



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE  
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF NO. 8 DR.  
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**T E S I S**

**REALIZADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

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

**DRA. VERÓNICA EDITH LEÓN HERNÁNDEZ**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD DE MÉXICO 2017.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# **EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

**AUTORES:** Dra. León Hernández Verónica Edith<sup>1</sup>. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto<sup>2</sup>. Dr. Vilchis Chaparro Eduardo<sup>3</sup>. Dra Ballesteros Solís Norma Velia<sup>4</sup>.

1 Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

2 Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

3 Profesor Titular en Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

4 Médico Pediatra Adscrito al servicio de Pediatría TM HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## **OBJETIVO:**

Evaluar el apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo, transversal, no comparativo y descriptivo. Criterios de inclusión: expedientes de pacientes con enfermedad diarreica aguda que acudieron al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, expedientes de pacientes menores de 5 años, expedientes de pacientes derechohabientes del IMSS, expedientes de pacientes sin distinción de sexo. Tamaño de la muestra 139 expedientes. Intervalo de confianza de 95%. El instrumento de medición: Cédula de evaluación de Guía de Práctica Clínica.

## **RESULTADOS:**

Se estudiaron 139 expedientes de pacientes menores de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda, de los expedientes analizados se encontró que el 28.1% presentó buen apego a la GPC, mientras que el 71.9% no cuenta con apego; los médicos de base presentaron un 5% de buen apego, mientras que en los médicos residentes se encontró un 23.1% de buen apego.

## **CONCLUSIONES:**

De acuerdo a los resultados obtenidos, encontramos que existe mal apego a la Guía de Práctica clínica de enfermedad diarreica en menores de 5 años de edad en el servicio de urgencias pediatría en el HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## **PALABRAS CLAVE:**

Diarrea, Apego a GPC, menores de 5 años

**“EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE  
PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD  
DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS  
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA  
DEL HGZ/UMF NO.8 DR. GILBERTO FLORES  
IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

## **AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA  
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL HGZ/UMF No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL HGZ/UMF No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL HGZ/UMF No.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL HGZ/UMF No.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DRA. NORMA VELIA BALLESTEROS SOLÍS**  
**MÉDICO NO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE PEDIATRÍA**  
**DEL HGZ/UMF No.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**ASESOR CLÍNICO DE TESIS**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por bendecirme diariamente, por darme la fuerza y serenidad necesaria para lograr cada propósito de mi vida.

A mis Padres por ser un ejemplo de lucha, constancia y responsabilidad, por amarme y darme su apoyo en cada momento de mi vida, por creer en mí.

A mis Hermanos por siempre estar a mi lado, apoyándome en cada aventura y darme momentos de alegría.

Al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio por su trabajo, esfuerzo, tiempo y disposición para lograr un escalón más de esta gran aventura e impulsarnos a ser mejores cada día.

Al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro por su tiempo, esfuerzo, paciencia, enseñanzas, disponibilidad para escuchar y brindarnos apoyo en todo momento.

A la Dra. Norma Ballesteros, por sus enseñanzas y por su apoyo en todo momento para llevar a cabo este proyecto.

A mis Compañeros, que me han acompañado en este proceso, que han hecho que el camino sea más agradable.

A todos ustedes, muchas gracias.

## ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
MARCO TEÓRICO	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	19
HIPÓTESIS	20
MATERIAL Y MÉTODOS	21
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
POBLACIÓN O UNIVERSO	23
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	23
MUESTRA	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	25
VARIABLES	26
DISEÑO ESTADÍSTICO	29
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	30
MÉTODO DE RECOLECCIÓN	31
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	32
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	33
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	35
CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	64



## MARCO TEÓRICO

Las enfermedades diarreicas son la segunda causa de mortalidad y morbilidad en el mundo, afectan a todos los grupos etarios, pero los más afectados son los niños. La enfermedad diarreica acompaña al hombre desde sus inicios y junto con las enfermedades respiratorias han sido las principales causas de morbilidad y mortalidad. La multicausalidad de la diarrea, hacía que esta enfermedad se viera como de difícil control; la aparición de nuevos agentes causantes de diarrea, sobre todo virales, aumentó esta idea, aunque probablemente se deba a que contamos con mejores métodos de detección, lo que nos lleva a establecer un adecuado tratamiento. Por otro lado, el mejoramiento de las condiciones sanitarias ha hecho que exista una disminución de la incidencia. <sup>(1)</sup>

Entre los factores plenamente identificados que se relacionan de manera directa con la ocurrencia de diarreas está el saneamiento básico deficiente, casi siempre sinónimo de la pobreza y de la ignorancia, la prematurez, madres analfabetas y/o menores de 17 años, el poco o nulo control prenatal, el bajo impacto en la promoción de la lactancia materna exclusiva, ablactación muy temprana (antes de los 4 meses) o tardía (después de los 8 meses). El suministro de agua potable y la eliminación sanitaria de las excretas contribuye a reducir el riesgo de infección intestinal. La demora en la búsqueda de atención de la diarrea aguda es una de las causas que muchas veces contribuyen a empeorar el pronóstico en los menores de edad y puede ser determinante de la muerte. Un factor que limita o frena la búsqueda de atención es la dificultad para reconocer los signos de gravedad del episodio diarreico. Es por eso que existe la necesidad de estandarizar prácticas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y pronósticas de la diarrea aguda en niños y niñas menores de 5 años. <sup>(2)</sup>

### ENFERMEDAD DIARREICA EN MENORES DE 5 AÑOS

Se define como “diarrea” una alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las evacuaciones. Una disminución de la consistencia tornándose líquida o blanda y un incremento de la frecuencia de los movimientos intestinales mayor o igual a tres evacuaciones en un día; la duración del evento agudo puede ir de 7 hasta 14 días, y puede estar ocasionado por diversos organismos bacterianos, víricos y parasitarios. <sup>(3)</sup>

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) definen la diarrea aguda como tres o más evacuaciones intestinales líquidas o semilíquidas en 24 horas o de al menos una con presencia de elementos anormales (moco, sangre o pus), durante un máximo de dos semanas. Se pueden asociar con síntomas generales tales como fiebre, escalofríos, náuseas, vómito o cólicos abdominales. A nivel fisiopatológico, la diarrea es definida como una pérdida excesiva de líquidos y electrolitos en las heces debido, a un transporte intestinal anormal de los solutos. <sup>(4)</sup>

**Epidemiología:**

México ha sido pionero en la implementación de estrategias de alto impacto en la reducción de la mortalidad infantil, destacando la terapia de rehidratación oral, la vacunación universal gratuita contra sarampión y rotavirus, el mejoramiento de las condiciones de vivienda y el suministro de micronutrientes y desparasitación de toda la población infantil durante las Semanas Nacionales de Salud. La mejor evidencia de los resultados obtenidos en ellas es la tendencia al descenso de la mortalidad en la primera infancia. En México, entre 2000 y 2010, la incidencia por EDA en la población total ha descendido a 24.8%; (7 000.4 a 5 264.2 casos/100 000 habitantes). Los datos de las Encuestas Nacionales de Salud 2000 y 2012 muestran que la prevalencia de enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años descendió de 12.6 a 11.0%, respectivamente. <sup>(5)</sup>

Dentro del rango de edad de menores de 5 años, se ha encontrado que la enfermedad diarreica es más frecuente dentro de los 0 a 36 meses de edad, por lo que es importante determinar los factores de riesgo que presenta este grupo etario. <sup>(6)</sup>

Por otro lado es importante verificar el esquema de vacunación, en el cual a partir del 2006 y por recomendación de la OMS se incluye la vacuna contra rotavirus; desde entonces se han observado disminuciones en la morbilidad y mortalidad de los casos de diarrea grave por rotavirus. En México, se ha visto una disminución de los casos de hospitalización por diarrea grave, posterior a la aplicación de la vacuna por rotavirus. <sup>(7)</sup>

**Etiología:**

Los organismos infecciosos, incluyendo bacterias, virus, protozoos y helmintos, causan diarrea. Estos organismos se transmiten de las heces de una persona a la boca de otra, una ruta denominada transmisión fecal-oral. Escherichia coli se considera que es el agente etiológico de muchas enfermedades, incluyendo algunos que afectan el tracto urinario y el intestino. La clasificación de cepas E. coli diarreogénica se basa en sus propiedades de virulencia y comprende seis grupos: E. coli enterotoxigénica, E. coli enteropatógena, E. coli enteroinvasiva, E. coli enterohemorrágica, E. coli enteroagregativa y E. coli de adhesión difusa. Los patógenos entéricos rotavirus y Escherichia coli son las causas más comunes de diarrea a nivel mundial. Además otros enteropatógenos incluyendo Shigella, Salmonella, Vibrio cholerae y Campylobacter pueden causar diarrea. Entre los parásitos causantes de diarrea se encuentra Giardia Lamblia y Entamoeba histolytica. <sup>(8)</sup>

La diarrea viral aguda es un importante problema de salud pública en los niños menores de cinco años. Los virus, incluyendo el rotavirus, norovirus, y astrovirus, se establecen como agentes etiológicos asociados con gastroenteritis aguda. El rotavirus es la principal causa de diarrea grave en todo el mundo, y es responsable de más de 600.000 muertes anuales entre los niños menores de 5 años. <sup>(9)</sup>

**Factores de riesgo:**

Los factores relacionados con la mayor prevalencia de la diarrea son: la falta de educación de la madre, la falta de lactancia materna exclusiva, el mal estado nutricional, un deficiente estado de inmunización, la falta de alfabetización, la mala higiene personal, el hacinamiento, la mala recolección de basura, la falta de potabilización del agua, así como instalaciones sanitarias inadecuadas. Por lo tanto la enfermedad diarreica es más frecuente en niños con lactancia materna durante menos de 6 meses, en niños parcialmente inmunizados y en los niños desnutridos, debido a que los cuadros diarreicos son crónicos. <sup>(10)</sup>

**Manifestaciones clínicas:**

La diarrea de origen viral es la más comúnmente registrada; los niños sintomáticos con un patógeno viral tienen más probabilidades de presentar deshidratación, vómitos y tener diarrea durante un período más largo. Los casos infectados por Shigella, Campylobacter y Salmonella se presentan con sangre visible o moco en las heces, además de fiebre y vómitos; los casos sintomáticos con un patógeno bacteriano tienen más probabilidades de presentarse con dolor abdominal, fiebre y tener sangre en el frotis de heces. <sup>(11)</sup>

La Organización Mundial de la Salud y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia recomiendan el uso de una combinación de signos clínicos para clasificar a los niños, sin deshidratación, con deshidratación leve o deshidratación grave. En un estudio de cohorte se identificaron 10 variables clínicas para evaluar el grado de deshidratación: apariencia general, turgencia de la piel, ojos hundidos, lágrimas, pulso radial, respiración profunda, temperatura de las extremidades, frecuencia cardíaca, membranas mucosas y llenado capilar. <sup>(12)</sup>

La gravedad de la enfermedad diarreica se relaciona con síntomas clínicos, tales como vómito, la frecuencia de diarrea, fiebre, deshidratación que requiere administración de líquidos de rehidratación intravenosa, la necesidad de hospitalización, y el número de días que el paciente ha estado sufriendo de diarrea. <sup>(13)</sup>

**Diagnóstico:**

El diagnóstico de la gastroenteritis por rotavirus se basa en la identificación de partículas virales en la materia fecal. Estas partículas, liberadas en un gran número durante la infección, pueden ser observadas con técnicas de microscopía electrónica o puede ser detectado por métodos inmunológicos. Un estudio realizado en los EE.UU, en el Centro Médico del Hospital Infantil de Cincinnati en 2003, revelaron que la Salmonella representa el germen más frecuentemente aislado en las heces de los niños (aproximadamente 50 % de los casos), seguido de Shigella (aproximadamente 40 % de los casos), y Campylobacter, cuyo aislamiento es extremadamente laborioso y muy caro, una razón por la que en la mayoría de los laboratorios de nuestro país, su determinación es mínima. Desde un punto de vista paraclínicos, el cultivo de heces representa el principal medio de establecer la etiología en caso de enterobacterias (Salmonella, Shigella, E. coli); el análisis es en la mayoría de las veces negativo. Algunos de los argumentos que explican esta situación, son el inicio del tratamiento antibiótico antes de conseguir el coprocultivo, un periodo de tiempo prolongado para conseguir el crecimiento e identificación del germen, así como más días para obtener el antibiograma. <sup>(14)</sup>

La mayoría de los niños con deshidratación leve no precisa de estudios de laboratorio, por lo que su diagnóstico y la monitorización del tratamiento pueden realizarse con valoración clínica. Además, dado que las soluciones de rehidratación oral en cantidades adecuadas son suficientes para corregir las alteraciones electrolíticas, parece innecesario medir electrolitos en aquellos niños que van a ser rehidratados con soluciones orales; estos estudios se realizaron en los casos de deshidratación grave. <sup>(15)</sup>

**Tratamiento:**

El problema de la diarrea puede abordarse en prevención primaria y secundaria. La prevención primaria comprende la mejora del saneamiento y la calidad del agua, el lavado de manos, la desinfección de frutas y verduras, así como la cocción de los alimentos. En cuanto a prevención secundaria encontramos el reconocimiento temprano de la deshidratación por diarrea y de acuerdo al grado de deshidratación utilizar el plan de rehidratación oral adecuado, usando sales de rehidratación oral o líquidos caseros apropiados disponibles, tales como el agua de arroz, caldo de pollo o verduras. La rehidratación oral aún no ha alcanzado todo su potencial de prevenir las muertes por diarrea debido a factores, como la presencia de pobreza, la falta de educación, así como la falta por parte de los cuidadores para iniciar una adecuada rehidratación oral. <sup>(16)</sup>

La OMS recomienda un plan a seguir con base a los datos clínicos que presente el niño, para la rehidratación oral. La primera fórmula utilizada constaba de sodio 90meq/l, potasio 20meq/l, bicarbonato 30meq/l, cloro 80 meq/l, glucosa 111meq/l, con una osmolaridad elevada; ayudaba a corregir la deshidratación pero no a disminuir el gasto fecal. La única fórmula utilizada actualmente y que ha probado beneficios, reduciendo el gasto fecal, vómito y una menor necesidad de hidratación intravenosa, es la que contiene sodio 75meq/l, glucosa 75meq/l, potasio 20 meq/l, cloro 65meq/l, citrato 10 mmol/l y una osmolaridad de 245 mosm/l. <sup>(17)</sup>

De acuerdo a la NOM en el tratamiento para la deshidratación, se utilizan los planes de rehidratación oral, los cuales se emplean de acuerdo al grado de deshidratación. El plan A se utiliza en paciente sin deshidratación, continuando con la alimentación habitual, administrando 75ml de SRO en niños menores de un año de edad y 150ml en niños mayores de un año, dando a cucharadas o sorbos pequeños, después de cada evacuación. El plan B para pacientes con deshidratación, administrar 100ml/kg de peso, en dosis fraccionadas cada 30min durante 4 horas, si presenta vómito, esperar 10 minutos y continuar. El plan C para pacientes con choque hipovolémico por deshidratación, administrando 50ml/kg en la primera hora, posteriormente 25ml/kg en la segunda y tercera hora; al completar el esquema, valorar al paciente para seleccionar plan A o B, o repetir plan C. <sup>(18)</sup>

La deshidratación severa es la principal causa de muerte de diarrea aguda debido a la gran pérdida de agua y electrolitos a través de la excreción. Como tal, la muerte es casi totalmente prevenible si la deshidratación es tratada apropiadamente. La solución de rehidratación oral contiene glucosa y electrolitos que trabajan para reponer los líquidos perdidos y mejorar la absorción de agua de nuevo en el cuerpo. <sup>(19)</sup>

