



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

**Factores asociados a las enfermedades diarreicas en menores de 5 años
y apego a la guía del tratamiento del IMSS de enfermedades diarreicas
por el médico familiar en la UMF No 30 (IMSS), San Felipe Guanajuato.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SERGIO CABRERA MORALES

ASESOR
DR. RAÚL HERNANDEZ ORDÓÑEZ

LEÓN, GUANAJUATO

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 ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS EN MENORES DE 5 AÑOS Y APEGO A LA GUÍA DEL TRATAMIENTO DEL IMSS DE ENFERMEDADES DIARREICAS POR EL MÉDICO FAMILIAR EN LA UMF NO 30 (IMSS), SAN FELIPE GUANAJUATO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SERGIO CABRERA MORALES

AUTORIZACIONES:

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDOÑEZ.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

ASESOR DE TESIS
(Coordinador Clínico de educación e Investigación en salud)

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

FACTORES ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS EN MENORES DE 5 AÑOS Y APEGO A LA GUÍA DEL TRATAMIENTO DEL IMSS DE ENFERMEDADES DIARREICAS POR EL MÉDICO FAMILIAR EN LA UMF NO 30 (IMSS), SAN FELIPE GUANAJUATO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SERGIO CABRERA MORALES

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ 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.

INDICE

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| RESUMEN | 1 |
| ANTECEDENTES | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| JUSTIFICACION | 8 |
| OBJETIVOS | 9 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 10 |
| CONSIDERACIONES ETICAS | 15 |
| RECURSOS | 16 |
| RESULTADOS | 17 |
| DISCUSIÓN | 20 |
| CONCLUSIONES | 21 |
| BIBLIOGRAFÍA | 22 |
| ANEXOS | 24 |

Factores asociados a las enfermedades diarreicas en menores de 5 años y apego a la guía del tratamiento del IMSS de enfermedades diarreicas por el médico familiar en la UMF No 30 (IMSS), San Felipe Guanajuato.

RESUMEN

Objetivo: Con el presente estudio, se pretende conocer cuáles son los factores asociados a las enfermedades diarreicas en menores de 5 años y cuál es el apego a la guía clínica de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas del IMSS por parte del médico familiar en la UMF No 30 (IMSS), San Felipe Guanajuato.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Paciente menor de 5 años de edad, al que se le diagnostique con enfermedad diarreica aguda en la UMF No. 30, se invitará al familiar responsable a participar en el estudio, explicándole el objetivo del mismo. A aquellos que acepten, se les realizará una entrevista aplicando el instrumento de medición. Una vez realizado lo anterior se capturarán los datos en la hoja de concentración, creada en la hoja de cálculo de Excel y posteriormente se realizará el análisis estadístico, utilizando estadística descriptiva y tabla de frecuencias, se analizarán y discutirán los resultados, finalmente elaborar un reporte final del estudio

Resultados: Se estudiaron a 160 menores de cinco años de edad, 43.8% niños y 56.2% niñas; con una edad promedio de 19.7 ± 15.8 meses de edad. Todos ellos provenientes de familias nucleares; 76.88% vivían en condiciones de hacinamiento. El ingreso mensual promedio era de 894 ± 571 pesos. Al momento del estudio, 23.75% se encontraban lactando, en 2.5% se inició la ablactación a los 4 meses, 33.1 a los 5 meses, 38.75% a los 6 meses y 1.9% después de los seis meses de edad. 88.1% de los menores de cinco años tenía un estado nutricional normal, 10% presentaba desnutrición leve y 1.9% desnutrición moderada. En 96.9% de los casos estudiados se documentó apego a la guía de práctica clínica para el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

Conclusión: El nivel socioeconómico de las familias de los menores con enfermedad diarreica aguda encontrado, fue medio bajo; el estado nutricional predominante fue normal, en 10% había desnutrición leve y en 1.9% desnutrición moderada. En general, casi el 100% de los médicos se apegan a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda, del IMSS.

