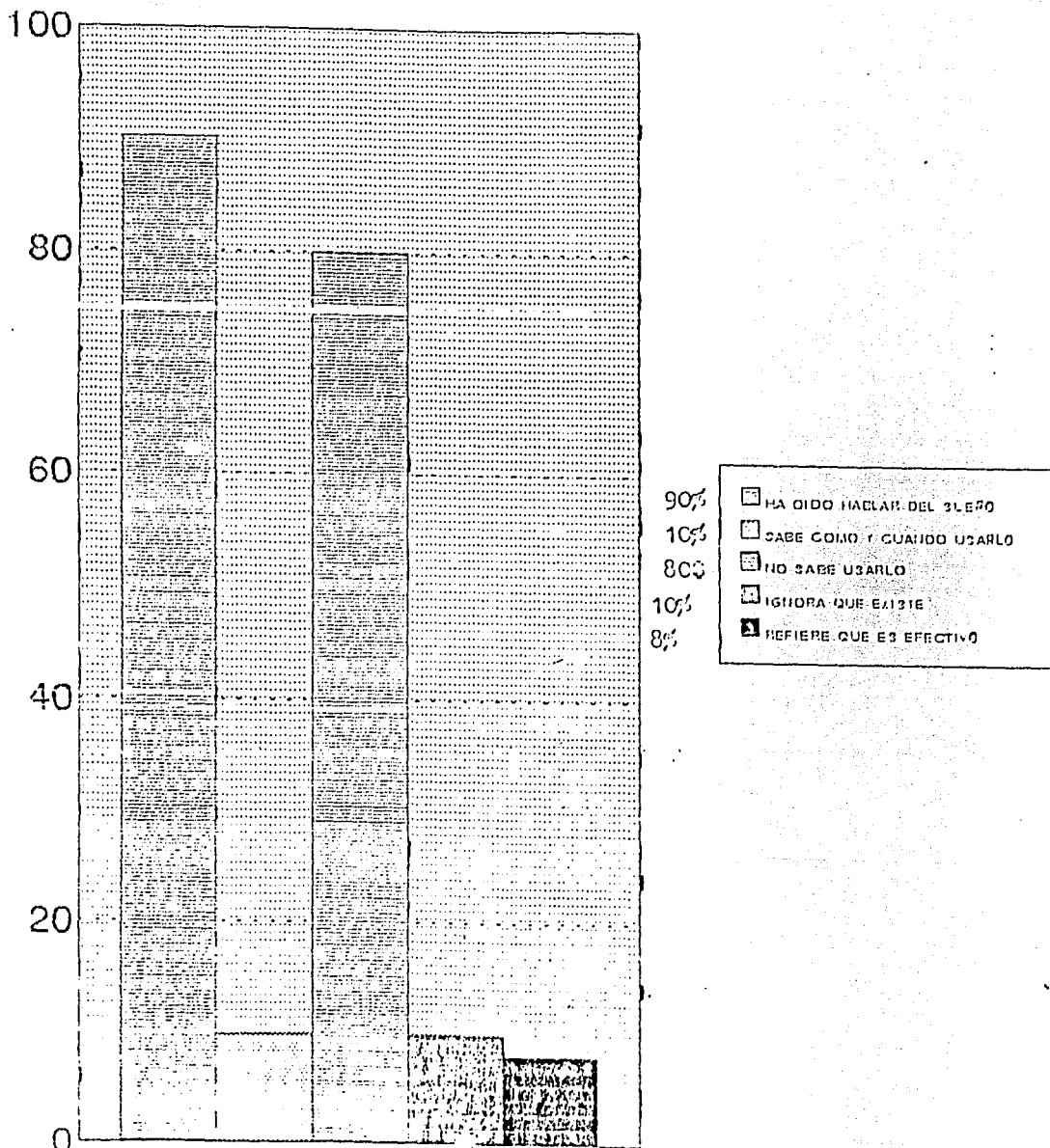
SABE DETECTAR SIGNOS Y SINTOMAS DE DESHIDRATACION EN SU HIJO, Y VALORAR CUANDO DEBE ACUDIR AL MEDICO

GRAFICA XI



USO DEL SUERO DE HIDRATACION ORAL

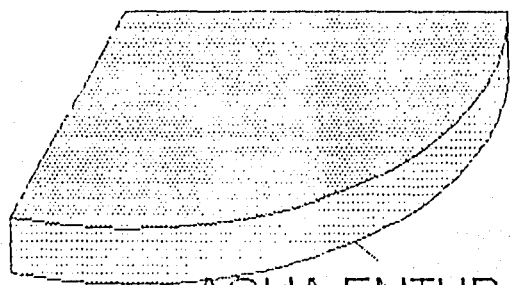
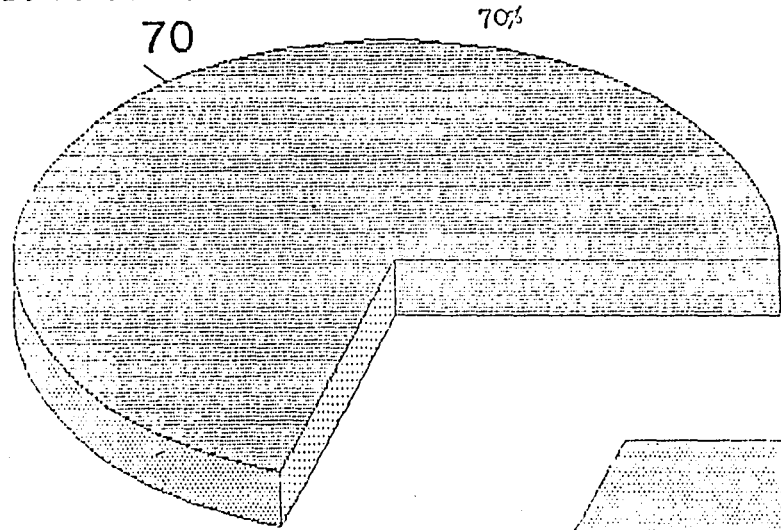
GRAFICA XII