Los antibióticos están justificados en la mayoría de los episodios de enfermedad diarreaica aguda, incluso cuando la causa es bacteriana. Casi todos los casos tienen un curso autolimitado y benigno, siempre y cuando el paciente permanezca hidratado. Por otra parte, el uso indiscriminado puede hacer daño al paciente, debido al efecto devastador en la flora intestinal, un importante mecanismo de protección. La OMS recomienda el uso de antimicrobianos en los casos graves de enfermedad diarreaica aguda asociados con *Shigella* (ciprofloxacina, ceftriaxona) y *Vibrio cholerae* (tetraciclina, eritromicina). <sup>(20)</sup>

La deficiencia de zinc está muy extendida entre los niños en países en desarrollo con dietas deficientes de zinc. Los niños con deficiencia relativa de zinc experimentan mayores tasas de infecciones de la piel, diarrea, infecciones respiratorias y retraso en la cicatrización. Del mismo modo, varios estudios aleatorizados de zinc como un tratamiento para la diarrea infantil han demostrado tantos beneficios curativos y preventivos a menores de 5 años de edad. Esto incluye disminución en la duración o gravedad de una diarrea aguda o de un episodio persistente de enfermedad diarreaica y la disminución de la probabilidad de que se repita un episodio de diarrea. <sup>(21)</sup>

Los estudios demuestran que la suplementación de zinc, cuando se combina con solución de rehidratación oral, ofrece beneficios terapéuticos en enfermedad diarreaica. Los suplementos de zinc, junto con la solución de rehidratación oral, reduce la duración y la gravedad de diarrea aguda y persistente; un estudio ha mostrado una reducción de la incidencia de la diarrea en los 2-3 meses siguientes tras un episodio de diarrea. Basado en evidencia disponible, la OMS y el UNICEF recomiendan zinc (diario 20 mg suplementos de zinc durante 10-14 días para los niños con diarrea aguda y 10 mg por día para los lactantes menores de seis meses de edad) con sales de rehidratación oral en el tratamiento para la diarrea. <sup>(22)</sup>

## **APEGO A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Durante siglos la práctica médica se ha sustentado fundamentalmente en la experiencia y en el juicio personal. En México con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, aunado al consecuente deterioro de la salud de la población y al elevado gasto en la atención, se requieren nuevos modelos y estrategias para la atención de la salud, por lo que se han desarrollado diversos métodos que pretenden, además de la actualización de los conocimientos, la unificación de los criterios médicos, ya que la mayor parte de las veces éstos están influidos por actitudes, valores personales, modas y prejuicios del personal de salud. La práctica clínica requiere un trabajo interdisciplinario, coordinado por las diferentes instancias que conforman el Sistema Nacional de Salud. Una de las estrategias es la generación de guías de práctica clínica orientadas a unificar, mediante los mejores estándares de calidad asistencial, derivados de estudios sistemáticos, criterios de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de los enfermos. <sup>(23)</sup>

Las guías de práctica clínica son herramientas que han demostrado hacer más racionales las decisiones en salud, y disminuir la brecha entre la acción clínica y la información médica válida. Su implementación disminuye el sesgo en las decisiones del profesional de la salud, y contribuye en la mejora de la calidad de la atención clínica; fortalece la posición del paciente y del profesional de la salud en el proceso de atención y la comunicación efectiva entre los diferentes tomadores de decisiones. El concepto de guías de práctica clínica globalmente aceptado es el propuesto por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos: “Un conjunto de recomendaciones, desarrolladas de forma sistémica, para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes, en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada, seleccionando las opiniones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o condición clínica específica”. La utilización de las guías de práctica clínica es un reto para el sistema de salud, por lo que es fundamental la identificación de las barreras y de los facilitadores de uso, vistos desde el proceso de construcción de las recomendaciones, de su calidad, de su relación con los aspectos sociales, legales y éticos involucrados en su implementación en la práctica diaria. <sup>(24)</sup>

Los responsables de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, tienen que tomar múltiples decisiones relacionadas con la práctica clínica así como con la gestión de los servicios de atención médica y de salud pública. Cabe reconocer que si bien la evidencia es general, las decisiones son de carácter individual enfocadas a una persona en particular, en donde convergen la pericia clínica, el contexto, la variabilidad biológica y los vacíos del conocimiento. En el desempeño de la práctica asistencial, el clínico enfrenta una serie de desafíos en relación con: La complejidad y variabilidad de la enfermedad; el gran volumen de información médica disponible; la necesidad de acceso a información científicamente válida: costos cada vez mayores y la participación del paciente en la toma de decisiones médicas. Así mismo se reconoce la necesidad de que las decisiones que se toman con relación a la administración de los servicios de salud, la práctica clínica y la salud pública se basen cada vez más en la evidencia científica, de manera que los conocimientos derivados de la investigación relevante puedan utilizarse para contribuir a incrementar en la atención médica la seguridad, efectividad y eficiencia. Por lo tanto, es necesario disponer de herramientas que nos permitan acceder a la información adecuada en términos de cantidad, calidad y actualidad, para contribuir en la toma de decisiones, ya que bajo la premisa de equidad en la atención, en condiciones similares, el cuidado de la salud no debiera variar de médico a médico o de lugar a lugar. En este contexto, el Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, tiene como finalidad, bajo una estrategia específica de coordinación sectorial sin precedentes en México, establecer marcos de referencia para favorecer la toma de decisiones a distintos niveles del sistema sanitario, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, lo que favorecerá la mejora en la calidad y seguridad de la atención médica que se otorga en los servicios de salud de nuestro país. <sup>(25)</sup>

En México, las GPC son consideradas por la Secretaría de salud como un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica. Las herramientas que el médico posee deben ser no solo un modo de lograr la calidad y seguridad en la atención, sino también una protección para el mismo toda vez que el apego a las GPC, contribuyen a disminuir el riesgo de error en la práctica médica. <sup>(26)</sup>

El programa de GPC debe elaborar guías únicas para todo el sector salud, así como una implantación homogénea en todas las instituciones, para lo que es necesario identificar sus recursos, necesidades, prioridades y barreras con el objetivo de homologar la calidad médica en el sistema de salud. Durante el proceso de implantación de las GPC en las instituciones públicas se evidenciaron avances heterogéneos en estrategias de capacitación y uso entre las distintas instituciones. La evidencia mundial ha demostrado barreras al implantar GPC por parte de los usuarios y a nivel institucional. En los usuarios, las barreras son de actitud, de poco compromiso para seguir las recomendaciones, dificultad para cambiar la inercia al tomar decisiones. Las barreras institucionales con la falta de incentivos, insuficientes tiempo para consultar y aplicar las GPC, carencia de recursos materiales y poco acceso a las GPC. <sup>(27)</sup>

Por lo tanto, se elabora el proyecto de evaluación de las guías de práctica clínica que deriva de un trabajo anterior enfocado a la evaluación y propuestas de mejora para el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Para valorar el apego a los indicadores derivados de las GPC seleccionadas, se construyeron diversos formatos de recolección de datos, según las características de cada indicador y su potencial fuente de datos. El apego a las guías de práctica clínica según el nivel de cumplimiento de los indicadores elaborados es muy variable y generalmente bajo para todas las situaciones y patologías consideradas. La mayoría no cumple con los estándares evaluados, y las estimaciones de cumplimiento están por debajo del 50%. Solo en pocos indicadores se alcanzan cumplimientos por encima del 75%, algunos de ellos tienen un cumplimiento inferior al 10%. <sup>(28)</sup>

Actualmente en el primer nivel de atención se ha enfatizado en la necesidad de desarrollar la aptitud clínica en los profesionales de la salud, esta se define como la capacidad para afrontar y resolver problemas clínicos. La evaluación respecto a la aptitud clínica en médicos familiares apegada a las GPC en primer nivel de atención nos permite tener una visión respecto al proceso del ejercicio clínico, a fin de establecer estrategias en busca de la mejora de la capacitación continua del médico familiar hacia una aptitud clínica activa que dé como resultado un beneficio favorable hacia el paciente. El resultado de la evaluación determina que el nivel de aptitud clínica para el apego a las GPC está en niveles bajos. <sup>(29)</sup>



Por lo que se ha evaluado el grado de apego a las guías de práctica clínica de distintas patologías, como lo realizó Santos-Pérez, et al. Al evaluar el apego a la guía de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar, en donde encontraron un 58.28% de mal apego, indicando que esta situación se presentó por incumplimiento en la realización del diagnóstico y tratamiento adecuados en los pacientes con lumbalgia. <sup>(30)</sup>

En el 2016 Rodríguez-Ramírez, Espinoza-Anrubio, Vilchis-Chaparro et al. En el proyecto de investigación “Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica del adulto mayor” se encontró un 23.3% de apego a la guía, detectando que esta situación se presenta debido a la presencia de notas médicas incompletas y carecen de datos básicos necesarios para establecer un buen seguimiento; considerando importante modificar el formato de la nota médica, o incluso, hacer un formato especial para patologías crónico degenerativas, y así, colocar apartados que fueran obligatorios de llenar recordando los elementos necesarios de evaluar y lograr así, un mejor control. <sup>(31)</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

## JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades diarreicas son una causa importante de mortalidad y morbilidad infantil en países en desarrollo. En nuestro país se han implementado algunas medidas de prevención para esta enfermedad, pero a pesar de ello, se siguen presentando infecciones intestinales, así como mortalidad por esta causa. Algunas de las medidas que se han llevado a cabo, es la vacunación de rotavirus, medidas de higiene y saneamiento básico, concientización de la higiene de los alimentos y de la desparasitación de los pacientes. Con las medidas antes mencionadas se ha podido disminuir la prevalencia de la enfermedad, pero aún sigue siendo un problema importante en nuestro país.

En nuestro país existen las guías de práctica clínica, con lo que se intenta llevar a cabo una mejor calidad en la atención de los pacientes, y que el personal médico cuente con un apoyo para la actuación médica y la toma de decisiones para la implementación del manejo de los pacientes con enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

Con el presente trabajo de investigación se pretende evaluar el grado de apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica en niños menores de 5 años. Este estudio se realizará en el servicio de urgencias pediatría del hospital general de zona No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

## HIPÓTESIS

Se realiza con fines de enseñanza.

### **HIPÓTESIS NULA ( $H_0$ ):**

$H_0$ : No existe mal apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

### **HIPÓTESIS ALTERNA ( $H_1$ ):**

$H_1$ : Existe mal apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

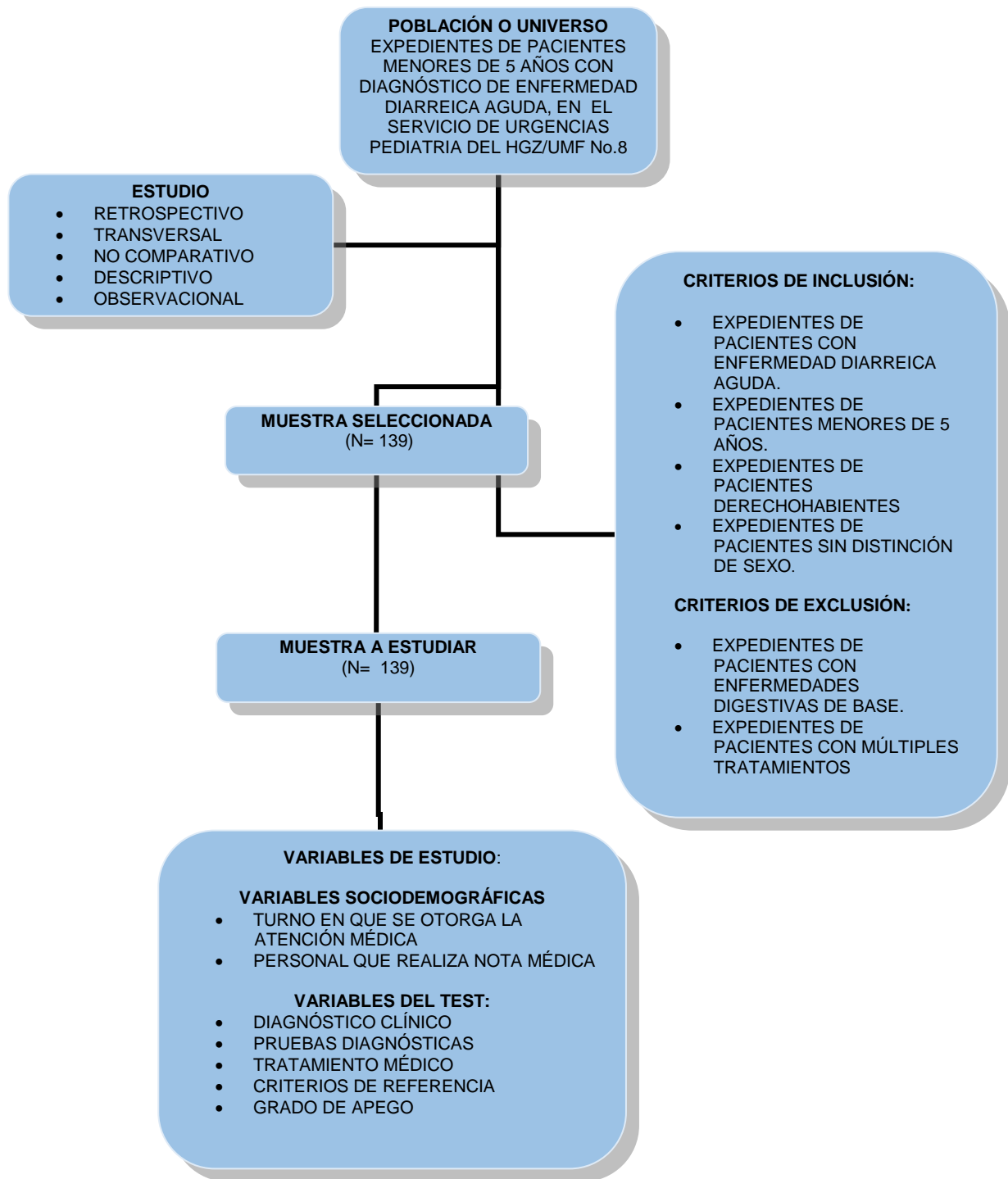
## MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **RETROSPECTIVO**.
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**.
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**.
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**.
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Verónica Edith León Hernández Residente MF

## **POBLACIÓN O UNIVERSO**

El estudio se realizó utilizando los expedientes de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, que acudieron al servicio de urgencias pediátrica en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. "Gilberto Flores Izquierdo", del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, Zona Sur. Esto es una población urbana.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN**

El estudio se llevó a cabo en el HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", ubicado en Av. Río Magdalena No. 289 Col. Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, ubicado al sur de la Ciudad de México, se estudió a la población menor de 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda que acudió al servicio de urgencias pediátrica en el periodo comprendido de Marzo 2015 - Enero 2017.



## MUESTRA

### TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 139 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.10 con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa= desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P= proporción esperada.

(1 - P)= Nivel de confianza del 95%.

W= amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

## **CRITERIOS DEL ESTUDIO**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Expedientes de pacientes con enfermedad diarreica aguda que acudieron al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Expedientes de pacientes menores de 5 años.
- Expedientes de pacientes derechohabientes del IMSS.
- Expedientes de pacientes sin distinción de sexo.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Expedientes de pacientes con enfermedades digestivas de base.
- Expedientes de pacientes con múltiples tratamientos.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Expedientes con notas de valoración incompletas del servicio de urgencias pediatría.