ANTECEDENTES:

La diarrea y la desnutrición son problemas prioritarios de salud pública, que afectan principalmente a los niños menores de cinco años de los países en desarrollo.¹ Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen uno de los problemas de salud más serios que enfrentan los países subdesarrollados y algunos desarrollados en el mundo de hoy, siendo una de las principales causas de morbilidad infantil en los niños menores de 5 años de los países del tercer mundo, se estima en este grupo de edad entre 750 y 1 000 millones de episodios diarreicos y cerca de 5 millones de defunciones anuales por esta causa; o sea, unas 10 defunciones cada minuto, por lo que difícilmente otro problema de salud plantea una situación tan dramática. Ella al igual que la mayor parte de las enfermedades transmisibles, está ligada al desarrollo socioeconómico de los países; por otro lado, es bien sabida su **asociación a la desnutrición infantil con sus** efectos deletéreos a mediano y largo plazos. En nuestro país a pesar de ya no ser una causa importante de mortalidad infantil sigue siendo una de las primeras en cuanto a morbilidad en los últimos 25 años. Entre los factores de riesgo (FR) que se señalan como contribuyentes a su aparición encontramos: el recién nacido de bajo peso, la edad menor de 3 meses, la madre adolescente, la baja escolaridad materna, el destete precoz, la higiene personal y doméstica deficientes, etc. Como puede observarse son modificables todos ellos, y teniendo en cuenta todo lo dicho anteriormente fue que nos motivamos para realizar la investigación siguiente.^{2,3}

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-1999, para la Atención a la salud del niño⁴, define la enfermedad diarreica como la enfermedad intestinal, generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas y frecuentes, en número de tres o más en 24 horas.

Las enfermedades diarreicas agudas ocupan el tercer lugar como diagnóstico de enfermedad en la consulta total. Aproximadamente 4.3% de la consulta se deben a este motivo, anualmente se estima que se atienden 1900 con este diagnóstico. En el año 2002, en México ocurrieron 4687 muertes por diarrea 87.7%, y 4110 no quedó asentado un diagnóstico etiológico, reportándose como gastroenteritis de presunto origen infeccioso.⁵

La diarrea afecta principalmente a los menores de 5 años y sobre todo los niños que presentan algún padecimiento crónico como; diabetes, desnutrición, enfermedades del corazón, malformaciones congénitas etc. Éstos son los que en mayor número se complican y mueren en las primeras 12 horas de inicio del padecimiento, por lo que es necesario el seguimiento en la evolución del paciente, búsqueda intencionada de signos de deshidratación y que estos sean atendidos en forma adecuada y oportuna.⁶

Por otro lado, las enfermedades diarreicas están relacionadas con las condiciones de vida de las personas, su nivel educativo y cultural, y el estatus económico.⁷ La EDA es más frecuente cuando predominan condiciones de vida desfavorables, los factores que se han asociado a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir son: el hacinamiento, altos niveles de contaminación ambiental, la falta de agua potable, , el analfabetismo, higiene personal deficiente, desnutrición, ausencia o practicas inapropiadas de lactancia materna, peso bajo al nacimiento, esquema de vacunación incompleto, falta de capacitación de la madre para la higiene familiar, contaminación fecal del agua y alimentos, deficiencia de vitamina A. Las EDAs también pueden resultar del: uso inadecuado de antibióticos, mala técnica alimentaria, intolerancia a disacáridos, alergia a las proteínas de la leche y otros padecimientos.^{3,8}

Es importante recordar que los mecanismos de acción de los agentes infecciosos asociados con la EDA son diversos y por ende las manifestaciones clínicas. De acuerdo a los signos y síntomas presentes, se clasifica al niño como hidratado, deshidratado o con choque hipovolémico de acuerdo al siguiente cuadro.⁹

| Signos y síntomas | Estado de Hidratación | | |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Hidratado | Deshidratado | Choque |
| Estado general | Alerta | Inquieto o irritable | Inconsciente, hipotónico |
| Ojos | Normal | Hundidos sin lágrimas | Hundidos |
| Boca y lengua | Húmedas | Secas, saliva espesa | No puede beber |
| Respiración | Normal | Rápida | |
| Sed | Normal | Aumentada, bebe con avidez | |
| Elasticidad de la piel | Normal | Mayor o igual a 2 segundos | |
| Pulso | Normal | Rápido | Débil o ausente |
| Llenado capilar | Menor o igual a 2 segundos | 3-5 segundos | Mayor de 5 segundos |
| Fontanela (lactantes) | Normal | Hundida | |
| Tratamiento | Plan A | Plan B | Plan C |

Tomado de Mota-Hernández F., Deshidratación por diarrea, Bol Med Hosp Infant Mex. 1998; 55(9): 530-38.