¿DE DONDE OBTIENE EL AGUA PARA BEBER

GRAFICA XIII

AGUA DE GARRAFON

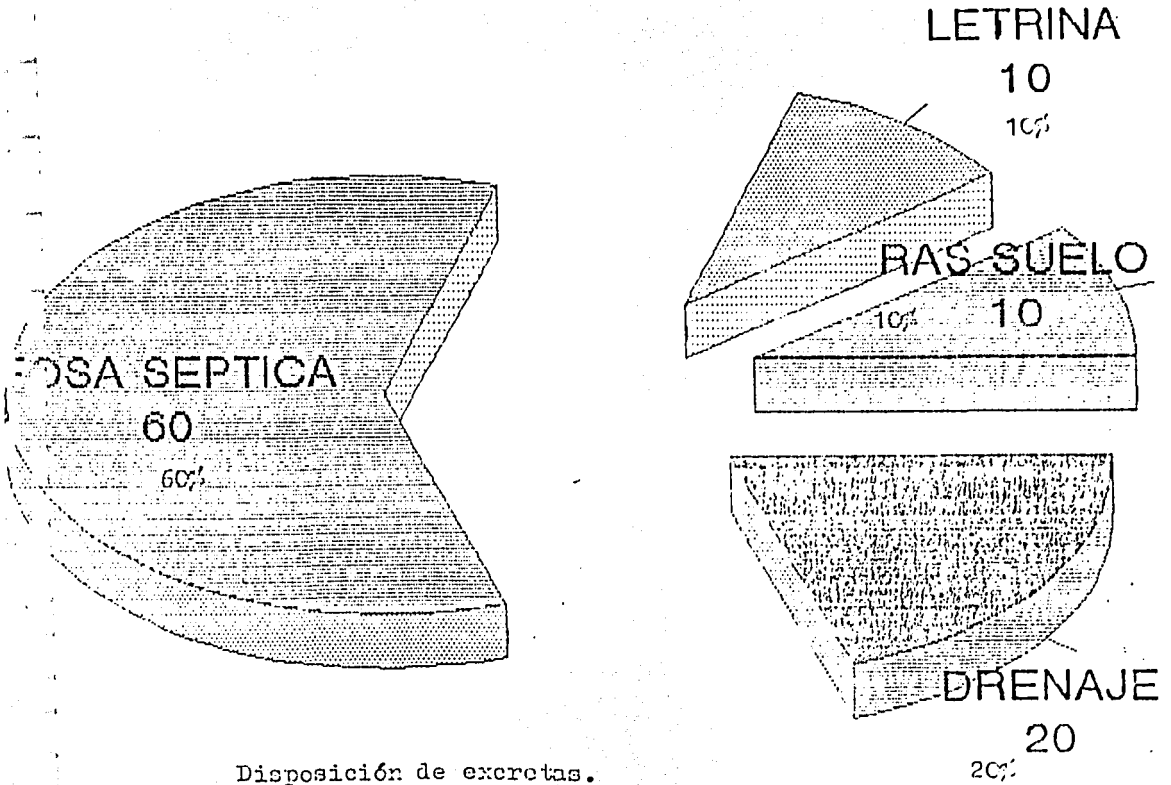


AGUA ENTUBADA

FALLA DE ORIGEN