## **VARIABLES**

### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:**

- Turno en que se otorga la atención médica
- Personal que realiza la nota médica

### **VARIABLES DEL TEST:**

- Diagnóstico clínico
- Pruebas diagnósticas
- Tratamiento médico
- Criterios de referencia
- Grado de apego.

## **ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- Expedientes de pacientes con enfermedad diarreica en menores de 5 años

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

- Grado de apego

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

- a) Enfermedad diarreica en menores de 5 años: es la disminución de la consistencia líquida o blanda y un incremento de la frecuencia de los movimientos intestinales mayor o igual a tres evacuaciones en un día.
- b) Apego a la guía de práctica clínica: es la metodología de evaluación que se utiliza para cuantificar el grado de cumplimiento del personal médico a las guías de práctica clínica. Categorías: <80% = No hay apego, >80% = Hay apego.

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

- a) Turno en el que se otorga la atención médica: es el momento en que se lleva a cabo la atención médica.
- b) Personal que realiza la nota médica: es el personal médico que da la atención médica y el que realiza la nota, que de acuerdo al lugar donde se realiza el estudio, pueden ser médicos de base o médicos residentes.

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DE LA GPC.**

- a) Diagnóstico clínico: es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, de acuerdo a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica engloba a las características de las evacuaciones, la presencia de síntomas acompañantes, el grado de deshidratación.
- b) Pruebas diagnósticas: son los estudios tanto de laboratorio como de gabinete, que sirven de apoyo para el diagnóstico; tales como electrolitos séricos, azoados, estudio microbiológico de heces.
- c) Tratamiento médico: son los medios que se utilizan para lograr la curación de una enfermedad, en el caso de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años; utilizando medidas generales, solución de rehidratación oral, reposición de líquidos intravenosos e indicación de antibióticos.
- d) Criterios de referencia: son las pautas necesarias para poder enviar a un paciente a otro nivel de atención médica.
- e) Grado de apego: es la metodología de evaluación que se utiliza para cuantificar el grado de cumplimiento del personal médico a las guías de práctica clínica. Categorías: <80% = No hay apego, >80% = Hay apego.

## DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Turno en que se otorga la atención médica	Cualitativa	Nominal	1= Matutino 2= Vespertino 3= Nocturno
Personal que realiza la nota médica	Cualitativa	Nominal	1= Médico de base 2= Médico residente

Elaboró: Verónica Edith León Hernández Residente MF

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE LA GPC

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Diagnóstico clínico	Cualitativa	Nominal	1= Si se realiza 2= No se realiza
Pruebas diagnósticas	Cualitativa	Nominal	1= Si se solicitaron 2= No se solicitaron
Tratamiento médico	Cualitativa	Nominal	1= Si se indicó 2= No se indicó
Criterios de referencia	Cualitativa	Nominal	1= Si se cumplen 2= No se cumplen
Grado de apego	Cualitativa	Nominal	1= Buen apego (> 80%) 2= Mal apego (<80%)

Elaboró: Verónica Edith León Hernández Residente MF.

## DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 24 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) así como medidas de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes.

El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia de una población finita, la cual es de 11%, la muestra estudiada fue de 139, con un nivel de confianza de 95%.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Cédula de evaluación de guía de práctica clínica.

En el presente trabajo se utilizó la cédula de evaluación del apego a las recomendaciones de las guías de práctica clínica, la cual es una herramienta que se utiliza para verificar que la atención médica se realice conforme a guías de práctica clínica, con el objetivo de reducir la variabilidad en la toma de decisiones clínico-asistenciales y mejorar la práctica clínica en bienestar del paciente. (Ver anexo 1)

Consta de varios puntos a evaluar que se deben de seguir para un buen control de la patología como lo es, realizar diagnóstico clínico de las evacuaciones, de la deshidratación, uso de pruebas diagnósticas, uso de la solución de rehidratación oral, el tratamiento médico, y otras recomendaciones. Posteriormente se determinara el grado de apego a la guía de práctica clínica; el cual se determina como buen apego presentando más del 80%, y mal apego con menos del 80%.

La dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Clínicos, es responsable de supervisar que la atención médica se lleve a cabo de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica de los servicios de admisión continua, hospitalización lactantes, preescolares, escolares, consulta externa, terapia intensiva pediátrica y neonatal. La dirección médica es responsable de analizar y emitir estrategias de mejoras de atención médica de acuerdo a evaluación.

## MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se solicitó autorización al servicio de ARIMAC para poder ingresar a las instalaciones del archivo físico del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, por medio de un documento expedido por el servicio de enseñanza de dicha unidad, y así poder localizar los expedientes de pacientes con enfermedad diarreica aguda.

Una vez otorgada la autorización se realizó la búsqueda de expedientes de pacientes con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda y que se encontraran con una edad menor a 5 años y que fueran derechohabientes.

Posteriormente se aplicó la cédula de evaluación de la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica en menores de 5 años, para determinar el grado de apego.

Finalmente, se realizó una hoja de datos de los expedientes evaluados, y se fueron archivando conforme al número de folio asignado, para posteriormente realizar el registro en una base de datos y análisis de resultados. (Ver anexo 2)



## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

### **Control de sesgos de información:**

- Se realizó una búsqueda intencionada en información de artículos científicos con plataformas electrónicas, de publicaciones entre los años 2010 y 2016, que incluían términos como enfermedad diarreica, deshidratación, apego a GPC, en idioma español e inglés.
- Las fuentes de información empleadas en la investigación fueron limitadas a la edad y padecimiento específico. Tomando en cuenta los criterios de exclusión.

### **Control de sesgos de selección:**

- Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, con una población finita de 139 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%.
- Se evaluaron cuidadosamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de los pacientes para el estudio.

### **Control de sesgos de medición:**

- El instrumento seleccionado para el estudio (Cédula de evaluación de Guía de Práctica Clínica) está validada por la Dirección Médica, lo que le da la fiabilidad necesaria para sustentar el estudio.

### **Control de sesgos de análisis:**

- Para minimizar errores durante el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Se creó una base de datos en Excel, con el fin de registrar y analizar los datos de forma correcta.
- Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 24 de Windows.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
 HGZ/UMF No.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

### TESIS

EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2015 – 2016

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
TITULO	✓											
ANTECEDENTES	✓	✓	✓									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				✓								
JUSTIFICACIÓN				✓								
OBJETIVOS					✓							
HIPÓTESIS					✓							
MATERIAL Y MÉTODOS						✓						
TIPO DE ESTUDIO						✓						
DISEÑO METODOLÓGICO							✓					
POBLACIÓN Y MUESTRA								✓				
CRITERIOS DE SELECCIÓN VARIABLES								✓				
DISEÑO ESTADÍSTICO									✓			
INSTRUMENTO Y MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS										✓		
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										✓		
RECURSOS											✓	
CONSIDERACIONES ÉTICAS											✓	
BIBLIOGRAFÍA											✓	
ACEPTACIÓN												✓

Elaboró: Verónica Edith León Hernández Residente MF

2016 – 2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	✓	✓										
RECOLECCIÓN DE DATOS			✓	✓	✓	✓	✓					
ALMACENAMIENTO DE DATOS							✓	✓				
ANÁLISIS DE DATOS								✓	✓			
DESCRIPCIÓN DE DATOS									✓			
DISCUSIÓN DE DATOS										✓		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										✓		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										✓		
REPORTE FINAL											✓	
AUTORIZACIONES											✓	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												✓
PUBLICACIÓN												✓

Elaboró: Verónica Edith León Hernández Residente MF.

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

### **RECURSOS HUMANOS:**

Para la realización de este proyecto de investigación se contó con los recursos humanos a base de un investigador médico residente de medicina familiar (Dra. Verónica Edith León Hernández) quien realizó la exploración de expedientes con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda del servicio de urgencias pediatría y recolección de datos. Además de un asesor metodológico para la revisión de la tesis (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio) y como asesores de diseño estadístico, interpretación de datos y clínicos (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro y Dra. Norma Velia Ballesteros Solís).

### **RECURSOS MATERIALES:**

Dentro de los recursos materiales se utilizó cedula de evaluación de guías de práctica clínica, fotocopias para la reproducción de la cédula, artículos de papelería (lápices, plumas, carpeta para archivar formatos), una computadora portátil Acer con Windows 7 y google Chrome (navegador), así como Software Office para hojas de texto y de cálculo; Software SPSS 24 para el análisis estadístico.

### **RECURSOS FÍSICOS:**

Se llevó a cabo en las instalaciones del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” con expedientes de pacientes con enfermedad diarreica aguda menores de 5 años del servicio de urgencias pediatría.

### **RECURSOS FINANCIEROS:**

Los gastos en general se financiaron por parte del médico residente en Medicina Familiar Dra. Verónica Edith León Hernández.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación que se presenta con el título: **EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**, no desobedece la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, en junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, en octubre 2008.

Así mismo se llevó a cabo en el cumplimiento de las normas del reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud en México y de igual manera conforme a la NOM-012-SSA3-2012, las cuales se integran a la carta de consentimiento informado. (Ver anexo 4)

### **Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.**

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

## RESULTADOS

Se estudió a 139 expedientes de pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

En cuanto al turno en que se otorga la atención médica se encontró 51 (36.7%) en el turno matutino, 43 (30.9%) en el turno vespertino y 45 (32.4%) en el turno nocturno. (Ver tabla y gráfico 1)

En relación al personal que realiza la nota médica se encontró 36 (25.9%) que fueron realizadas por médico de base y 103 (74.1%) fueron realizadas por médico residente. (Ver tabla y gráfico 2)

De acuerdo a la realización del diagnóstico clínico encontramos 98 (70.5%) que si se realizó y 41 (29.5%) que no se realizó. (Ver tabla y gráfico 3)

Respecto a la solicitud de pruebas diagnósticas se observaron 25 (18%) que si se solicitó y 114 (82%) que no se solicitó. (Ver tabla y gráfico 4)

En lo referente a la indicación de tratamiento médico se encontró 68 (48.9%) que si se indicó y 71 (51.1%) que no se indicó. (Ver tabla y gráfico 5)

En cuanto a si se cumplen los criterios de referencia se detectó 14 (10.1%) en que si se cumplen y 125 (89.9%) que no se cumplen. (Ver tabla y gráfico 6)

De acuerdo al apego se encontró 39 (28.1%) con buen apego y 100 (71.9%) con mal apego. (Ver tabla y gráfico 7)

En relación al turno en que se otorga la atención médica y el diagnóstico clínico se encontró 36 (25.9%) en el turno matutino que si se realiza el diagnóstico clínico y 15 (10.8%) en que no se realiza. En el turno vespertino se observó 31 (22.3%) que si se realiza el diagnóstico clínico y 12 (8.6%) que no se realiza. En el turno nocturno se detectó 31 (22.3%) que si se realiza diagnóstico clínico y 14 (10.1%) que no se realiza. (Ver tabla y gráfico 8)

Respecto a la asociación entre el turno que otorga la atención médica y la realización de pruebas diagnósticas de encontró 1 (0.7%) en el turno matutino que si se solicitan las pruebas diagnósticas y 50 (36%) que no se solicitan. En el turno vespertino 16 (11.5%) que si se solicitan las pruebas diagnósticas y 27 (19.4%) que no se solicitan; así como en el turno nocturno 8 (5.8%) que si se solicitan y 37 (26.6%) que no se solicitan. (Ver tabla y gráfico 9)

En lo referente al turno que otorga la atención médica y la realización de tratamiento médico se observó 25 (18%) en el turno matutino que si se indica el tratamiento médico y 26 (18.7%) que no se indicó. En el turno vespertino 26 (18.7%) que si se indica tratamiento médico y 17 (12.2%) que no se indica. En el turno nocturno 17 (12.2%) que si se indica tratamiento médico y 28 (20.1%) que no se indica. (Ver tabla y gráfico 10)

En el rubro de asociación entre el turno que otorga la atención médica y los criterios de referencia se detectó en el turno matutino 2 (1.4%) que si cumplen con criterios de referencia y 49 (35.3%) que no cumplen. En el turno vespertino 4 (2.9%) que si cumplen y 39 (28.1%) que no cumplen; en el turno nocturno 8 (5.8%) que si cumplen y 37 (26.6%) que no cumplen. (Ver tabla y gráfico 11)

Con respecto al turno que otorga la atención médica y el apego se encontró 10 (7.2%) en el turno matutino con buen apego y 41 (29.5%) con mal apego. En el turno vespertino 19 (13.7%) con buen apego y 24 (17.3%) con mal apego; en el turno nocturno 10 (7.2%) con buen apego y 35 (25.2%) con mal apego. (Ver tabla y gráfico 12)

En relación al personal que realiza la nota médica y el diagnóstico clínico se observó que 32 (23%) médicos de base que si realizan diagnóstico clínico y 4 (2.9%) que no lo realizan. Así como 66 (47.5%) médicos residentes que si realizan diagnóstico clínico y 37 (26.6%) que no realizan diagnóstico clínico. (Ver tabla y gráfico 13)

En cuanto a la asociación del personal que realiza la nota médica y las pruebas diagnósticas se detectó 1 (0.7%) médicos de base que si solicitaron pruebas diagnósticas y 35 (25.2%) que no las solicitaron. De los médicos residentes se detectó 24 (17.3%) que si las solicitan y 79 (56.8%) que no las solicitan. (Ver tabla y gráfico 14)

En lo referente al personal médico que realiza la nota y el tratamiento médico se encontró 26 (18.7%) médicos de base que si indican tratamiento médico y 10 (7.2%) que no lo indican. Así como 42 (30.2%) médicos residentes que si indican tratamiento médico y 61 (43.9%) que no lo indican. (Ver tabla y gráfico 15)

Con respecto al personal médico y los criterios de referencia se observó 2 (1.4%) médicos de base que si cumplen con los criterios y 34 (24.5%) que no cumplen; 12 (8.6%) médicos residentes que si cumplen con criterios de referencia y 91 (65.5%) que no cumplen. (Ver tabla y gráfico 16)

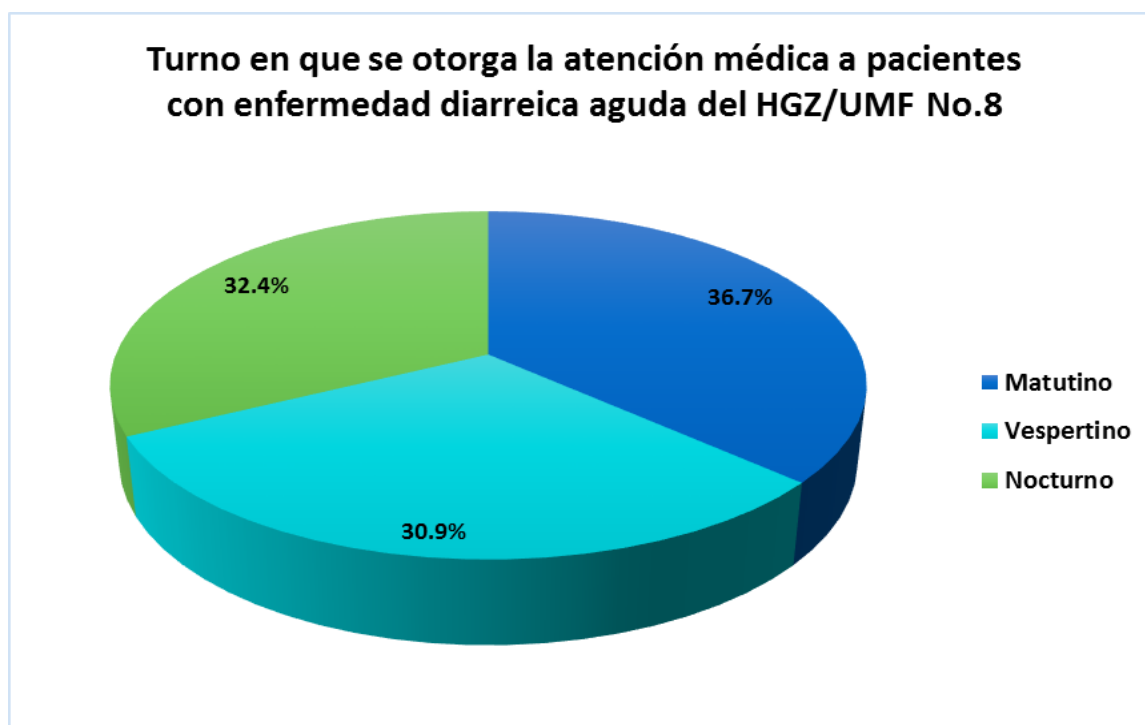
De acuerdo a la relación de personal que realiza la nota médica y apego a la guía de práctica clínica se encontró médico de base 7 (5 %) con buen apego y 29 (20.9%) con mal apego. Respecto de médico residente 32 (23.1 %) con buen apego y 71 (51%) con mal apego. (Ver tabla y gráfico 17)