Desde 1967 la OMS ha señalado que el 90% de las diarreas se autolimitan entre 24 y 48 horas, por lo que la terapéutica va dirigida a la reposición de líquidos y sales perdidos.^{3,9}

Existe acuerdo unánime sobre la no utilización de antimicrobianos como primera opción en el manejo de las diarreas ya que, como se mencionó previamente, son de carácter autolimitado si la deshidratación y la desnutrición son manejadas correctamente.¹¹ Antes de decidir el uso de un antimicrobiano en un paciente con diarrea, es importante plantear las siguientes interrogantes: ¿acortan los antibióticos el curso de la enfermedad?, ¿evitan los antibióticos la diseminación de la infección? Y debe recordarse lo siguiente: no todas las diarreas son infecciosas, no todas las diarreas infecciosas son bacterianas, no todas las diarreas bacterianas deben tratarse con antibióticos.¹⁰

La NOM y la Guía Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica del IMSS, establecen que la piedra angular en el tratamiento de las EDAS es la reposición de líquidos para la prevención de la deshidratación, así como la administración de algún antipirético para el control de la fiebre. Y que se debe administrar tratamiento con antibiótico a las diarreas con características clínicas que nos orienten a pensar en etiología atribuible a: Shigella, amebiasis intestinal, giardiasis intestinal y cólera; así como también a todos los niños menores de tres meses, desnutridos o con inmunosupresión.^{4,11,12}

La reposición de líquidos, de acuerdo a la NOM y a la guía debe realizarse con el empleo de Suero Vida Oral, y existen tres esquemas de manejo de acuerdo al diagnóstico establecido:

► **Plan A:** para pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación con atención en el hogar:

_ Continuar con la alimentación habitual.

_ Aumentar la ingesta de líquidos de uso regular en el hogar así como vida suero oral: de este último, en los niños menores de un año de edad ofrecer media taza (75 ml) y en los mayores de un año, una taza (150 ml) y administrarlo a cucharadas o a sorbos pequeños, después de cada evacuación.

Capacitar a la madre para reconocer los signos de deshidratación y otros de alarma por enfermedades diarreicas.

► **Plan B:** para pacientes con diarrea y deshidratación con atención en la unidad de salud.

_ Administrar vida suero oral 100 ml por kilogramo de peso, en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas.

_ Si el paciente presenta vómito, esperar 10 minutos e intentar otra vez la hidratación oral, más lentamente.

_ Al mejorar el estado de hidratación pasar al plan "A". En caso contrario repetir el plan "B" por otras cuatro horas, de no existir mejoría pasar al plan "C".

_ Si los vómitos persisten, existe rechazo al vida suero oral, o gasto fecal elevado (más de 10 g/kg/hora o más de tres evacuaciones por hora) se hidratará con sonda naso gástrica, a razón de 20 a 30 ml de vida suero oral por kilogramo de peso, por hora.

► **Plan “C”**: para pacientes con choque hipovolémico por deshidratación:

_Iniciar inmediatamente la administración de líquidos por vía intravenosa, con solución hartman, si no se encuentra disponible, use solución salina isotónica al 0.9%, de acuerdo con el siguiente esquema:

- Evaluar al paciente continuamente. Si no mejora, aumentar la velocidad de infusión.
- Cuando puede beber (usualmente en dos a tres horas), administrar VSO, a dosis de 25 ml/kg/hora; mientras sigue líquidos IV.
- Al completar la dosis IV, evaluar al paciente para seleccionar Plan A o B, y retirar venoclisis, o repetir Plan C.

Pérez Muñoz y col, en su estudio “Criterios del médico familiar para la prescripción de antibióticos en niños con diarrea aguda”, encontraron evidencias de que algunos de los médicos familiares que laboran en la UMF No. 94 no registran y/o no realizan una fundamentación adecuada que justifique la prescripción antibiótica,¹³ lo que en conjunto influye en el curso de la enfermedad diarreica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) continúan siendo un problema de salud pública. En el año 2002, en México ocurrieron 4687 muertes por diarrea 87.7%, y en 4110 casos, no quedo asentado un diagnostico etiológico, reportándose como gastroenteritis de presunto origen infeccioso. En la actualidad, ocupan el tercer lugar como diagnóstico de enfermedad en la consulta total. Aproximadamente 4.3% de la consulta se deben a este motivo, anualmente se estima que se atienden 1900 con este diagnostico.