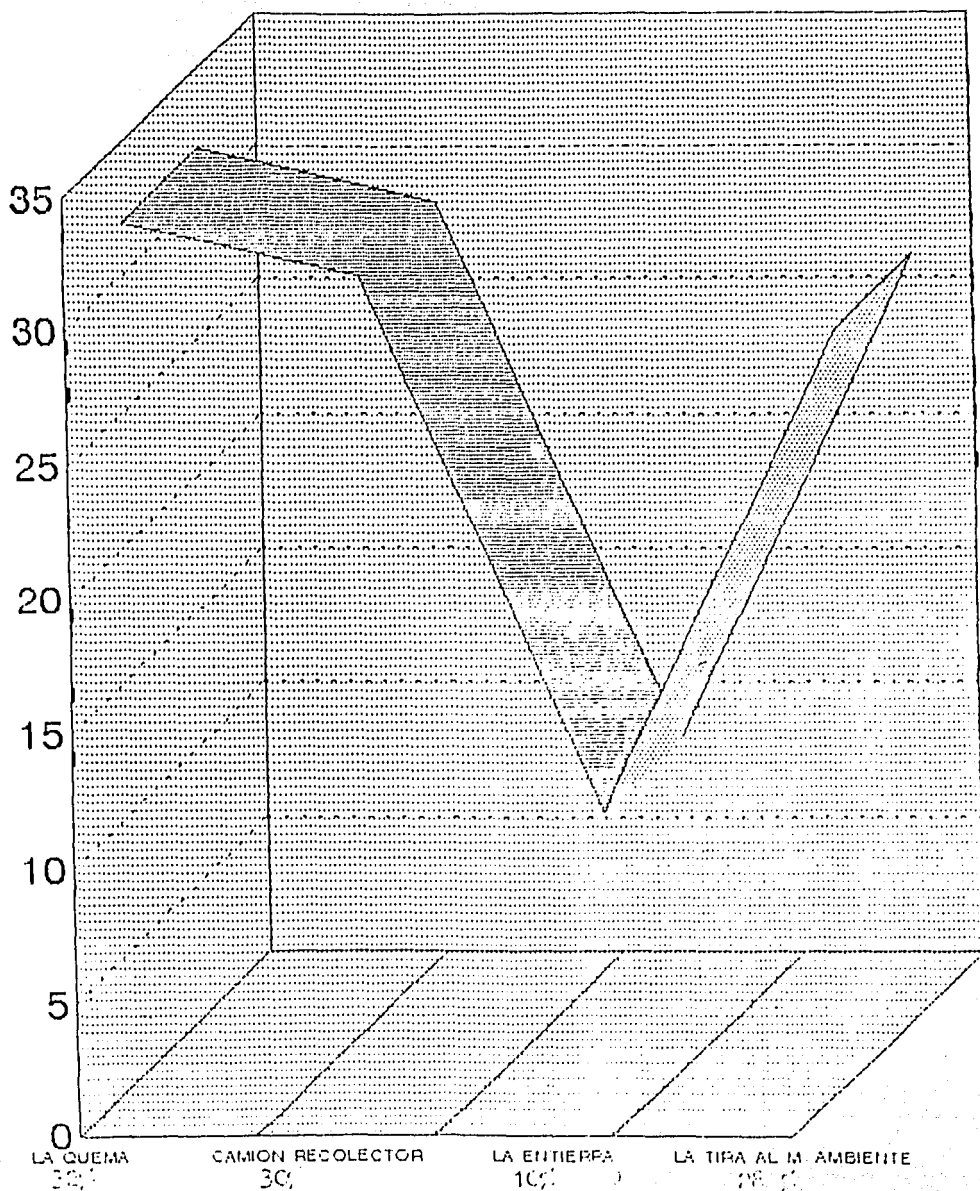
DEFECACION

GRAFICA XIV



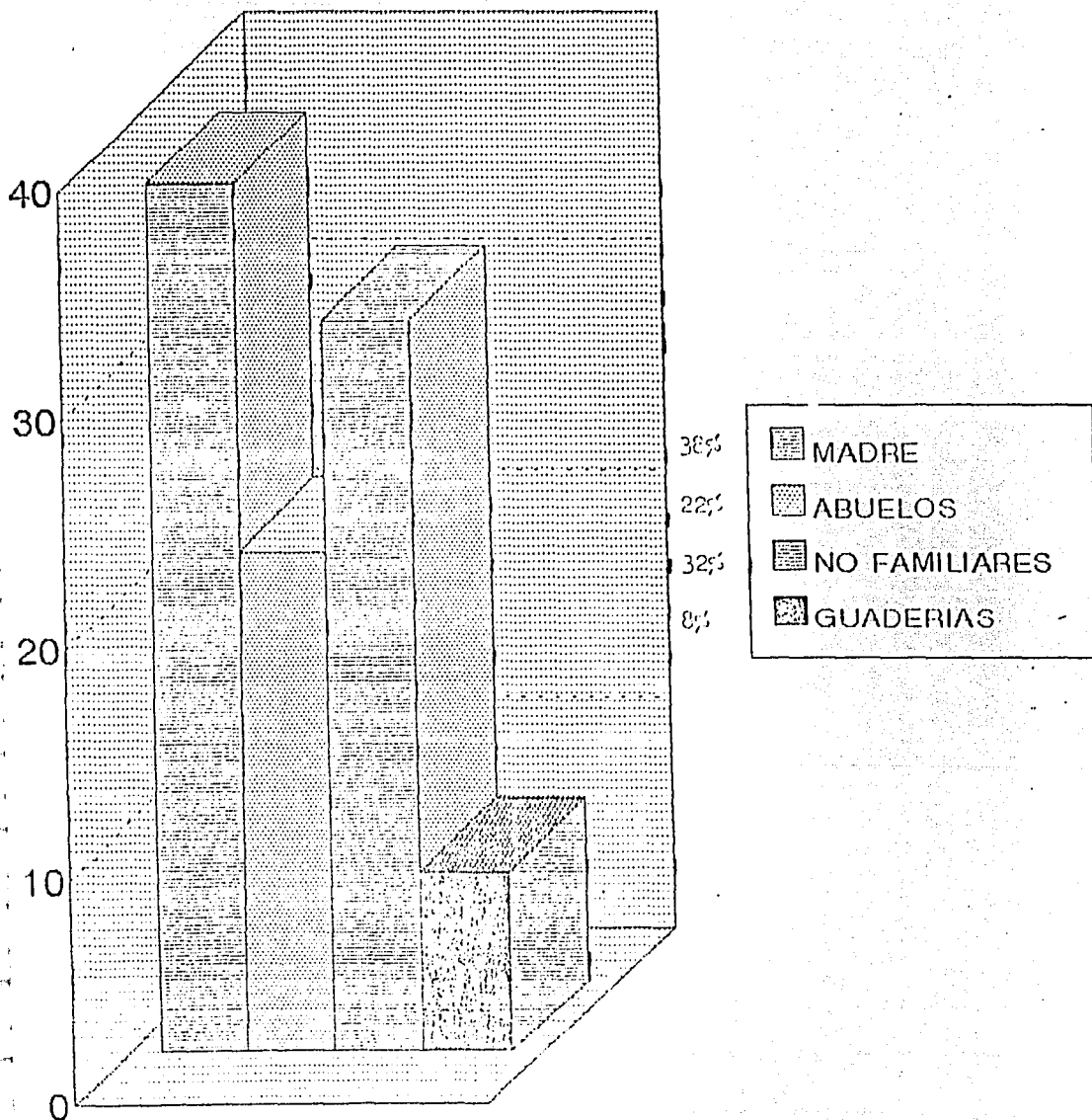
QUE HACE LA GENTE CON LA BASURA

GRAFICA XV