TABLA 1

Turno en que se otorga la atención médica a pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8.		
Turno en que se otorga la atención médica	Frecuencia	Porcentaje %
Matutino	51	36.7
Vespertino	43	30.9
Nocturno	45	32.4
Total	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 1



Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

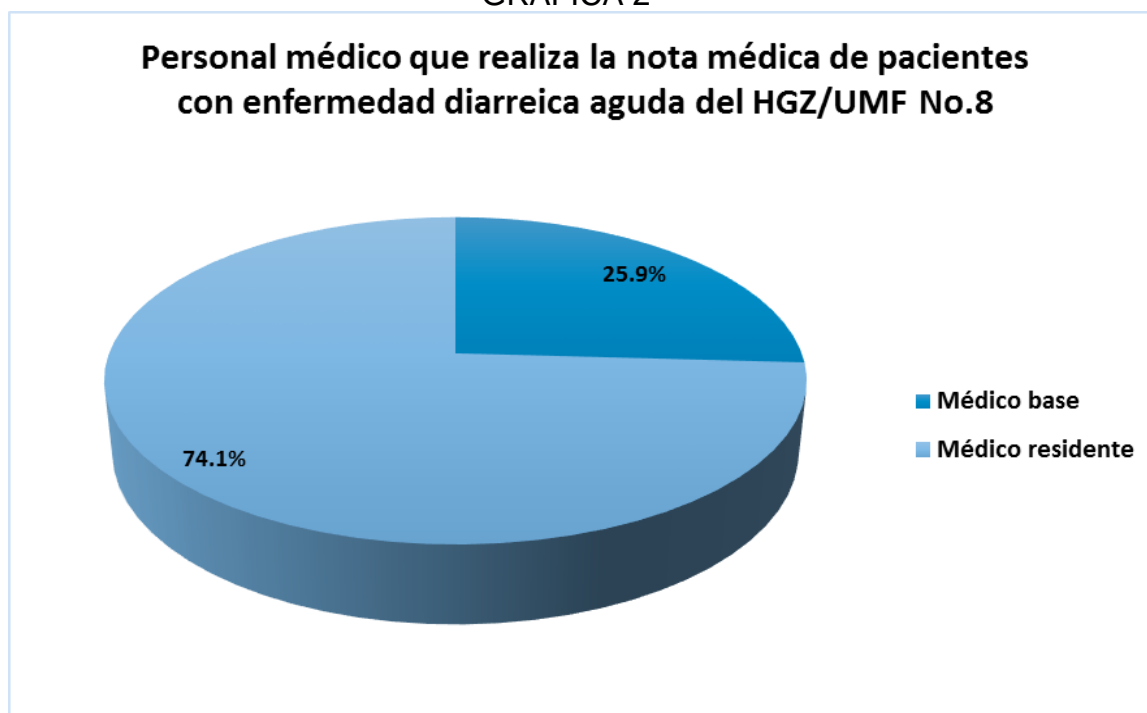


TABLA 2

Personal médico que realiza nota médica de pacientes con enfermedad diarreaica aguda del HGZ/UMF No.8		
Personal médico	Frecuencia	Porcentaje %
Médico base	36	25.9
Médico residente	103	74.1
Total	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreaica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatria del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 2



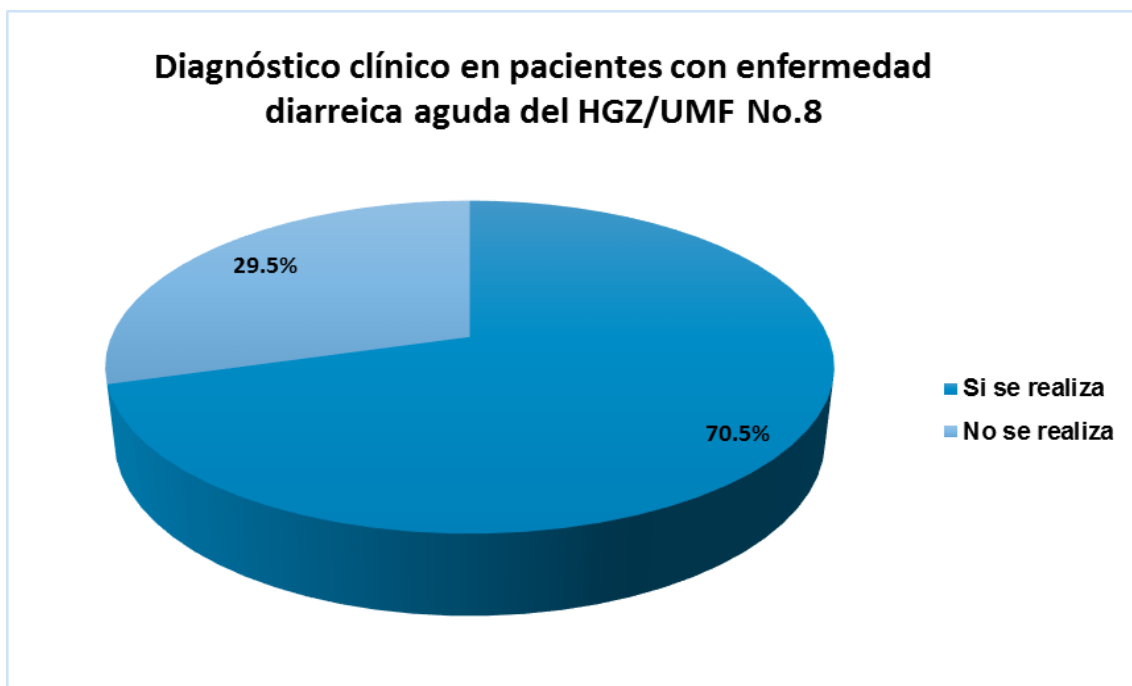
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreaica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatria del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 3

Diagnóstico clínico en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8.		
Diagnóstico clínico	Frecuencia	Porcentaje %
Si se realiza	98	70.5
No se realiza	41	29.5
Total	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatria del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 3



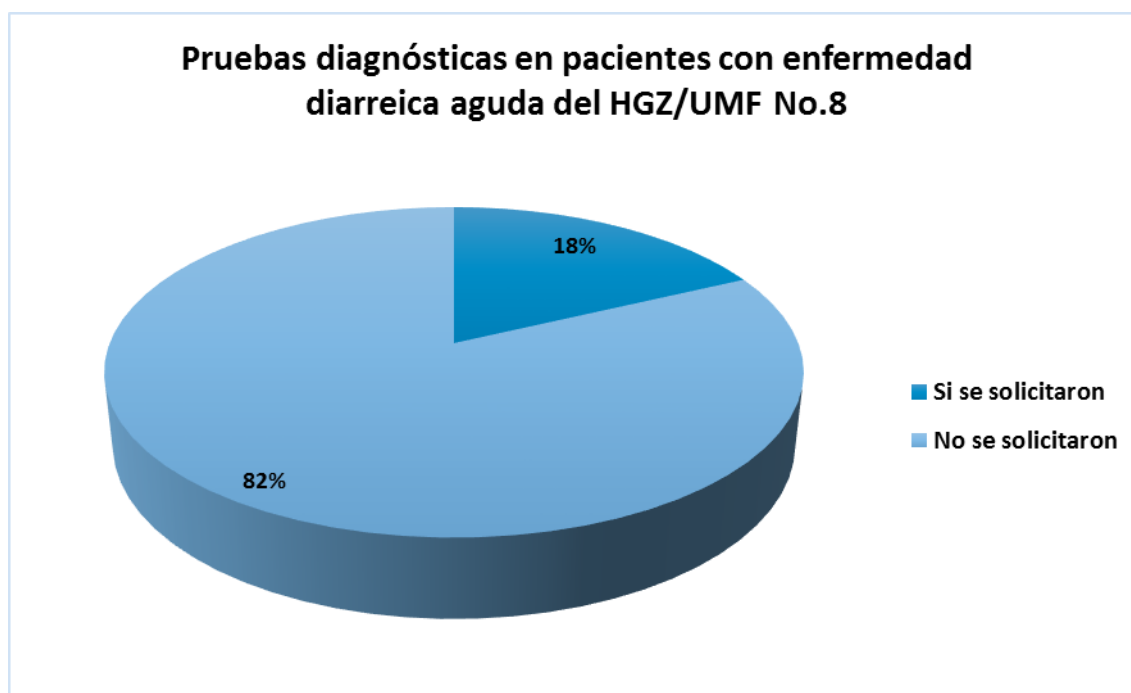
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatria del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 4

Pruebas diagnósticas en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8		
Pruebas diagnósticas	Frecuencia	Porcentaje %
Si se solicitaron	25	18
No se solicitaron	114	82
Total	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 4



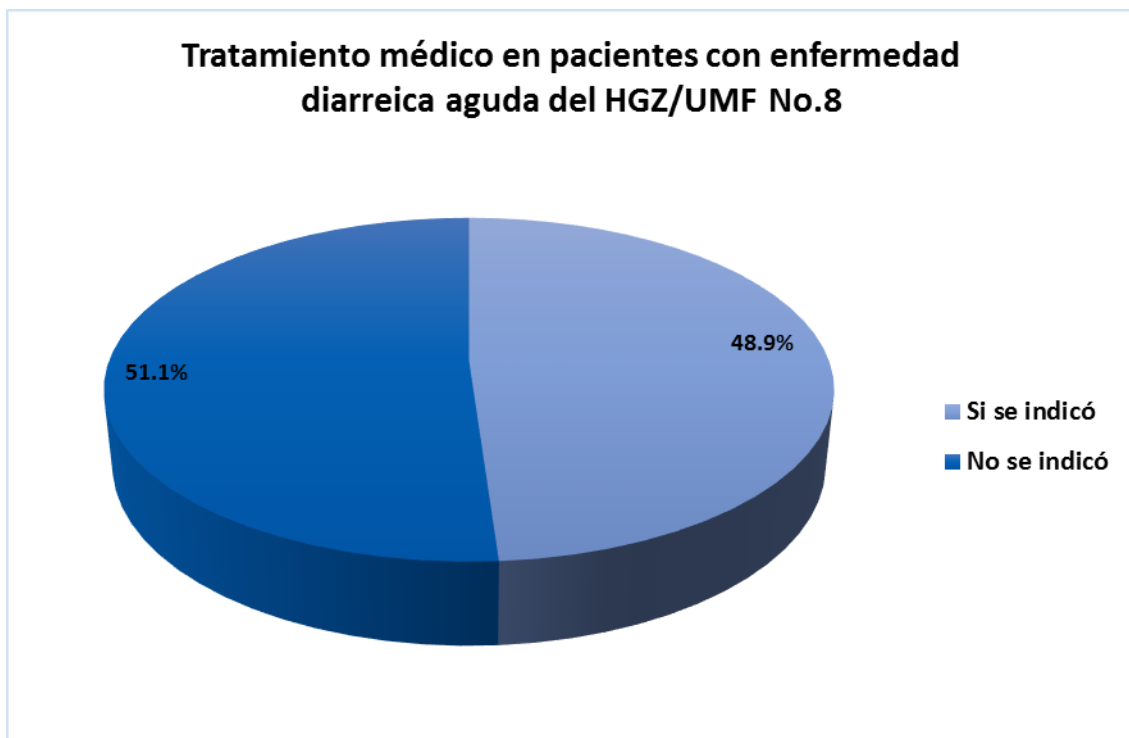
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 5

Tratamiento médico en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8		
Tratamiento médico	Frecuencia	Porcentaje %
Si se indicó	68	48.9
No se indicó	71	51.1
Total	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 5



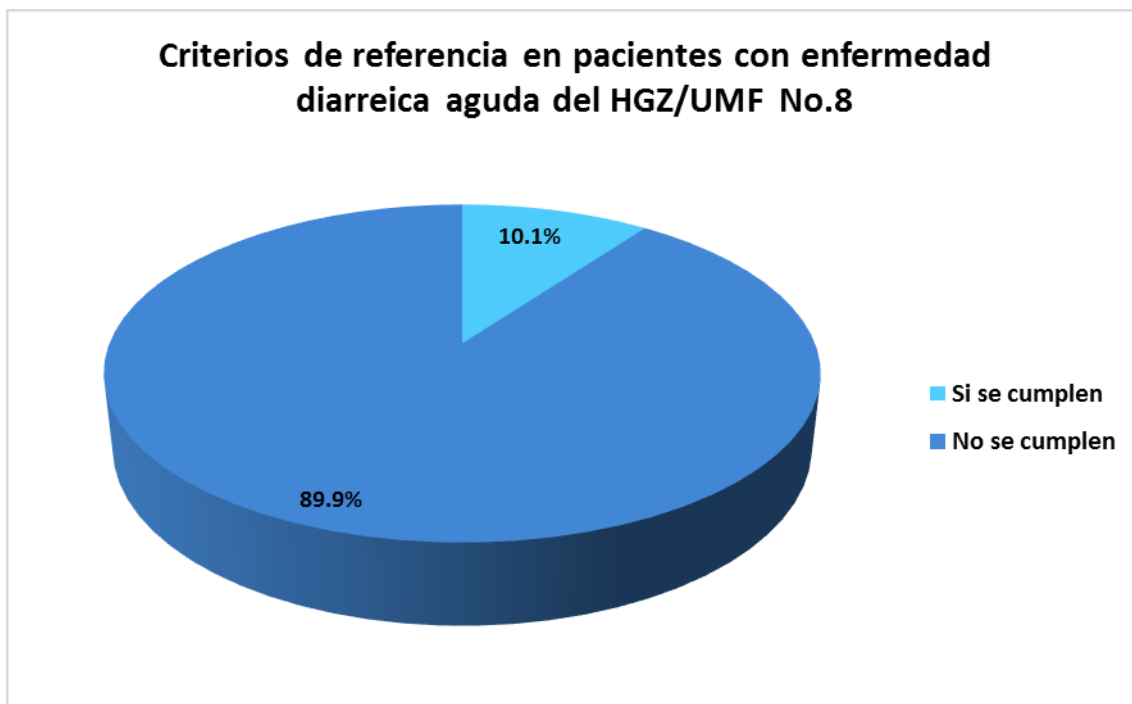
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 6

Criterios de referencia en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8.		
Criterios de referencia	Frecuencia	Porcentaje %
Si se cumplen	14	10.1
No se cumplen	125	89.9
Total	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatria del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 6