A pesar de la educación médica continua y de las capacitaciones del personal de salud, en el manejo de las EDAs, la presencia de éstas es alta; son varios lo factores que intervienen en la alta incidencia de éstas, tanto del medio ambiente, huesped, como de la atención del personal de salud.

De lo anterior, surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a las enfermedades diarreicas en menores de 5 años y cuál es el apego a la guía clínica de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas del IMSS por parte del médico familiar en la UMF No 30 (IMSS), San Felipe Guanajuato?

JUSTIFICACIÓN:

En nuestro país México, en Noviembre del 2007 se registraron 3000 casos de diarrea por cada 100 000 habitantes; el 70% fallece como consecuencia de deshidratación grave, de estos el 713.3 son lactantes, 59.6 preescolares y 4.5 son escolares por cada 100 mil habitantes; el 57% de los que fallecen son menores de 12 meses. A nivel mundial se considera que en promedio fallecen 5 millones de niños menores de 5 años de edad, (diez cada minuto) por diarrea.

Aunque existen guías de diagnóstico clínico para el manejo de diarreas, es sabido que la mayor parte de los médicos no se apegan a ellas, sin embargo no existen estudios que sustenten esta información.

Con el presente estudio, se pretende conocer cuáles son los factores asociados a las enfermedades diarreicas en menos de 5 años y cuál es el apego a la guía clínica de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas del IMSS por parte del médico familiar en la UMF No 30 (IMSS), San Felipe Guanajuato

OBJETIVOS.

Objetivo General:

Determinar los factores asociados a las enfermedades diarreicas en menos de 5 años y cuál es el apego a la guía clínica de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas del IMSS por parte del médico familiar en la UMF No 30 (IMSS), San Felipe Guanajuato.

Objetivos específicos:

1. Identificar el nivel sociodemográfico del menor de 5 años y de su familia.
2. Determinar el estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de enfermedad diarreica.
3. Evaluar el apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento para el manejo de la EDA por el médico familiar.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, prospectivo.

Población:

La UMF No. 30 cuenta con 258 niños menores de 5 años adscritos a la unidad.

Universo de trabajo:

Menores de 5 años adscritos a la unidad de medicina familiar No 30, (IMSS) de San Felipe, Guanajuato, con diagnóstico de enfermedad diarreica.

Muestra.

No probabilística, por conveniencia.

Cálculo del tamaño de la muestra:

Se cálculo el tamaño de la muestra con la formula para una proporción, considerando una proporción esperada del 0.05, un nivel de confiabilidad del 95% y una precisión de 0.02.

Así se obtuvo:

$$N = \frac{Z\alpha^2 p q}{\delta^2}$$

n= Tamaño de la muestra

$Z\alpha^2$ = Nivel de confiabilidad.

p= Proporción esperada.

q= 1-p

δ = Precisión

$$n = \frac{(1.960)^2 (0.05) (0.95)}{(0.02)^2}$$

N= 456

$$Np = \frac{456}{1 + (456/258)}$$

Np= 160

Tamaño de la muestra: 160

Criterios de inclusión:

- Menores de 5 años ambos sexos con diagnóstico de enfermedad diarreica.

Criterios de no inclusión:

- Menores de 5 años ambos sexos con parálisis cerebral infantil.
- Menores de 5 años que cursen con alguna otra enfermedad (IRC, DM 1, hipertiroidismo).
- Que no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- 1.- Aquellos que no respondan en forma completa la encuesta.

VARIABLES:

- Nivel sociodemográfico del menor de 5 años y de su familia.
- Estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de enfermedad diarreica.
- Apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento para el manejo de la EDA por el médico familiar.