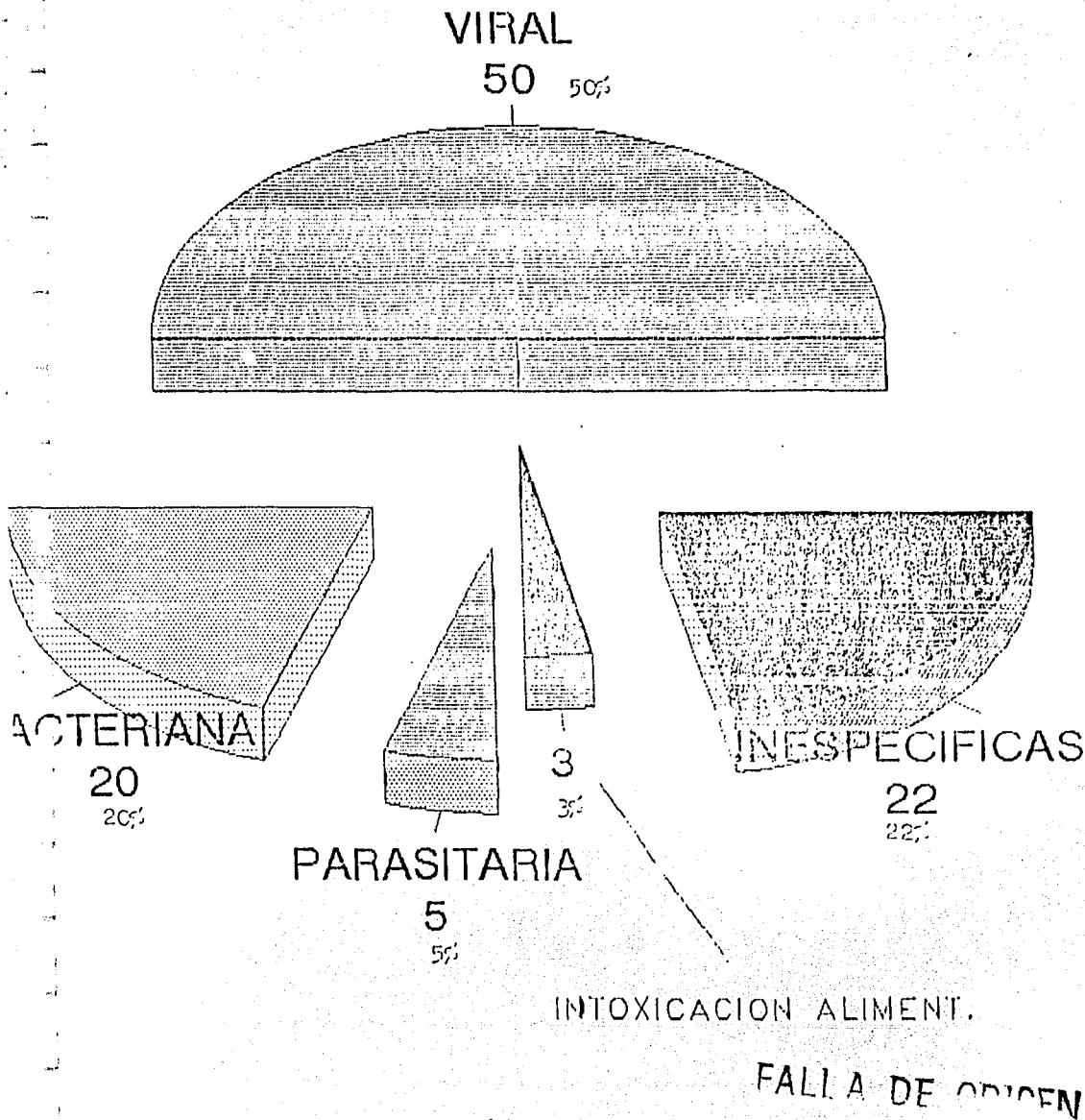


QUIEN CUIDA EL NIÑO

GRAFICA XVI

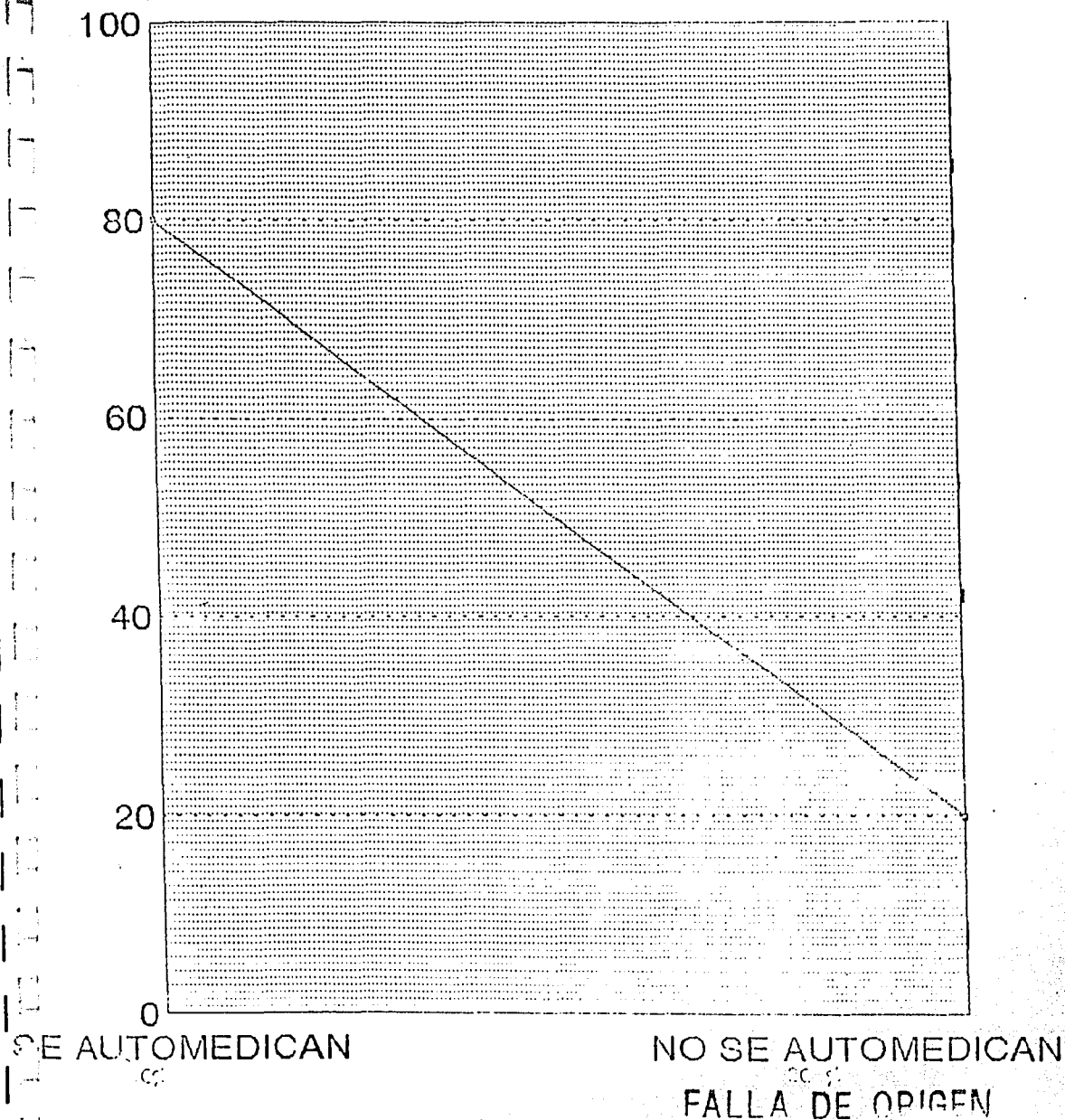


GRAFICA XVII