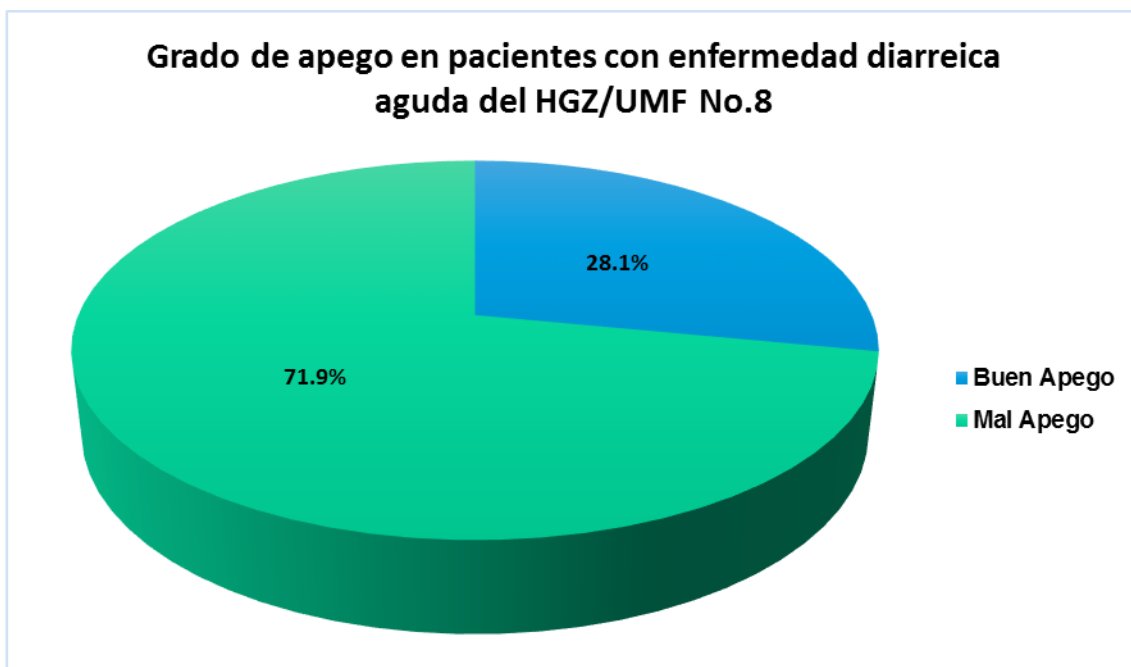
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatria del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 7

Grado de Apego en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8		
Grado de Apego	Frecuencia	Porcentaje %
Buen Apego	39	28.1
Mal Apego	100	71.9
Total	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 7



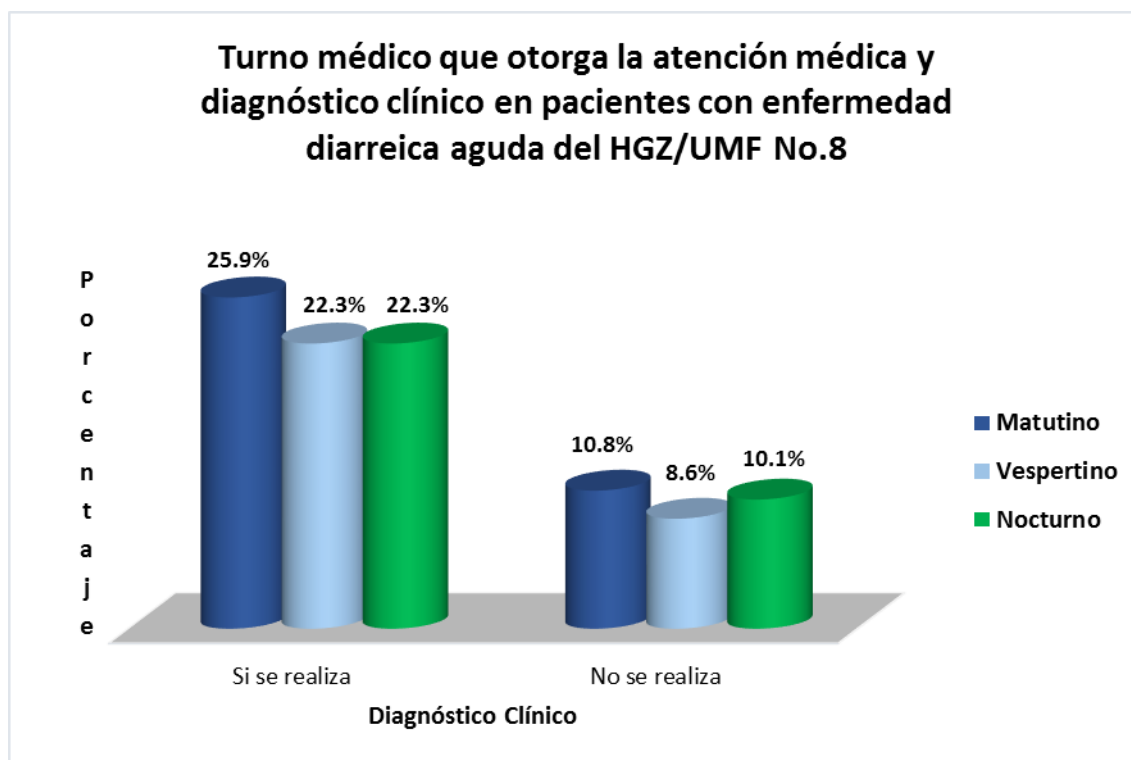
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 8

Turno médico en que se otorga la atención médica y diagnóstico clínico en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Turno médico que otorga la atención médica	Diagnóstico clínico					
	Si se realiza		No se realiza		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	36	25.9	15	10.8	51	36.7
Vespertino	31	22.3	12	8.6	43	30.9
Nocturno	31	22.3	14	10.1	45	32.4
Total	98	70.5	41	29.5	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatria del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 8



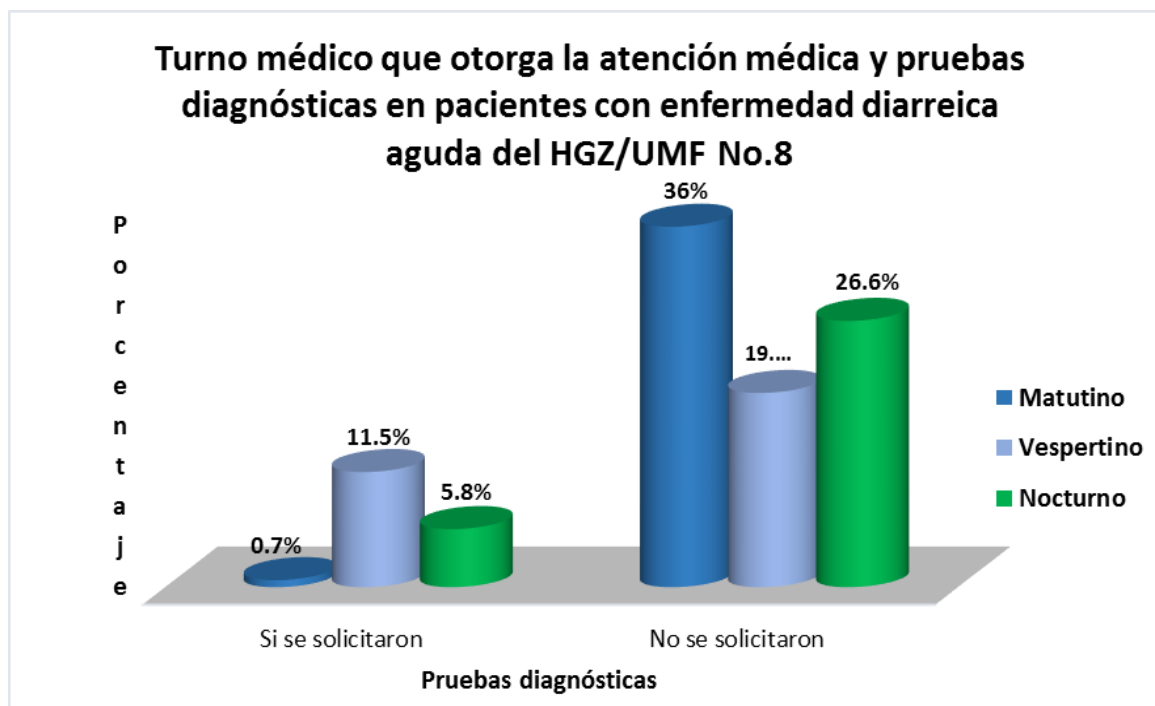
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatria del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 20

TABLA 9

Turno médico en que se otorga la atención médica y pruebas diagnósticas en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Turno médico que otorga la atención médica	Pruebas diagnósticas					
	Si se solicitaron		No se solicitaron		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	1	0.7	50	36	51	36.7
Vespertino	16	11.5	27	19.4	43	30.9
Nocturno	8	5.8	37	26.6	45	32.4
Total	25	18	114	82	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 9



Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

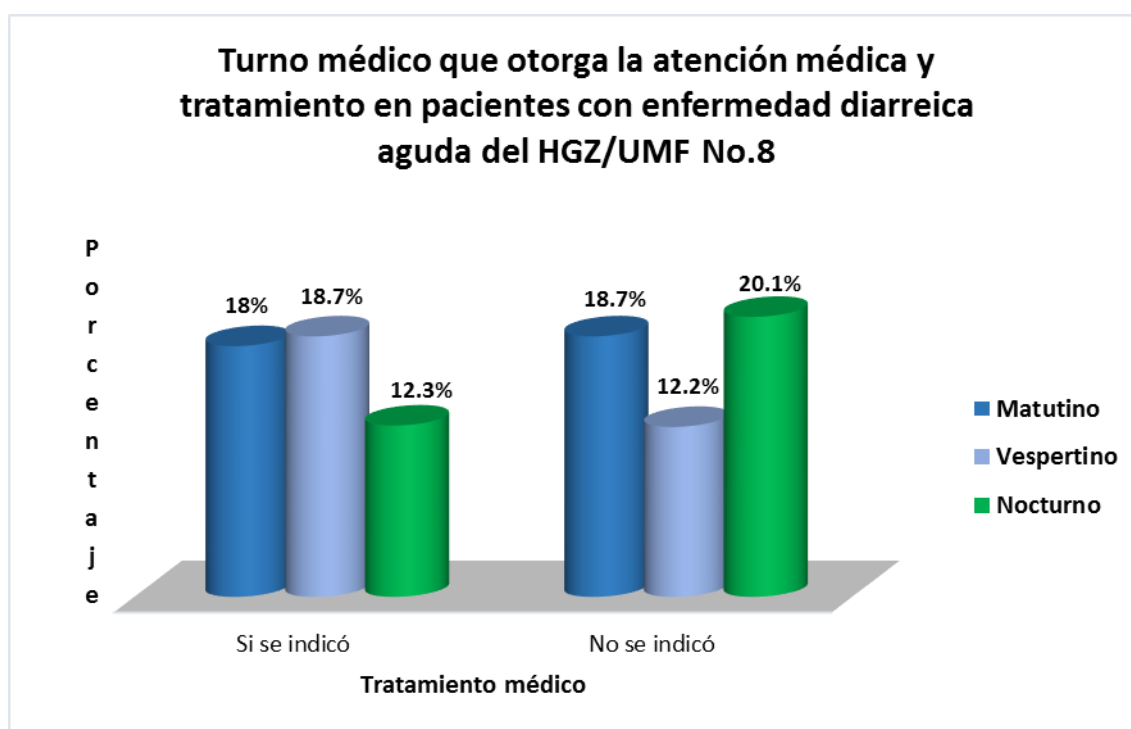


TABLA 10

Turno médico en que se otorga la atención médica y tratamiento médico en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Turno médico que otorga la atención médica	Tratamiento médico					
	Si se indicó		No se indicó		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	25	18	26	18.7	51	36.7
Vespertino	26	18.7	17	12.2	43	30.9
Nocturno	17	12.3	28	20.1	45	32.4
Total	68	49	71	51	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 10



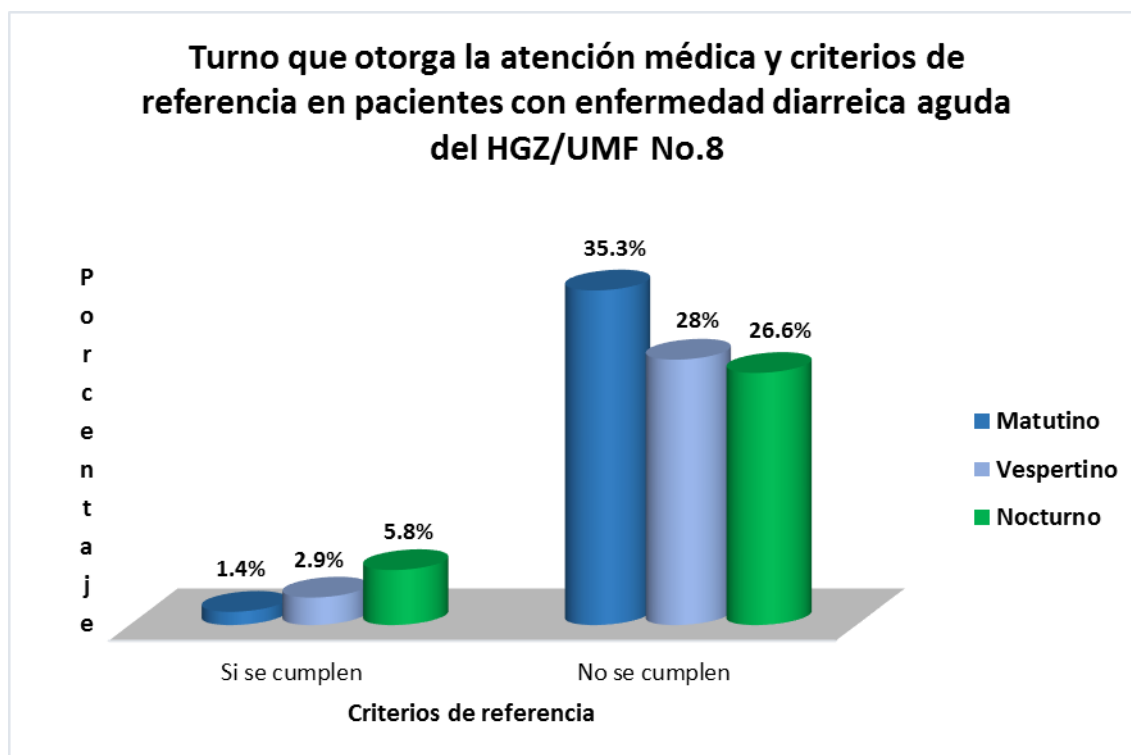
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 11

Turno médico en que se otorga la atención médica y criterios de referencia en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Turno médico que otorga la atención médica	Criterios de referencia					
	Si se cumplen		No se cumplen		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	2	1.4	49	35.3	51	36.7
Vespertino	4	2.9	39	28	43	30.9
Nocturno	8	5.8	37	26.6	45	32.4
Total	14	10.1	125	89.9	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 11