Tipo de variables, escalas y unidades de medición.

| Variable | Tipo variable | de Escala medición | de Indicador |
|---|---------------|--------------------|---|
| Características Socio demográficas de la familia | | | |
| Tipo de vivienda | Cualitativa | nominal | Rural /Urbana |
| Material del techo | Cualitativa | Nominal | Loza, teja, adobe, etc. |
| Material del suelo | Cualitativa | Nominal | Tierra, cemento, vitropiso, duela, etc. |
| Agua para el consumo diario | Cualitativa | Nominal | De pozo, de garrafón, de la llave, agua hervida, etc. |
| Disposición de excretas | Cualitativa | Nominal | Sanitario con drenaje, letrina, fosa séptica, campo abierto |
| Disposición de basura | Cualitativa | nominal | Camión de basura, campo abierto, la quemar. |
| Hacinamiento | Cualitativa | Nominal | Si/no |
| Promiscuidad (presencia de animales domésticos en casa) | Cualitativa | Nominal | Si/ no |
| Datos de la madre | | | |
| Edad | Cuantitativa | De razón | Años cumplidos |
| Escolaridad | Cualitativa | nominal | Analfabeta, Primaria, Secundaria, bachillerato, otros |
| Ocupación | cualitativa | Nominal | Ama de casa, empleada, obrera, profesionista, etc. |
| Estado civil | Cualitativa | Nominal | Casada, viuda, divorciada, unión libre madre soltera |
| Religión | cualitativa | nominal | Católica, protestante, judío, etc. |
| No. de hijos | Cuantitativa | De razón | 1, 2, 3, 4, etc. |
| Más de un hijo menor de 5 años | Cualitativa | Nominal | si/no |
| Ingreso Mensual | Cuantitativa | De razón | pesos |
| Lava y desinfecta frutas y verduras | | | |
| Lava las manos antes y después de preparar alimentos, de comer e ir al baño | Cualitativa | Nominal | Si/no |
| Sabe cómo preparar y dar el VSO | Cualitativa | Nominal | si/no |
| Datos del padre | | | |
| Edad | Cuantitativa | De razón | Años cumplidos |

| | | | |
|---|--------------|----------|---|
| Escolaridad | Cualitativa | nominal | Analfabeta, Primaria, Secundaria, bachillerato, otros |
| Ocupación | cualitativa | Nominal | Ama de casa, empleada, obrera, profesionista, etc. |
| Estado civil | Cualitativa | Nominal | Casada, viuda, divorciada, unión libre madre soltera |
| Religión | cualitativa | nominal | Católica, protestante, judío, etc. |
| No. de hijos | Cuantitativa | De razón | 1, 2, 3, 4, etc. |
| Más de un hijo menor de 5 años | Cualitativa | Nominal | si/no |
| Ingreso Mensual | Cuantitativa | De razón | pesos |
| Lava las manos antes y después de preparar alimentos, de comer e ir al baño | Cualitativa | Nominal | Si/no |
| Sabe cómo preparar y dar el VSO | Cualitativa | Nominal | si/no |
| Datos del paciente | | | |
| Edad | Cuantitativa | De razón | Meses cumplidos |
| Sexo | Cualitativa | Nominal | Masculino/femenino |
| Estado de nutrición | Cualitativa | Nominal | Normal/desnutrición leve/desn. Moderada/desn. severa |
| Lactancia materna actual | Cualitativa | Nominal | si/no |
| Tiempo total de lactancia materna | Cuantitativa | De razón | meses |
| Lactancia materna exclusiva | Cuantitativa | De razón | meses |
| Inicio de Ablactación | Cuantitativa | De razón | meses |
| Esquema de Vacunación completo. | Cualitativa | Nominal | si/no |
| De la enfermedad | | | |
| Estado de hidratación | Cualitativa | Nominal | Normal/ deshidratación leve/deshidrat. moderada/deshidrat. severa |
| Presencia de fiebre | Cualitativa | Nominal | si/no |
| Prescripción de SVO | Cualitativa | Nominal | Si/no |
| Prescripción de antibióticos o antiamibianos | Cualitativa | Nominal | Si/no |
| Apego a la guía | Cualitativa | Nominal | Si/No |

PROCEDIMIENTO.

Se identificó a todo aquel paciente menor de 5 años de edad, al que se le diagnosticó con enfermedad diarreica aguda en la UMF No. 30, se invitó al familiar responsable a participar en el estudio, explicándole el objetivo del mismo. A aquellos familiares o tutores que aceptaron, se les solicitó firmaran la carta de consentimiento informado (anexo 1), una vez realizado lo anterior, se aplicó el instrumento de medición (anexo 1). Posteriormente se capturaron los datos en la hoja de concentración, creada en la hoja de cálculo de Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico, utilizando estadística descriptiva y tabla de frecuencias, se analizaron y discutieron los resultados, finalmente se elaboró el reporte final del estudio.