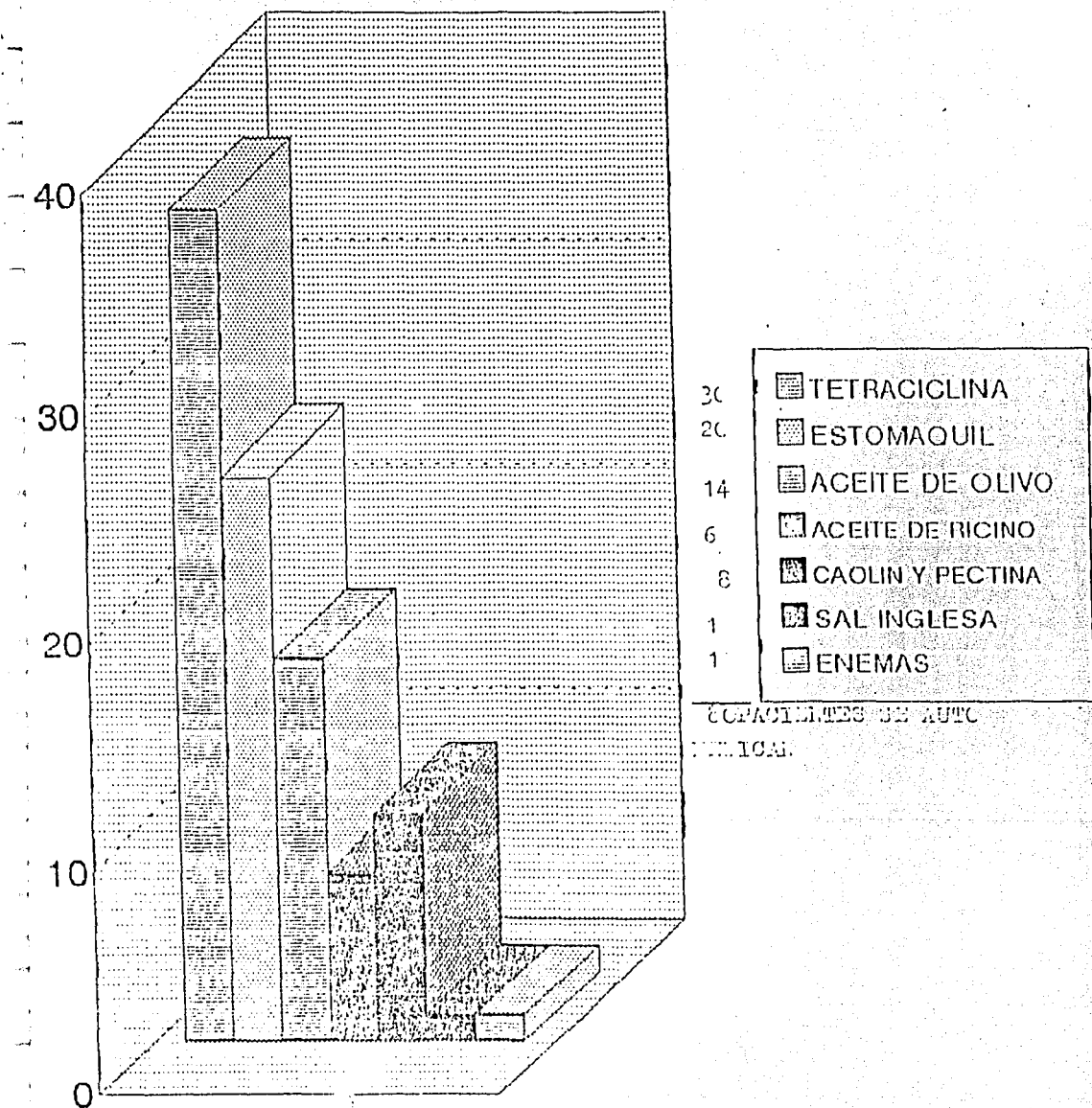
AUTOMEDICACION EN LA DIARREA

GRAFICA XVIII



TIPO DE AUTOMEDICACION

GRAFICA XIX



COPASIMTES DE AUTO
MEDICACION.