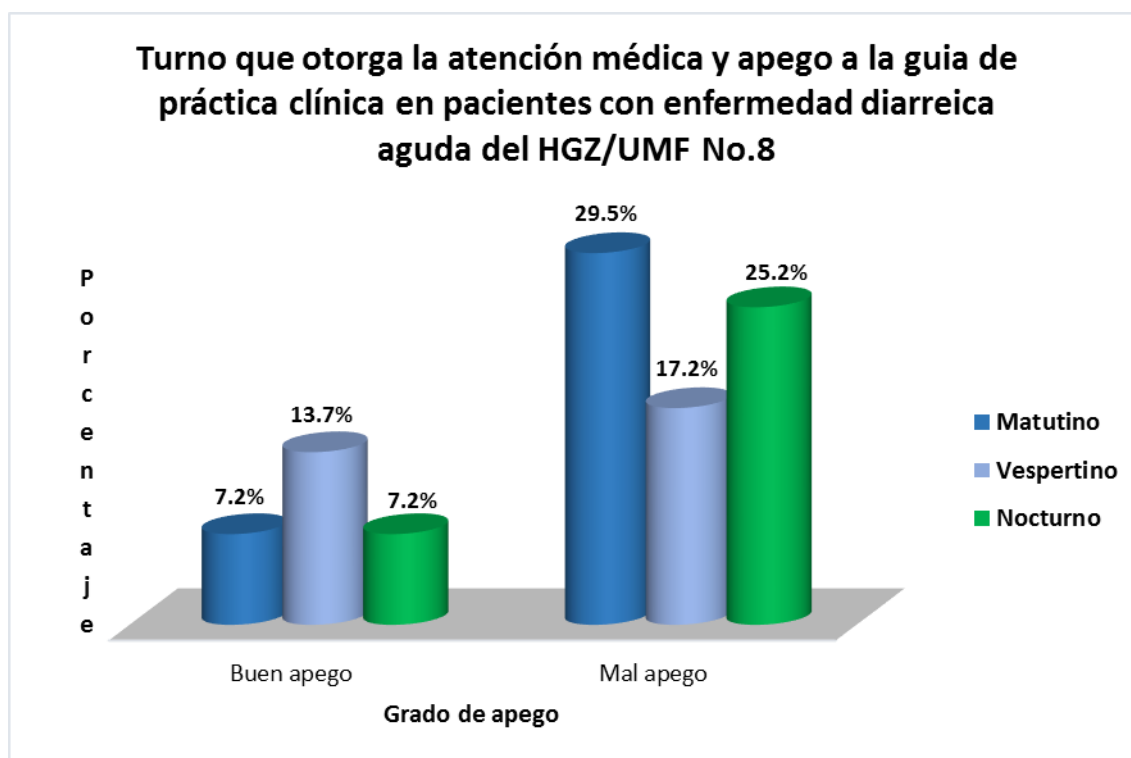
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 12

Turno médico en que se otorga la atención médica y apego a la guía de práctica clínica en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Turno médico que otorga la atención médica	Grado de apego					
	Buen apego		Mal apego		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	10	7.2	41	29.5	51	36.7
Vespertino	19	13.7	24	17.2	43	30.9
Nocturno	10	7.2	35	25.2	45	32.4
Total	39	28.1	100	71.9	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 12



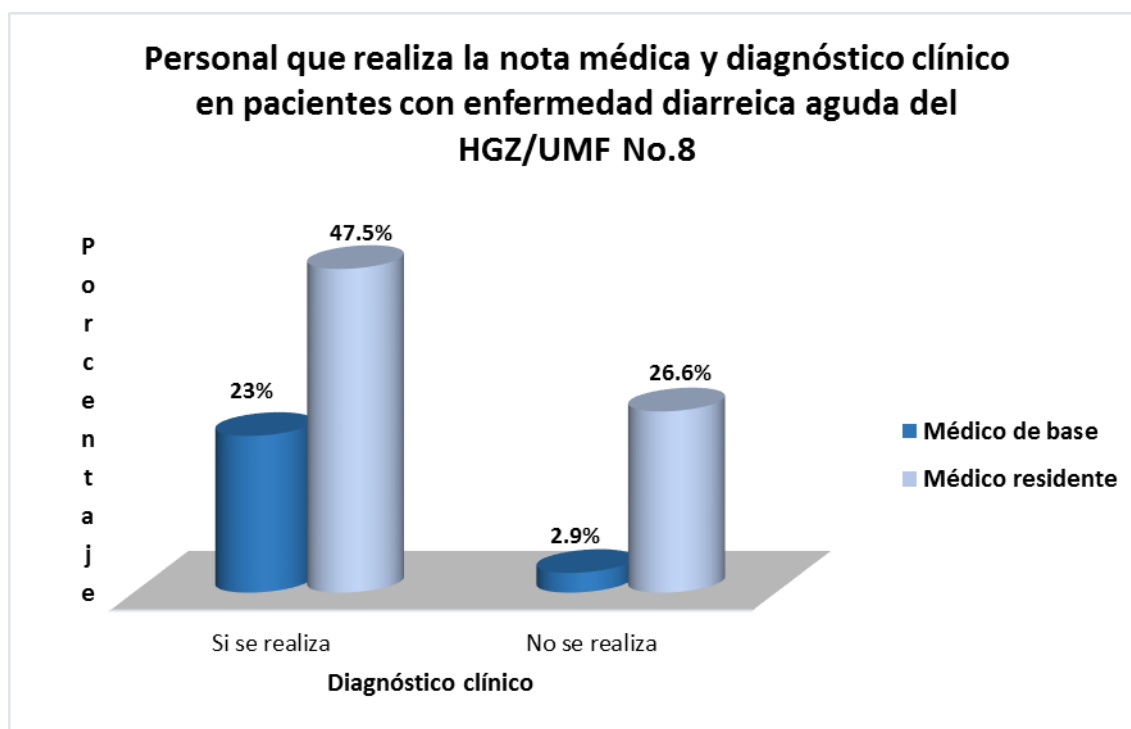
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 13

Personal que realiza la nota médica y diagnóstico clínico en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Personal que realiza la nota médica	Diagnóstico clínico					
	Si se realiza		No se realiza		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico de base	32	23	4	2.9	36	25.9
Médico residente	66	47.5	37	26.6	103	74.1
Total	98	70.5	41	29.5	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 13



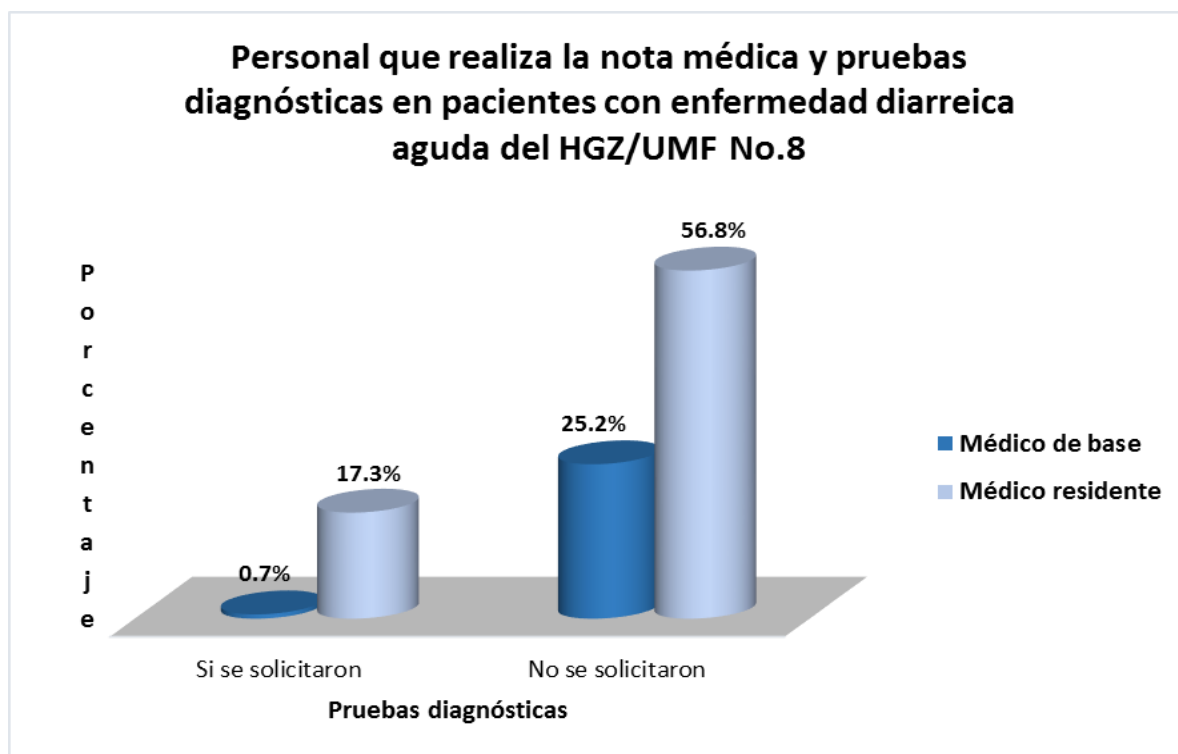
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 14

Personal que realiza la nota médica y pruebas diagnósticas en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Personal que realiza la nota médica	Pruebas diagnósticas					
	Si se solicitaron		No se solicitaron		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico de base	1	0.7	35	25.2	36	25.9
Médico residente	24	17.3	79	56.8	103	74.1
Total	25	18	114	82	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 14



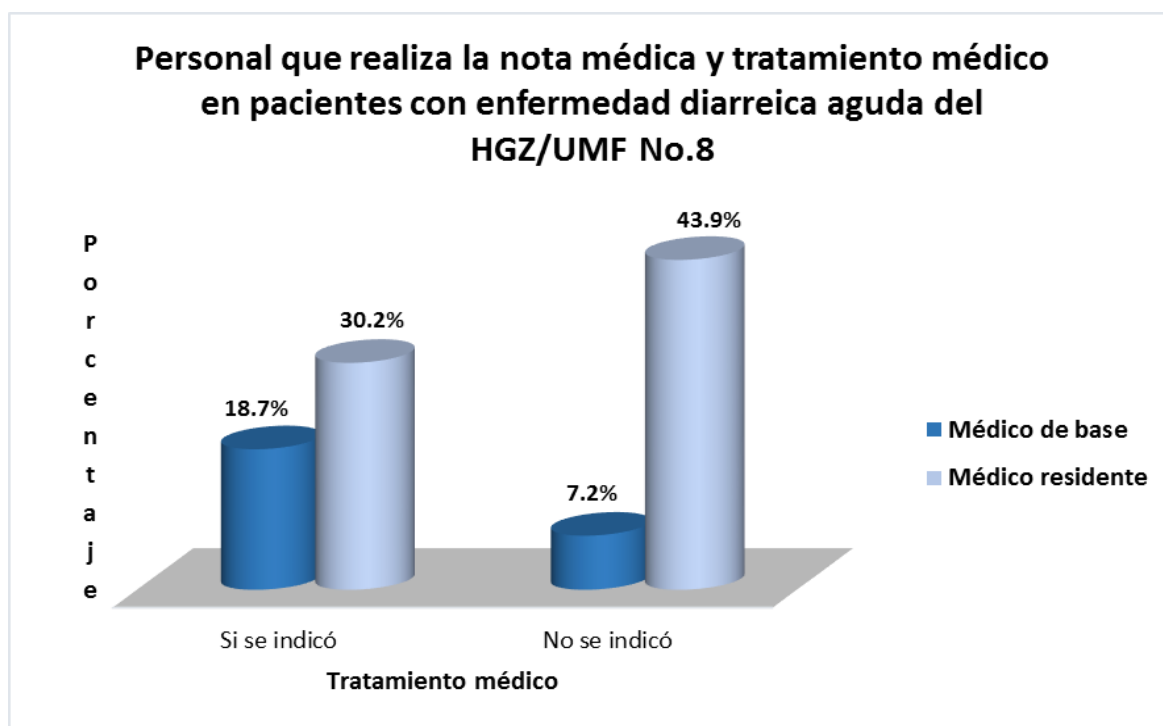
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

TABLA 15

Personal que realiza la nota médica y tratamiento médico en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Personal que realiza la nota médica	Tratamiento médico					
	Si se indicó		No se indicó		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico de base	26	18.7	10	7.2	36	25.9
Médico residente	42	30.2	61	43.9	103	74.1
Total	68	48.9	71	51.1	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 15



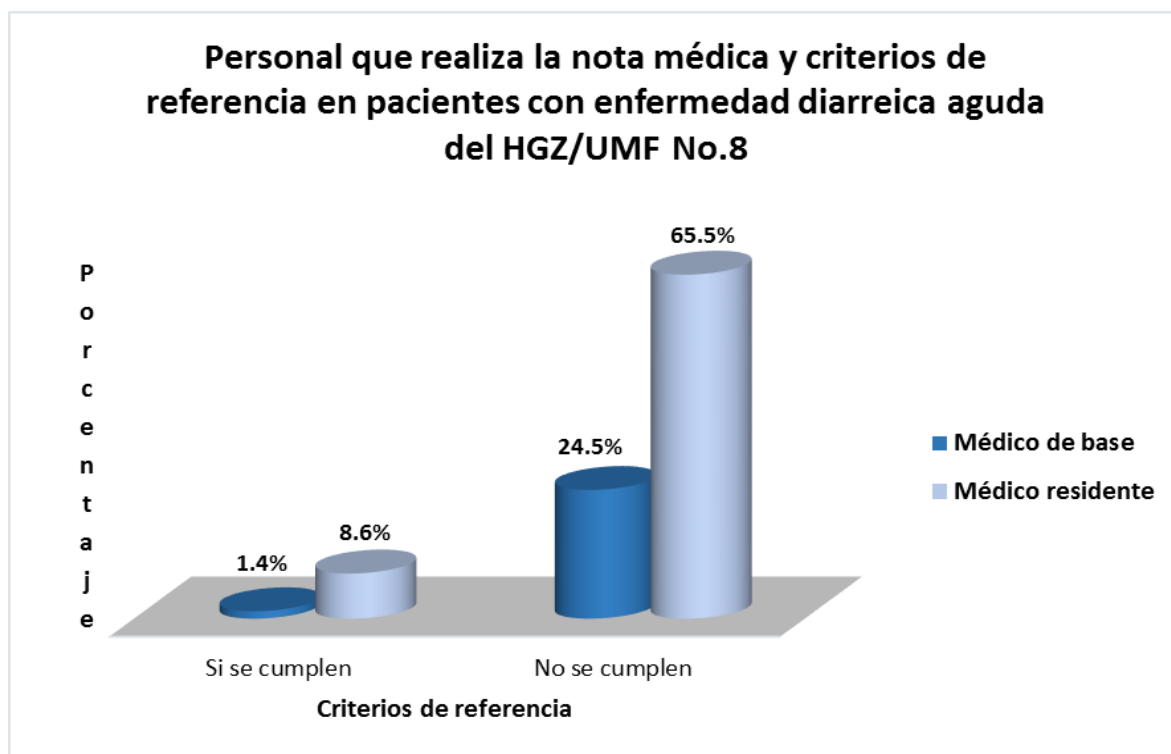
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017

TABLA 16

Personal que realiza la nota médica y criterios de referencia en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Personal que realiza la nota médica	Criterios de referencia					
	Si se cumplen		No se cumplen		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico de base	2	1.4	34	24.5	36	25.9
Médico residente	12	8.6	91	65.5	103	74.1
Total	14	10	125	90	139	100