El instrumento está dividido en cuatro apartados, en los cuales se indagan los datos del paciente, de la madre, del padre y las características de la vivienda.

ANALISIS ESTADÍSTICO.

Se capturarán los datos en Excel y posteriormente se aplicará estadística descriptiva.

CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo al Titulo Segundo Capítulo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en salud y de acuerdo a la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social, éste estudio cumple con los requisitos para ser considerado como una investigación de Riesgo I por lo que no requiere de consentimiento informado.

RECURSOS.

- Materiales.

Hojas de papel bond, lápices, plumas, engrapadora, paquetes estadísticos y computadora personal hp, impresora de inyección de tinta Epson, programa estadístico NCSS, consultorios de medicina familiar, balanza, estadímetro, tablas percentilares, calculadora.

- Humanos.

Investigador responsable y asesor.

- Económicos.

El estudio será financiado con los recursos propios del investigador.

Difusión que se dará a los resultados del estudio.

Se entregará un reporte por escrito a la coordinación clínica de educación e investigación en salud. Además se enviará a Foro de investigación clínica.

RESULTADOS

Se estudiaron a 160 menores de cinco años de edad, 43.8% (70) niños y 56.2% (90) niñas, con una edad promedio de 19.7 ± 15.8 meses de edad. Todos ellos provenientes de familias nucleares; 76.88% (123) vivían en condiciones de hacinamiento. El ingreso mensual promedio era de 894 ± 571 pesos.

La edad promedio de los padres fue de 30.8 ± 6.8 años, y de las madres de 27.5 ± 5.7 años de edad. El 90% de los padres eran obreros, mientras que todas las madres se dedicaban al hogar. La nivel escolar predominante fue secundaria, 54% de los padres y 68.16% de las madres. (Tabla 1)

Tabla 1. Ocupación y escolaridad de los padres.

| Escolaridad | Padres | | Madres | |
|-------------------------|--------|------|--------|------|
| | N | % | N | % |
| Primaria Completa | | | 34 | 21.2 |
| Primaria Incompleta | 34 | 21.2 | | |
| Secundaria completa | 69 | 43.1 | 75 | 46.9 |
| Secundaria Incompleta | 19 | 11.9 | 30 | 18.7 |
| Bachillerato completo | | | 6 | 3.8 |
| Bachillerato Incompleto | 24 | 15 | 15 | 9.4 |
| Carrera técnica | 12 | 7.5 | | |
| Licenciatura | 2 | 1.3 | | |
| Ocupación | N | % | N | % |
| Hogar | | | 160 | 100 |
| Obrero | 144 | 90 | | |
| Técnico | 14 | 8.8 | | |
| Licenciatura | 2 | 1.3 | | |

Fuente: Encuesta

Noventa y nueve punto cuatro por ciento de los papás, refirió desconocer cómo se preparaba y otorgaba el vida suero oral, mientras que 83.1 de la mamás si lo conoce, sabe cómo se prepara y como otorgarlo; por otro lado, 98.7% de los padres desconoce los datos de alarma o complicación de las diarreas, en comparación con 81.9% de las madres que si identifican estos datos.

Las viviendas de todos los pacientes estudiados estaban construidas de materiales perdurables (tabique, piso y techo de cemento) y contaban con agua potable. El saneamiento de los hogares se describe en la tabla 2.

Tabla 2. Saneamiento de los hogares de los pacientes estudiados.

| | n | % |
|--|-----|------|
| Agua de consumo diario Agua de garrafón | 160 | 100 |
| Disposición de excretas | | |
| Sanitario | 116 | 72.5 |
| Letrina | 32 | 20 |
| Fecalismo al aire libre | 12 | 7.5 |
| Disposición de basura | | |
| Servicio recolector de basura. | 140 | 87.5 |
| Se quema. | 17 | 10.6 |
| En baldíos | 3 | 1.9 |

Fuente: Encuesta

El 100% de los menores estudiados fue lactado, 32.3% la recibió por menos de tres meses, 56.2% entre tres y seis meses y a tan solo 11.5% se le brindo por más de 6 meses. Al momento del estudio, 23.75% (38) se encontraban lactando, en 2.5% (4) se inició la ablactación a los 4 meses, 33.1 (53) a los 5 meses, 38.75% (62) a los 6 meses y 1.9% (3) después de los seis meses de edad. 88.1% (141) de los menores de cinco años tenía un estado nutricional normal, 10% (16) presentaba desnutrición leve y 1.9% (3) desnutrición moderada.