CONSIDERACIONES ETICAS.-

El presente trabajo no entraña ningun riesgo para el sujeto de estudio ni de su familia o terceras partes, por no realizarse ningun estudio que dañe el organismo del sujeto en estudio, o de su caracter - sociocultural o religioso, por lo tanto no viola la ley general de Salud en materia de Investigación

DISCUSION:

Dentro del analisis de mi investigaci3n es importante mencionar las caracteristicas epidemiol3gicas significativas en cuanto a la enfermedad diarreica. En la prevalencia -- por grupos de edad encontr3 que la mayor frecuencia es en los ni3os de R.H. hasta los dos a3os de edad, siguiendo en frecuencia de 2 a 4 a3os y de 4 a 5 a3os. Esto puedo observar que el grupo con mas riesgo es el de R.H. hasta los 2 a3os si relacionamos que factor de riesgos importante es -- el de la desnutrici3n, la cual en nuestro estudio fu3 de -- 68 % desnutrici3n de primer grado. Sabemos que los ni3os -- que no han sido vacunados contra el sarampi3n siendo 3sta una enfermedad anergizante o sea que predispone a adquirir nuevas enfermedades en nuestro caso la enfermedad diarreica o de agravar las que ya se padecen, ya que un ni3o que ha -- padecido sarampi3n sufre m3s episodios de diarrea que el -- que no la ha padecido, sin embargo en nuestro estudio observ3 que todos los ni3os mayores de un a3o ya habian sido vacunados contra el sarampi3n y ninguno menor de un a3o habia presentado la enfermedad. Con respecto a la zona de procedencia, siendo el Centro de Zacatepec un lugar que cuenta -- con todos los servicios fu3 menos frecuente los casos de -- diarrea y en la zona de la periferia que es principalmente es rural fu3 m3s frecuente la enfermedad diarreica. En su distribuci3n por sexo no fu3 significativa. En base a la poblaci3n adscrita al ISESTE que es fundamentalmente la C.E.E. puede observar que aunque las dependencias C.A.R.H., H.I.P.A. y H. AYUNTAMIENTO tienen menos poblaci3n adscrita pero tienen un alto indidencia de enfermedad diarreica, siendo estas dependencias donde los ingresos econ3micos son los m3s bajos de menos Rs. 1000 .

Respecto al seno materno solo el 30 % da lactancia materna. Esto se debe a que al inicio siendo la población adscrita trabajadoras S.E.P. o de otra dependencia solo inician unos 20 días y después le suspenden la lactancia materna otras veces por ignorancia o por comodidad de la madre.

La alimentación complementaria se observa que solo el 40 % la inicia y en otro porcentaje la inicia hasta los 8 meses o año de edad. El 60 % tiene escolaridad primaria algunas no terminada principalmente en la SARNI y en D.H.H. Ayuntamiento así como INIFAP. Aun cuando un 40 % conoce algunos signos y síntomas la mayoría no sabe discernir si éstos forman parte ya de una deshidratación del paciente. Acerca del uso del suero de hidratación oral el 90 % ha escuchado por algún medio de comunicación que sirve para la deshidratación pero la mayoría no sabe como usarlo solo sabe su preparación, sobre su efectividad solo el 8 % refirió que fué 100 % efectivo, pero ésta gente lo relaciona en razón de la enfermedad diarreaica y no de la hidratación.

El agua para beber la obtienen 70 % de garrafón y 30 % entubada ninguno la hierve aun cuando en algún estudio se demostró sin decir la marca que había más cantidad de bacterias de lo permitido principalmente verano. Solo el 20 % tiene drenaje público solo en el centro aun cuando siempre se esta tapando debido al pequeño rozor del tubo pero la mayoría tiene fosa séptica. Su basura el 32 % pasa camion recolector y un 30 % la quema, un 28 % la tira al rio apatlaco contaminando éste, servicio público es deficiente ya que en el area rural es frecuente encontrar perros, vacas muertos en estado de descomposición. Otro factor significativo es que el cuidado de los hijos pequeños asientan en la mayoría en abuelos o no familiares ya que los trabajadores de la S.E.P. en un porcentaje importante trabaja la madre y en la SARNI o INIFAP o del H. Ayuntamiento con tan bajos los recursos.

económicos de la familia que tiene que trabajar la madre lavando planchando ajeno y vulga la redundancia cuidando hijos que no son suyos.

Se sospecha por el interrogatorio que la causa más frecuente de las diarreas sea de etiología viral y en menor porcentaje parasitaria y bacteriana. En cuanto al rubro de la automedicación es elevada el porcentaje de pacientes que automedican a sus hijos sin conocer los efectos adversos que con estos provocan la prevalencia es de 80 pacientes y del tipo de medicación más usada antes de acudir con el médico es el medicamento tetraciclina le sigue el estomaquil con refrescos y aceite de olivo lo único que provocan es desencadenar más la diarrea al barrer la flora bacteriana del colon así que cuando llega el paciente ya ha sido multitratado por la mama la abuelita la vecina etc. Es de suma importancia porque no solo ocurre en madres ignorantes sino también en profesionistas.