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 16



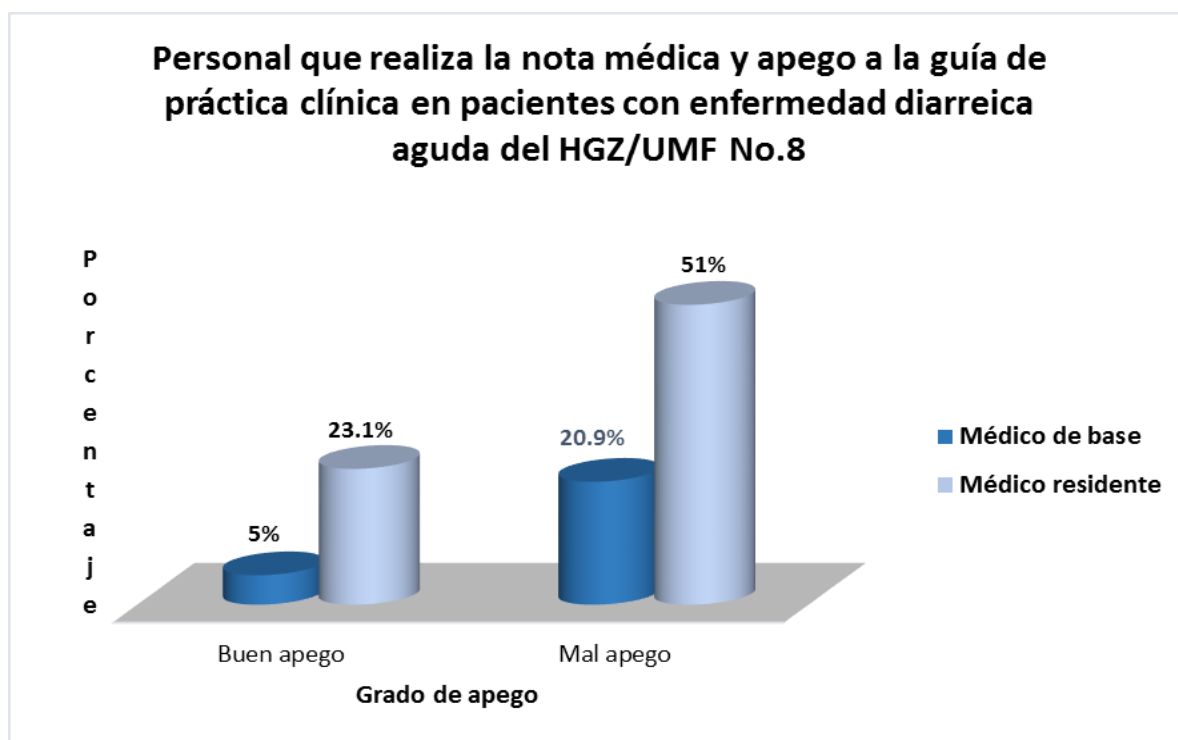
Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017

TABLA 17

Personal que realiza la nota médica y apego a la guía de práctica clínica en pacientes con enfermedad diarreica aguda del HGZ/UMF No.8						
Personal que realiza la nota médica	Grado de apego					
	Buen apego		Mal apego		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico de base	7	5	29	20.9	36	25.9
Médico residente	32	23.1	71	51	103	74.1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>28.1</b>	<b>100</b>	<b>71.9</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017.

GRÁFICA 17



Fuente: n=139 León-H V, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Ballesteros-S N. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2017



## DISCUSIÓN

En el 2015, según el Instituto Nacional de Salud Pública en “Evaluación de guías de práctica clínica para el primer nivel de atención médica” se encontró un apego del 50%, mientras que en nuestro estudio se encontró un 28.1% de apego a la GPC de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años; de acuerdo al porcentaje son diferentes, pero de igual forma se encontró un mal apego. Esto se puede presentar debido a que el nivel de cumplimiento de los indicadores es muy variable y generalmente bajo para todas las situaciones y patologías consideradas, ya que la mayoría no cumple con los estándares evaluados y las estimaciones de cumplimiento se encuentran en cifras bajas, debido a que en el sector salud existe falta de conocimiento en la aplicabilidad de las guías para las diferentes patologías y en las distintas áreas clínicas, lo que se ve reflejado en el poco cumplimiento de los puntos clave para cada guía.

Gutiérrez Alba y colaboradores en el 2015, en “Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México”, se observó la presencia de barreras para la implantación de las GPC, por parte de los usuarios, son las relacionadas con la actitud, poco compromiso y la dificultad para la toma de decisiones, a nivel institucional son la falta de incentivos, tiempo ineficiente para aplicar y consultar las guías, debido a dichas barreras se encuentra un mal apego, mientras que en nuestro estudio encontramos la misma circunstancia, lo que puede deberse a la falta de compromiso por parte del personal médico para seguir las recomendaciones y por parte institucional por un insuficiente tiempo para consultar y aplicar las GPC. Estas barreras propician que la implantación de las guías en las distintas instituciones públicas aun sea homogénea, por lo que es necesario crear nuevas técnicas para mejorar la difusión de las guías, y con esto incrementar la implementación y por ende mejorar el grado de apego.

En el 2014 D. Casas y colaboradores en “Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica clínica” se observó que los médicos familiares presentan una aptitud clínica con mal apego a las GPC; lo cual es similar a nuestro trabajo, pues en los dos estudios se encuentra mal apego a las guías, condición que podría deberse a una difusión inadecuada de las guías, falta de actualización y capacitación educativa al personal médico, así como la falta de concientización del uso de las guías para la práctica médica. Estas situaciones son las que nos llevan a encontrar un bajo grado de apego, por lo que es importante realizar técnicas para mejorar la difusión de las guías, haciendo énfasis en la especialidad de Medicina familiar, debido a que es el área que se encarga de realizar el primer contacto con el paciente, dar la atención y prevención de enfermedades.

Santos-Pérez, Loría-Castellanos, Calzada-Rojas et al. En la tesis “Apego a la guía de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes de primer nivel” en donde se encontró un 58.2% de mal apego a la GPC, mientras que en nuestro estudio encontramos un 28.1%, de acuerdo a lo cual se observa que en ambos estudios se encuentra un bajo grado de apego. Situación que se presenta al no llevarse a cabo un adecuado diagnóstico y tratamiento por parte del personal médico que se encuentra en el primer nivel de atención, ya que son puntos muy importantes a realizar para mejorar la calidad de la atención médica. Para lo cual es importante mejorar la difusión y aplicabilidad de las guías en los diferentes niveles de atención para mejorar el grado de apego.

Rodriguez-Ramirez, Espinoza-Anrubio, Vilchis-Chaparro et al. En el proyecto de investigación “Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica del adulto mayor” (2016) en donde se encontró un apego del 23.3% lo cual es similar a nuestro estudio, en el que se encontró un apego del 28.1%. Esta similitud puede deberse a que se encuentran notas incompletas, las cuales carecen de datos indispensables para tener un buen control y seguimiento de los pacientes, por lo que es importante implementar que las notas médicas se realicen de forma electrónica, en un formato especial para cada patología marcando los datos indispensables, y así el médico que otorga la atención pueda llevarlos a cabo para mejorar el grado de apego a las guías, realizar un mejor diagnóstico, tratamiento y una mejor medicina preventiva.

Dentro de los alcances logrados con esta investigación se encontró conocimiento sobre el apego a las GPC en pacientes con enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años que acuden al HGZ/UMF No.8, en donde encontramos un mal apego a las GPC; esto es relevante ya que en la literatura nacional se encuentra poca información sobre la evaluación del apego a las guías, a pesar de los esfuerzos de las distintas instituciones públicas para la implementación de las guías.

Otro de los alcances obtenidos en este estudio fue la importancia del apego a las GPC en la población que se atiende en nuestro hospital. Las GPC se han realizado para lograr unificar los criterios de diagnóstico y tratamiento para las distintas patologías y áreas clínicas, así como la implementación en las distintas instituciones públicas, aunque esto aún no se logra en su totalidad. Por lo tanto es importante mejorar el acceso y el conocimiento de las GPC, para así poder mejorar la atención médica a los derechohabientes de nuestra institución.

Un alcance más del estudio, es la importancia de los médicos familiares en cuanto a la utilización de las GPC para el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías, debido a que ellos realizan el primer contacto con los pacientes, realizando una atención médica integral y longitudinal, motivo por el cual es el área médica que debería tener mejor acceso, conocimiento y actualización de las guías, para poder llevarlas a la práctica y con esto mejorar la calidad de la atención otorgada a los pacientes, y al mismo tiempo incrementar el grado de apego a las guías.

Dentro de las limitaciones en nuestro estudio, observamos que durante la selección de los pacientes de la investigación, únicamente se incluyeron aquellos que asistieron a recibir atención médica al servicio de urgencias pediátrica del HGZ/UMF No.8, por lo que no se pudieron generalizar los resultados obtenidos, haciéndolos válidos solo para la población estudiada. Por lo que se plantea que en futuras investigaciones se incluyan a pacientes que reciban atención en el área de consulta externa de medicina familiar para poder realizar estudios multicéntricos, los cuales nos permitirían conocer el apego a las GPC en las diferentes instituciones de salud.

Otra de las limitantes encontradas durante el desarrollo de la investigación, fue que las notas realizadas en el servicio de urgencias de pediatría, se encontraban incompletas, ya que carecen de datos indispensables para evaluar el apego a la guía, tales como evaluación del estado de hidratación, características de las evacuaciones y el tratamiento establecido. Así mismo, otra limitante encontrada al llevar a cabo la investigación, es que en el servicio de urgencias pediátrica del HGZ/UMF No.8, no se cuenta con un área específica para poder llevar a cabo una terapia de rehidratación oral, de acuerdo a los planes de hidratación establecidos.

Conforme a los sesgos presentes en la investigación, estos pudieron haberse generado durante la evaluación del estado de hidratación del paciente, tomando en cuenta el grado de deshidratación, lo cual es importante para poder establecer el tratamiento correcto. Mientras que durante el análisis la presencia de errores en el proceso de captura de datos pudo dar paso a la generación de sesgos.

El presente estudio resulta de gran relevancia para la práctica asistencial en medicina familiar, al evaluar el apego a las GPC, siendo una herramienta importante para establecer un adecuado diagnóstico y prescribir un correcto manejo terapéutico para cada patología; así como determinar el grado de conocimiento de las GPC, su aplicabilidad y acceso; ya que estas son un material que puede facilitar y mejorar la atención médica a los derechohabientes. Es importante mejorar estas acciones para que el médico familiar pueda otorgar una atención médica de calidad y con los mejores conocimientos, para un manejo más integral en cada etapa de su vida.

En el ámbito de la educación, en el área de urgencias pediatría pueden establecerse nuevas estrategias para la atención con calidad de los menores de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda, apegándose a las recomendaciones que marcan las guías; así como programas de capacitación para los médicos de este servicio sobre deshidratación y su tratamiento, lo cual permitiría identificar datos clínicos importantes para el manejo de la enfermedad diarreica aguda; además de poder tener al alcance del servicio de urgencias pediatría las GPC de enfermedad diarreica aguda; todo esto para poder brindar una atención médica de calidad y mejorar el apego a las guías. En algunas circunstancias los médicos deciden no acudir a programas de actualización, por tener múltiples ocupaciones, por lo que sería importante establecer cursos de las guías de práctica clínica en línea, para de esta forma lograr que todo el personal médico conozca las actualizaciones de las distintas patologías.

En el aspecto de investigación este estudio nos permitió darnos cuenta que existe un mal apego a las GPC, lo cual es importante, para que a partir de ello se realicen estudios en las diferentes instituciones médicas, para así poder unificar los criterios en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. De igual forma determinar las causas del mal apego a las guías, mejorar la difusión y aplicabilidad de las mismas, así como realizar estudios para determinar los resultados de estas acciones.

En el área administrativa la presente investigación es de utilidad para mejorar el apego a las guías, gestionando cursos de actualización al personal médico respecto a las GPC; mejorando la difusión y aplicabilidad en las distintas áreas médicas, fomentar el compromiso de los médicos familiares para el apego a las guías, así como promover la supervisión por parte de los jefes de departamento clínico, para que se lleven a cabo estas actividades. Otro punto importante es llevar cabo acciones para mejorar la implementación de las guías y con ello otorgar una atención médica de calidad.

## CONCLUSIONES

Dentro de la investigación se cumplió con el objetivo de evaluar el apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8, encontrando que existe un mal apego.

De acuerdo con los datos obtenidos en nuestro estudio se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula que fue planteada con fines educativos, concluyendo que es importante determinar el grado de apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda, el cual de acuerdo a nuestro estudio se encuentra un mal apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica en menores de 5 años, en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8.

Por otro lado es importante determinar las causas del mal apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, pues a pesar de que el instituto cuenta con los recursos suficientes para poder llevar a cabo un buen diagnóstico y adecuado tratamiento, no se logran los resultados esperados. Por lo que sería importante gestionar la forma de realizar una mejor difusión de las guías de práctica clínica en el servicio de urgencias pediatría, para que de esta manera se realice una atención médica con mejor calidad para los derechohabientes.

Además se propone la capacitación del personal médico, que se encuentra en el servicio de urgencias pediatría, para la identificación de datos de deshidratación y de factores de riesgo en menores de 5 años, con lo cual se puede mejorar el grado de apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica, así como establecer el diagnóstico y un manejo adecuado, además de realizar medidas de prevención; ya que en este servicio laboran médicos pediatras, urgenciólogos y médicos familiares, por lo que al capacitar al personal que labora en este servicio se intentaría unificar los criterios tanto de diagnóstico como de tratamiento, para realizar una atención medica con mejor calidad.

Otro punto que consideramos importante, para mejorar el apego a las GPC, es la realización de un comité encargado de supervisar que se lleven a cabo las acciones correspondientes en cuanto a la atención médica realizada; algunas de las acciones a realizar serían, revisar que las notas de atención médica se encuentren con los datos necesarios como lo marca la NOM 004 del expediente clínico, así como realizar las evaluaciones del apego a las guías de práctica clínica, que de acuerdo a nuestro estudio, sería la GPC de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, y que con estas acciones se lleve a cabo una atención médica con mejor calidad y realizando medidas de prevención.

Se concluye, que esta investigación es trascendente debido a que se encontró un mal apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica en menores de 5 años, lo cual es importante para realizar las acciones correspondientes para mejorar esta situación, pues a pesar de que durante varios años las instituciones de salud han buscado la forma de unificar los criterios diagnósticos y de tratamiento, aún falta mucho trabajo por realizar, debido a que existen barreras para que se puedan aplicar las guías de práctica clínica, las cuales nos llevan a encontrar un mal apego a estas guías.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guillen A. Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. *Revista peruana de Medicina experimental y salud pública*. 2011;12(4):8-12.
2. Guía de práctica clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención. Secretaría de Salud. 2008.
3. Cabrera D, Maldonado M, Rojas T, Grajales C. Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años de edad: aportaciones de los núcleos trazadores de vigilancia epidemiológica 2012-2013. *Arch Inv Mat Inf*. 2013;5(3):118-125.
4. Díaz J, Madera M, Pérez Y, García M, León K, Torres M. Generalidades en diarrea aguda. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*. 2009;72(4):139-145.
5. Ferreira E, Mongua N, Díaz J, Delgado G, Báez R, Cruz L, et al. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de 5 años en México. *Salud Pública Mex*. 2013;55(2):314-322.
6. Kumar V, Pathania M, Jayara A, Yadav N. Clinical study of acute childhood diarrhea caused by bacterial enteropathogens. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014;8(5):1-5.
7. Faure C. Role of antidiarrhoeal drugs as adjunctive therapies for acute diarrhea in children. *International Journal of Pediatrics*. 2013;12(2):1-15.
8. Saeed A, Abd H, Sandstrom G. Microbial aetiology of acute diarrhoea in children under five years of age in Khartoum, Sudan. *Journal of Medical Microbiology*. 2015;64(11):432–437.
9. Masroor M, Khurshid A, Shaukat S, Suleman M, Sharif S, Angez M, et al. Viral Etiologies of Acute Dehydrating Gastroenteritis in Pakistani Children: Confounding Role of Parechoviruses. *Viruses*. 2015;7(3):378-393.
10. Gupta A, Sarker G, Jyoti A, Mondal T, Pal R. Risk Correlates of Diarrhea in Children Under 5 Years of Age in Slums of Bankura, West Bengal. *Journal of Global Infectious Diseases*. 2015;7(1):23-29.
11. Thompson C, Phan M, Minh N, Thanh N, Thu C, Rabaa M, et al. A Prospective Multi-Center Observational Study of Children Hospitalized with Diarrhea in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Am. J. Trop. Med. Hyg*. 2015;92(5):1045–1052.
12. Levine A, Glavis J, Modi P, Nasrin S, Rege S, Chu C. et al. Empirically Derived Dehydration Scoring and Decision Tree Models for Children With Diarrhea: Assessment and Internal Validation in a Prospective Cohort Study in Dhaka, Bangladesh. *Global Health: Science and Practice*. 2015;3(3):405-418.
13. Marto S, Shigemura K, Fardah A, Osawa K, Prasetia O, Darma A, et al. Genotyping and clinical factors in pediatric diarrhea caused by rotaviruses: one-year surveillance in Surabaya, Indonesia. *Gut Pathogens*. 2015;7(3):1-10.
14. Girbovan C, Tilea B, Buicu F, Girbovan O. Acute diarrhoea in children. *Acta medica transilvanica*. 2012;2(1):233-236.