El 98.7% (158) de los menores de 5 años, tenía su esquema de vacunación al corriente.

Del manejo médico otorgado a los pacientes, a todos los pacientes les fue otorgado el VSO en plan A, dado que ninguno presentaba deshidratación. En 96.9% de los casos estudiados se documento apego a la guía de práctica clínica para el manejo de la enfermedad diarreica aguda. (Tabla 3).

Tabla 3. Tratamiento otorgado a los menores de 5 años en los que se diagnóstico enfermedad diarreica aguda

| Tratamiento | N | % |
|--------------------|----------|----------|
| Antipirético* | 35 | 21.3* |
| Antibiótico | 34 | 21.2 |
| Metronidazol** | 39 | 24.4 |
| Antiemético | 30 | 18.7 |
| Medidas generales | 156 | 97.5 |

* Solo se indicó en casos en los que se documento la fiebre.

** Casos en los que se diagnóstico probable amibiasis.

DISCUSIÓN.

El apego a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, por parte de los médicos de la UMF 30 de san Felipe, Guanajuato es cercana al 100%. Sin embargo, hay situaciones que llaman la atención, como el hecho de que prácticamente todos los papás desconozcan los datos de alarma o complicación de la enfermedad diarreica, así como la forma en que se prepara y otorga el suero vida oral, situación que refleja la idiosincrasia y cultura que predomina aún en nuestra sociedad, en donde se deja el cuidado de los niño a la madre. Otra situación que vale la pena destacar es como a pesar del bajo ingreso económico de las familias estudiadas, en todos los casos el agua ingerida sea de garrafón.

Por otra parte, Alcaraz y Bernal en su estudio “Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, 2004” encontraron al igual que nuestro estudio que la escolaridad predominante era de secundaria. Del periodo de lactancia encontraron que 29.1% la otorga de 0 a 6 meses, mientras que nuestros resultados fueron que 88.5% la otorga durante el mismo periodo. El inicio de la ablactación es muy semejante a lo reportado por Alcaraz y Bernal, ya que ellos encontraron que el inicio se da entre los 4 y 6 meses de edad, mientras que en nuestro estudio se reporto entre los 5 y 6 meses.

En cuanto al saneamiento de los hogares, ellos encontraron variedad en cuanto al tipo de agua de consumo, variando desde agua de pozo, lluvia y botella; de la disposición de excretas encontraron que 67.7% usa sanitario, 9.8% letrina y 17.4% practica fecalismo al aire libre, contra 72.5, 9.8 y 7.5% respectivamente de lo que encontramos en nuestro estudio. De la disposición de basura el porcentaje que ellos encontraron de malos hábitos fue mayor que el nuestro ya que ellos reportan 14.7% en baldíos, contra 1.9% del que nosotros encontramos.

Cabe señalar que aunque existen diferencias en los resultados de ambos estudios, debido a la diferencia de culturas, a pesar de ser estudio latinos, es posible comparar los resultados, ya que el nivel escolar es semejante.

CONCLUSIONES.