CONCLUSIONES

La enfermedad diarreica en menores de 5 años se convierte en un padecimiento muy peligroso y de suficiente argumento para llamar la atención y tenerlo muy en cuenta si queremos disminuir la morbilidad de dicho padecimiento. Se ha concluido en éste estudio al igual que en otros lugares de la republica el grupo etario más afectado es en los menores de 2 años, hay un importante número de desnutridos la madre no da lactancia materna, ya sea por que tiene que trabajar o por ignorancia, en el medio rural -- que es lo que predomina en éste estudio las condiciones ambientales son deficientes, el nivel educativo en las madres es bajo los hábitos y costumbres con la automedicación son comunes, el diferente desarrollo socioeconómico del país, la disponibilidad de agua potable, la falta de drenaje, falta de recolector de basura, la contaminación de basura, la contaminación del río amatlaco con desechos humanos amén de los desechos industriales del Ingenio Emiliano Zapata (refineria de Azucar), Esto hace -- que las diferencias regionales de la enfermedad diarreica y su correspondiente morbilidad sean muy disímiles en la entidades federativas. En este estudio se pudo observar que las madres no tienen tiempo de cuidar a sus hijos y los dejan al cuidado de la abuela, vecinas o de los hermanos esto contribuye a que el niño se enferme más frecuente, acerca de la hidratación oral un porcentaje elevado no sabe usar bien el suero de H.C. o no le da la debida importancia además de que no sabe valorar cuando el niño empieza a deshidratarse ademas de que al tener diarrea lo ponen en ayuno porque refieren que al tomar más liquido va a estar obrando más seguido.

Todo éste fenomeno se debe a que muchas veces no hay el

tiempo suficiente para poder implementar actividades preventivas. El ISSSTE cuenta con Unidades de Medicina Familiar - que si bien han mejorado al dejar de ser muchas subrogadas a ser unidades propias, pero en lo que respecta a medidas preventivas poco se ha hecho.

Se ha implementado capacitación de Médicos Generales en la UMF a ser su residencia en Medicina Familiar, ésto es un hecho muy importante y trascendental logrado gracias a la intervención del ISSSTE y de la UKAM que se inició año de 1983.

Las Unidades actualmente en la mayoría cuentan con una enfermera y un médico para atender a una derechohabientes de 3000 pacientes cosa que resulta indeble realizar una atención preventiva la atención básica es curativa.

Se debe implementar capacitación personal, aumento del mismo para llevar a cabo unidades de terapia de hidratación oral, actividades preventivas en la comunidad acerca de la higiene personal y de la alimentación para evitar estados de desnutrición y por lo consiguiente disminuir la morbilidad en nuestro municipio, en nuestro estado y en el país.

FALLA DE ORIGEN

PROPUESTAS

- 1) Mejorar el manejo clínico terapéutico del niño con diarrea, con énfasis en el uso temprano de la terapia de rehidratación oral y en la alimentación apropiada durante la enfermedad y la convalescencia.
- 2) Aplicar las prácticas de salud materno-infantil, con énfasis a la lactancia materna, práctica del destete, nutrición de la madre y la higiene personal y doméstica.
- 3) Mejorar el uso y mantenimiento de las instalaciones de saneamiento y de agua para beber, así como de higiene en los alimentos.
- 4) Identificar y notificar en caso sospechoso de epidemias. Dentro de las medidas que el personal de salud podemos mejorar es a través de conocer nuestra población saber sus necesidades y sus recursos de ellos:

- A) Promover la lactancia materna.
- B) Inmunización Contra el sarampión.
- C) Promoción de higiene personal y doméstica.
- D) Mejorar las prácticas de destete.
- E) Prevenir bajo peso al nacer.
- F) Promover higiene de los alimentos.
- G) Mejorar la lactancia.
- H) Promover programas de alimentación complementaria.
- I) Promover con la ayuda del gobierno estado disponibilidad de agua potable y de saneamiento.

Es necesario que los servicios de salud tengan un papel importante en la mejoría de las prácticas de salud de la comunidad. Los trabajadores de salud debemos tener mayor interés en participar en las actividades de educación y educación en salud. Para lograr una participación efectiva, de los trabajadores de salud, pueden usarse las siguientes estrategias:

- 1) Debemos de tener enseñanza los trabajadores de salud a que usamos buenas técnicas para brindar consejo a las personas sobre las prácticas apropiadas para prevenir la diarrea.
- 2) Debemos preconizar dando un buen ejemplo (practicando lo que aconsejamos).
- 3) Debemos participar en proyectos comunitarios para mejorar las practicas de prevención.
- 4) Debemos aprovechar nuestras actividades regulares para promover las practicas de prevención. Por ejemplo fomentar la lactancia materna al atender a mujeres embarazadas o durante la atención del parto.
- 5) Debemos lograr que los ministerios de salud definan sus políticas sobre las medidas de prevención contra las enfermedades diarreicas y que los programas de control de enfermedades diarreicas desde su organización en 1978 - amplíen sus actividades para que sean incluidas, además de la terapia de hidratación oral TRO.

NINGUNA DE ESTAS

REFERENCIAS

- 1.- Snyder JD, Merson MH: The Magnitude of the global problem of acute diarrhoeal disease; a review of active - surveillance data. Bull WHO 1982;60;605.
- 2.- Anónimo; Morbidity mortality and treatment surveys. - En: World Health Organization programme for control of Diarrheal Diseases. Fifth programme Report 1984-1985. Ginebra: World Health Organization Publication Number WHO-CD/86.16, 1986:28.
- 3.- Anónimo. Infant Mortality in the Americas. PAHC Bull 1981 15:73.
- 4.- World Health Organization: World Health statistics - 1985. Ginebra: World Health Organization, 1985.
- 5.- Kumate J: Panorama epidemiológico de las diarreas en México. En: Mota-Hernández F, Velásquez-Jones I, ed: Hidratación oral en diarreas. México: UNICEF/CFC/Hospital Infantil de México Federico Gómez 1985:4:14.
- 6.- Sepúlveda J: Encuesta sobre morbilidad, mortalidad y tratamiento de diarreas en México. Informe preliminar Dirección General de Epidemiología, SSA, 1985.
- 7.- Epidemiol. S.S.A. 1992, Jun:I (1): 1-73.
- 8.- Manual cólera, INDRH 1991, Jun; 1 (11): 1-48.
- 9.- JAMA, 1992, Oct 7; 268 (13): 1650.
- 10.- JAMA, 1992, Oct 7; 268 (13): 1640-49.
- 11.- NEJ, 1992, Mayo 9; 304 (6836); 1243-4.
- 12.- J. Infect. Dis. 1992. Oct; 166 (4); 837-41.
- 13.- Lancet 1992, Sep. 19; 340 (8821); 609-94.