15. DeCamp L, Byerley J, Doshi N, Steiner M. Use of antiemetic agents in acute gastroenteritis: a systematic review and metaanalysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;162(13):86-69.
16. Saurabh S, Shidam U, Sinnakirouchenan M, Subair M, Guo L, Roy G. Knowledge and practice regarding oral rehydration therapy for acute diarrhoea among mothers of under-five children in an urban area of Puducherry, India. *National Journal of Community Medicine*. 2014; 5(1):100-104.
17. Botas I, Ferreiro A, Soria B. Deshidratación en niños. *Anales Médicos*. 2011;56(3):146-155.
18. World Gastroenterology organization. *Diarrrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial*. 2012.
19. Unger C, Salam S, Sarker S, Black R, Cravioto A, Arifeen S. Treating diarrhoeal disease in children under five: the global picture. *Arch Dis Child*. 2014;99(8):273–278.
20. Brandt K, De Castro M, Da Silva G. Acute diarrhea: evidence-based management. *J Pediatr*. 2015;22(3):1-8.
21. Larson C, Nasrin D, Saha A, Chowdhury M, Qadri F. The added benefit of zinc supplementation after zinc treatment of acute childhood diarrhoea: a randomized, double-blind field trial. *Tropical Medicine and International Health*. 2010;15(6):754-761.
22. Kung J, Owolabi O, Essien G, Aminu T, Ngnie I, Neufeld L. Promotion of Zinc Tablets with ORS through Child Health Weeks Improves Caregiver Knowledge, Attitudes, and Practice on Treatment of Diarrhoea in Nigeria. *J Health Popul Nutr*. 2015;33(1):9-19.
23. Torres A, Moctezuma L. Guías de práctica clínica: una estrategia para mejorar la calidad de la atención a la salud. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2016;15(3):1-3.
24. Sosa J, Nieves P, Puentes E, Pineda D, Viniegra A, Torres L, et al. Experiencia del sistema nacional de salud mexicano en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Cirugía y cirujanos*. 2015;191(10):1-7.
25. *Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Programa de acción específico 2007-2012*.
26. Abdo J. Guías de práctica clínica: ¿Cuál es su utilidad real? *Revista de Gastroenterología de México*. 2016;81(3):119-120.
27. Gutiérrez G, González M, Reyes H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. *Salud Pública de México*. 2015;57(6):547-554.
28. Instituto Nacional de Salud Pública, *Evaluación de Guías de Práctica Clínica para el Primer Nivel de Atención*. 2015;1(1):1-18.
29. Casas D, Rodríguez A, Tapia E, Camacho E, Rodríguez R. Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica clínica. *Revista de Medicina e Investigación*. 2014;2(2):100-106.
30. Santos E, Loria J, Calzada C. Apego a la guía de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos de primer nivel de atención. 2010.
31. Rodríguez L, Espinoza G, Vilchis E. Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica del adulto mayor en el HGZ/UMF N°8. 2016.



# ANEXOS

## ANEXO 1.

**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
**Dirección de Prestaciones Médicas**  
**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad**  
**División de Excelencia Clínica**

**Cédula de Evaluación del Apego a las Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica**

Delegación/UMAE:		
Unidad:		
Nombre del paciente:		
No de seguridad social:		
Edad y sexo:		
Fecha de la evaluación:		
<b>TÍTULO DE LA GPC</b>		<b>Calificación De Las Recomendaciones</b>
Prevenición, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención		
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>		
Niños de dos meses a cinco años	Primero y Segundo nivel de atención	<b>Cumplida: SI=1 NO=0 No Aplica=NA</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>		
<b>Diagnóstico Clínico</b>		
El diagnóstico de diarrea aguda se realiza por la historia clínica y datos clínicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en la consistencia de las evacuaciones.</li> <li>• Cambio en la frecuencia y número de evacuaciones.</li> <li>• Presencia de evacuaciones con moco y sangre.</li> <li>• Ocasionalmente puede estar asociada con náusea, vómito y cólico abdominal.</li> </ul>		
Evalúa, en el niño con diarrea aguda, la presencia y grado de deshidratación.		
Valorar el riesgo de deshidratación en base a su edad, frecuencia de evacuaciones líquidas y vómito.		
La gravedad de la deshidratación se establece, en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencia entre el peso de ingreso y post-rehidratación, como porcentaje del peso corporal total, equivale al grado de deshidratación.</li> <li>• Fontanela anterior deprimida y extremidades frías.</li> </ul>		
Signos clínicos para deshidratación >5%, son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llenado capilar prolongado</li> <li>• Turgencia anormal de la piel</li> <li>• Ausencia de lágrimas</li> <li>• Patrón respiratorio alterado</li> <li>• Mal estado general</li> </ul>		

<p>Recomendaciones para hospitalización:</p> <p>Niños con Choque.</p> <p>Niños con gastroenteritis aguda con deshidratación grave (&gt;9% del peso corporal).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños con deshidratación leve a moderada deben ser observados en el hospital por un periodo por lo menos de 6h para asegurar una rehidratación exitosa (3-4h) y el mantenimiento de la hidratación (2-3 h).</li> <li>• Niños con mayor riesgo de deshidratación de acuerdo a su edad (lactantes &lt;6 meses), evacuaciones líquidas frecuentes (&gt; de 8 en 24h) o vómitos (&gt;4 en 24h) deben ser vigilados en un hospital por lo menos 4-6h para asegurar el mantenimiento adecuado de la hidratación.</li> <li>• Anormalidades neurológicas (letargia, crisis convulsivas, etc.)</li> <li>• Falla al tratamiento con SRO.</li> <li>• Sospecha de condición quirúrgica.</li> <li>• Niños cuyos padres o cuidadores que no sean diestros en el manejo de la condición del niño en el hogar deben ser ingresados.</li> </ul>	
<p>Lactantes y preescolares con gastroenteritis deben de referirse para evaluación médica si están presentes los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea con gasto alto con volúmenes importantes en las heces.</li> <li>• Vómito persistente.</li> <li>• Enfermedad grave subyacente (Ejemplos: diabetes, insuficiencia renal).</li> <li>• Menores de 2 meses de edad.</li> </ul>	
<p>Clasifica la gravedad de la deshidratación:</p> <p>Sin deshidratación clínicamente detectable</p> <p>Deshidratación clínica</p> <p>Deshidratación y datos clínicos de choque.</p>	
<b>PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>	
<p>Recomienda que las pruebas de laboratorio no se realicen de manera rutinaria en niños con signos y síntomas de diarrea aguda, ni en niños que se rehidrataron con Solución de Rehidratación Oral (SRO).</p>	
<p>Realizar estudios de electrolitos séricos, urea, creatinina y bicarbonato en las siguientes circunstancias:</p> <p>Deshidratación grave con compromiso circulatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deshidratación moderada con sospecha de hipernatremia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritabilidad (nerviosismo).</li> <li>- Aumento del tono muscular.</li> <li>- Hiperreflexia, convulsiones.</li> <li>- Somnolencia o coma.</li> </ul> </li> <li>• Niños con deshidratación moderada con antecedentes o hallazgos físicos que son incompatibles con episodios sencillos de diarrea.</li> <li>• Niños con deshidratación moderada con diagnóstico poco claro o con otros factores de comorbilidad.</li> <li>• Niños con deshidratación clínica sin choque que requieran rehidratación intravenosa o por gastroclisis.</li> </ul>	
<p>Investigación microbiológica de las heces:</p> <p>En situaciones relativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El niño ha estado recientemente en el extranjero.</li> <li>• La diarrea no ha mejorado al 7° día.</li> <li>• Hay incertidumbre en el diagnóstico de la gastroenteritis.</li> </ul>	<p>En situaciones absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sospecha de septicemia.</li> <li>• Hay moco y/o sangre en las evacuaciones.</li> <li>• El niño esta inmunocomprometido.</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO MÉDICO</b>	
<p>Niños con riesgo de deshidratación o con deshidratación leve deben de incrementar el volumen de líquidos habituales. Los líquidos apropiados incluyen leche materna, SRO, evitando bebidas gasificadas.</p>	
<p>Niños que tienen deshidratación leve a moderada secundaria a gastroenteritis aguda, reposición de líquidos con SRO de 30-80ml/kg.</p>	

<p>En niños con deshidratación clínica, incluyendo deshidratación hipernatrémica, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de soluciones de baja osmolaridad (240-250 mOsm/l) para la rehidratación oral.</li> <li>• Dar 50ml/kg para reponer el déficit de líquidos durante 4h, así como los líquidos de mantenimiento.</li> <li>• Dar SRO frecuentemente y en pequeñas cantidades.</li> </ul>	
<p>Considerar dar SRO vía sonda nasogástrica si están incapacitados para beber o sí tienen vómito persistente.</p>	
<p>Se recomienda el uso de TIV en niños con deshidratación clínica si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El choque es sospechado o confirmado.</li> <li>• Un niño muestra evidencia clínica de deterioro a pesar de la terapia de rehidratación oral.</li> <li>• Un niño vomita persistentemente la SRO dada vía oral o por SNG.</li> </ul>	
<p>Si la terapia de líquidos IV es requerida en un niño con deshidratación hipernatrémica (Na &gt;150mmol/l):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener la ayuda de un experto en el manejo de líquidos.</li> <li>• Usar solución salina como SS al 0.9% ó SS al 0.9% con SG5%, para remplazar el déficit de líquidos y los de mantenimiento.</li> <li>• Reponer el déficit de líquidos lentamente. Típicamente en 48 h.</li> <li>• Monitoree el Na plasmático frecuentemente con el objetivo de reducir a una tasa de menos de 0.5 mmol/l por hora.</li> </ul>	
<p>No dar antibióticos rutinariamente a niños con gastroenteritis</p>	
<p>Los antibióticos deben ser considerados para el tratamiento de diarrea invasiva</p>	
<p>Para evitar complicación aguda como la deshidratación se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No suspender la alimentación con leche materna.</li> <li>• Dar terapia con rehidratación oral al inicio del cuadro enteral en casa.</li> <li>• No dar alimentos sólidos.</li> <li>• En niños con datos de alarma (viñetas rojas) no dar otros líquidos que no sean SRO.</li> <li>• Considerar en niños con banderas la suplementación con líquidos habituales (fórmula o agua) si rehúsan constantemente la SRO.</li> <li>• No dar jugos o bebidas carbonatas.</li> </ul>	
<b>CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA</b>	
<p>Se recomienda referir a segundo nivel de atención los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños con deshidratación moderada o severa.</li> <li>• Niños menores de seis meses.</li> <li>• Niños con más de 8 evacuaciones líquidas en 24 horas.</li> <li>• Niños con más de 4 vómitos en 24 horas.</li> <li>• Aquellos niños de quienes sus padres o cuidadores se piense sean inhábiles para manejar las condiciones de los niños en el hogar satisfactoriamente deberán ser admitidos en el hospital.</li> </ul>	
<b>EVALUACIÓN</b>	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
<b>Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)</b>	
<b>Apego a las recomendaciones de la GPC (SI/NO)</b>	
OBSERVACIONES:	
Nombre del evaluador:	

**Anexo 2.**

**HOJA DE DATOS**

**EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

Turno en que se otorga la atención médica	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Matutino</li><li>2. Vespertino</li><li>3. Nocturno</li></ol>
Personal médico que realiza la nota médica	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Médico de base</li><li>2. Médico residente</li></ol>
Diagnóstico clínico	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si se realiza</li><li>2. No se realiza</li></ol>
Pruebas diagnósticas	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si se solicitan</li><li>2. No se solicitan</li></ol>
Tratamiento médico	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si se indico</li><li>2. No se indico</li></ol>
Criterios de referencia	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si se cumplen</li><li>2. No se cumplen</li></ol>
Grado de apego	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Buen apego</li><li>2. Mal apego</li></ol>

Elaboró: Verónica Edith León Hernández Residente MF

### ANEXO 3.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
 HGZ/UMF NO. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

### TESIS

EVALUACIÓN DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF NO.8 DR "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2015 - 2016

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
TÍTULO	✓											
ANTECEDENTES	✓	✓	✓									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				✓								
JUSTIFICACIÓN				✓								
OBJETIVOS					✓							
HIPÓTESIS					✓							
MATERIAL Y MÉTODOS						✓						
TIPO DE ESTUDIO						✓						
DISEÑO METODOLÓGICO							✓					
POBLACIÓN Y MUESTRA								✓				
CRITERIOS DE SELECCIÓN								✓				
VARIABLES									✓			
DISEÑO ESTADÍSTICO									✓			
INSTRUMENTO Y MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS										✓		
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										✓		
RECURSOS											✓	
CONSIDERACIONES ÉTICAS											✓	
BIBLIOGRAFÍA											✓	
ACEPTACIÓN												✓

Elaboró: Verónica Edith León Hernández Residente MF.

2016 – 2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	✓	✓										
RECOLECCIÓN DE DATOS			✓	✓	✓	✓	✓					
ALMACENAMIENTO DE DATOS							✓	✓				
ANÁLISIS DE DATOS								✓	✓			
DESCRIPCIÓN DE DATOS									✓			
DISCUSIÓN DE DATOS										✓		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										✓		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										✓		
REPORTE FINAL											✓	
AUTORIZACIONES											✓	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												✓
PUBLICACIÓN												✓

Elaboró: Verónica Edith León Hernández Residente MF.

## ANEXO 4.



### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Evaluación del apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F., Expedientes de pacientes con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda del servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar el grado de apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años.
Procedimientos:	<b>ESTE ESTUDIO POR SER RETROSPECTIVO NO REQUIERE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el grado de apego a la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Espinoza Anrubio Gilberto      correo: gilberto.espinoza@imss.gob.mx      Tel: 5535143649
Colaboradores:	Dr. Vilchis Chaparro Eduardo      correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx      Tel: 5520671563 Dra. Ballesteros Solís Norma Velia      correo: rhynovel@hotmail.com      Tel: 5575121338 Dra. León Hernández Verónica Edith      correo: draeditha87@gmail.com      Tel: 4641078184

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013