1. El nivel socioeconómico de las familias de los menores con enfermedad diarreica aguda encontrado, fue medio bajo, dado que tenían en promedio un ingreso económico mensual de 894 ± 571 pesos.
2. El estado nutricional predominante fue normal, 10% de los menores presentaba desnutrición leve y 1.9% desnutrición moderada.
3. Se encontró que 96.9% de los médicos de la UMF No. 30 de San Felipe, Guanajuato tiene apego a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda, del IMSS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corral-Terrazas M, Martínez H, Flores-Huerta S, Duque-L MA, Turnbull B, Levario CM. Creencias y conocimientos de un grupo de médicos sobre el manejo de la alimentación del niño con diarrea aguda. *Salud Pública de Mex* 2002; 44 (4): 303-313.
2. Hernández-Cisneros F, Rodríguez-Saceda Z, Ferrer-Herrerías I, Tufrero-Casanovas N. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: Comportamiento de algunos factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(2):129-33.
3. Torales SFM, Vallejo M. Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. CENIDS SSA. Abril 2000; 2 (4). URL disponible en: [http://ens.xochicalco.edu.mx/medicina/archivos/segundonivel/INFORMACION%20BASICA%20PARA%20DOCENTES%202009/\(7\)%20GUIAS%20CLINICAS/EDAS.pdf](http://ens.xochicalco.edu.mx/medicina/archivos/segundonivel/INFORMACION%20BASICA%20PARA%20DOCENTES%202009/(7)%20GUIAS%20CLINICAS/EDAS.pdf)
4. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-1999. Para la Atención a la salud del niño. México 1999.
5. Akitoye O. Human Campylobacteriosis in Developing Countries. *Emerg Infect Dis* 2002; 8(3).
6. Pizarro DT. En el desnutrido deshidratado ¿es letal rehidratarlo con sodio 90 mmol/l L? *Bol Med Hosp Infant Mex* 2002; 59:147-50.
7. Thielman N, Guerrant R. Acute Infectious Diarrhea. *New England J of Med* 2004; 350 (19): 38-47.
8. Macás -Carrillo C, Franco-Marino F, Long-Dunlap K, Hernández Gaytan SI, Martínez López Y, López-Cervantes M. Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. *Salud pública Mex* 2005; 47 (1): 49-57.
9. Mota-Hernández F., Deshidratación por diarrea, *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1998; 55(9): 530-38.
10. Terrés SAM, Casas TLT. Enfermedad diarreica e intolerancia a la lactosa en México. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (4): 329-341
11. Ramírez SMLP, Macías PM, Ramos GJ, Palacios REG. Tratamiento de la diarrea aguda en el paciente pediátrico. *Revista de enfermedades infecciosas en pediatría*. Diciembre 2006; 20 (78): 26-34.

12. Perez-Muñoz MJ, Bautista-Samperio L, Piña-Olvera MG. Criterios del médico familiar para la prescripción de antibióticos en niños con diarrea aguda. Archivos en Medicina Familiar 2005; 7 (1): 18-21

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha San Felipe, Guanajuato a _____ del mes de _____ del 20__

Por medio de la presente autorizo que mi Hijo y familia

participe en el protocolo de investigación titulado:

Factores asociados a las enfermedades diarreicas en menores de 5 años y apego a la guía clínica de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas del IMSS por parte del médico familiar en la UMF No 30 (IMSS), San Felipe Guanajuato

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: 1007

El objetivo del estudio es

Determinar los factores asociados a las enfermedades diarreicas en menos de 5 años y cuál es el apego a la guía clínica de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas del IMSS por parte del médico familiar en la UMF No 30 (IMSS), San Felipe Guanajuato.

Se me ha explicado que la participación de mi familiar o representado consistirá en Contestar un cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Ninguno contra mi salud

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

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

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

Firma de conformidad

Padre o tutor del paciente

Testigo

Investigador responsable

Anexo 2

Cuestionario para identificar características factores asociados a las enfermedades diarreicas en menores de 5 años.

I. Datos del paciente:

No. Afiliación. _____ Edad: _____ Sexo: _____
Peso: _____ Talla: _____ Estado de Nutrición: _____
Lactancia materna actual: _____ Tiempo total de lactancia materna: _____
Tiempo lactancia materna exclusiva: _____ Inicia de ablactación: _____
Esquema de vacunación completo: _____
Estado de hidratación: Normal _____ Deshidratación leve _____
Deshidratación moderada _____ Deshidratación severa: _____
Presencia de fiebre: _____ Prescripción de SVO: _____
Prescripción de antibióticos: _____ Apego a la guía: _____

II. Datos de la madre:

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Estado civil: _____ Religión: _____ No. de hijos: _____
Más de un hijo menor de 5 años: _____ Ingreso mensual: _____
Lava y desinfecta frutas y verduras: _____ Se lava las manos antes y después de preparar alimentos, de comer e ir al baño: _____
Sabe preparar SVO: _____

III. Datos del padre.

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Estado civil: _____ Religión: _____ No. de hijos: _____
Más de un hijo menor de 5 años: _____ Ingreso mensual: _____
Lava y desinfecta frutas y verduras: _____ Se lava las manos antes y después de preparar alimentos, de comer e ir al baño: _____
Sabe preparar SVO: _____

IV. Características de la vivienda.

Tipo de vivienda: Rural () Urbana () Techo de: _____ Suelo de: _____

Tipo de agua para el consumo diario: _____

Disposición de excretas: _____

Disposición de basura: _____

Hacinamiento: _____ Promiscuidad: _____