FALLA DE ORIGEN

- 14.- Felipe Keta Hernández: Programa Nacional de control de enfermedades diarreicas. Logros y perspectivas. Bol. Hospital Infantil de México vol. 50 No. 11 -- Noviembre 1993 Pag. 779-780.
- 15.- Hormaeche E. Surraco ML. Peluso CA. Aleppo PI: causes of infantile summer diarrhea. Am J Dis Child - 1943;66:539.
- 16.- Anónimo: Bray's discovery of pathogenic Esch.coli as a cause of infantile gastroenteritis. Arch Dis - Chil 1973;43:923.
- 17.- Varela C, Aguirre A. Carrillo J: Escherichia coli-gómez nueva especie aislada de un caso mortal de - diarrea. Bol Med Hosp Infant México 1946;3:311.
- 18.- Clarte J. Varela C:A. complete somatic antigen common to salmonella adelaide, escherichia coli-gómez and escherichia coli O111:H4. JLab. Clin Med 1952;40: 252.
- 19.- Levine MM, Edelman R: Enteropathogenic Escherichia coli of classic serotypes associated with infant - diarrhea: Epidemiology and pathogenesis. Epidemiol Rev 1984;6:31.
- 20.- Guerrant IR, Lohr JA, Williams EK: Acute infectious diarrhea. I Epidemiology and pathogenesis. Epidemiol Rev 1984;6:31.
- 21.- Baua D, Burrows W, ed: Cholera. Philadelphia: W. B. Saunders company, 1974.
- 22.- Clarte J: Avances en el conocimiento de la etiopatología de las diarreas. Anales de Medicina Mexicana 2. México. Academia Nacional de Medicina 1971.

- 23.- Tyrell AJ, Kapikian AZ, ed: Virus Infections of the Gastrointestinal Tract. New York; Marcel Dekker Inc. 1962.
- 24.- Casemore DF, Sands RL, Curry A: Cryptosporidium species: a new human pathogen. J Clin Pathol 1985;38: 1321.
- 25.- Clarke J, Pérez GI: Campylobacter jejuni in children with diarrhea in Mexico City. Pediatr Infect Dis 1983; 2:18.
- 26.- Suskind RA, Ed: Malnutrition and the immune response. New York: Raven Press, 1977.
- 27.- Buchanan RE, Gibbons RE, ed: Bergey's manual of determinative bacteriology. 8a ed. Baltimore: the Williams and Wilkins, 1974.
- 28.- Lennet EH, Balows A, Hausler Jr WJ, Shadomy HJ, ed: Manual of clinical microbiology. 4a ed. Washington, DC: American Society for Microbiology, 1979.
- 29.- Ewing WH, ed: Edwards and Ewing's identification of enterobacteriaceae. 4a ed. New York: Elsevier Science Publishing Co, 1986.
- 30.- Levine MM: Escherichia coli that cause diarrhea: enterotoxigenic, enteroinvasive, enterohemorrhagic, and enteroadherent. J Infect Dis; 159:377.
- 31.- Riley LW, Remis RS, Helgerson EB: Coliform Hemorrhagic Colitis associated with a rare Escherichia coli serotype. JAMA 1983;208:681.
- 32.- Stephen, Pietrowski RA ed: Bacterial toxins. 2a ed. - Washington, DC: American Society for Microbiology, - 1986.

- 33.- Olarte J: infecciones por shigela en la ciudad de --
México. BCL MED HOSP Infant México. 1960;18:17.
- 34.- Olarte J, Galindo B. Formas SF: serotypes of Shig-
ella flexneri found in children in México City. -
Bol Of Sanit Famua 1959;47:507.
- 35.- Olarte J: Etiopatogenia de las diarreas. Bol Med --
Hosp Inf México 1965;42:66.
- 36.- Olarte J; Avances en el conocimiento de la etiopa-
togenia de las diarreas. Analectas de Medicina Me-
xicana 2. México: academia Nacional de Medicina, 1981.
- 37.- Morris JG, Black RE: Cholera and other vibriosis in -
the United States. N Engl J Med 1965;312:343.
- 38.- Blaser MJ, Berkowitz ID, La Force M, Crevens J, Re-
ller IB, Wang WL: campylobacter enteritis: clinical -
and epidemiological features. Ann Intern Med 1979; -
91:179.
- 39.- Olarte J, Pérez GI: campylobacter jejuni in children
with diarrhea in México City. Pediatr Infect Dis ----
1983;2:18.
- 40.- Olarte J, Ferguson WW, Henderson ND, Torregrosa I;
Klebsiella strains isolated from diarrheal infant.
Am J Dis Child 1961;101:763.
- 41.- Klipstein FA, Engert RF, Houghton RI: Immunological
properties of purified Klebsiella Pneumoniae heat-
stable enterotoxin. Infect Immun 1963;42:836.
- 42.- Muller HE: Occurrence and pathogenic role of Morganella
Proteus-Evidencia group of bacteria in human -
feces. J Clin Microbiol 1966;23:404.

- 43.- Kapikian AZ, Waiitt RC, Greenberg HB y col: Approaches to immunization of infant and young children against gastroenteritis due to rotaviruses. Rev Infect Dis - 1980;2:459.
- 44.- Espejo RT, Calderon E, Gonzales R y Col: Presence of Whodistinct types of rotavirus in infants y young children hospitalized with acute gastroenteritis in México City, 1977. J. Infect Dis 1979; 139:474.