

11226
2455



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

REHIDRATACION ORAL

MATERIA DE TECNOLOGIA APROPIADA EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION (ANALISIS COGNOSCITIVO Y OPERATIVO EN LA U. M. F. No. 2 DE PUEBLA, PUE.)

Marco Antonio Madrigal Gamiño
Dr. Marco Antonio Madrigal Gamiño

T E S I S

Que para obtener el Grado de Especialista en
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

Dr. Marco Antonio Madrigal Gamiño

U.M.F. No. 2

IMSS



IMSS

PUEBLA, PUE,

1988

FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION -----	1
JUSTIFICACION -----	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS -----	5
MATERIAL Y METODOS -----	17
RESULTADOS -----	22
CONCLUSIONES -----	27
RESUMEN -----	29
BIBLIOGRAFIA -----	30

INTRODUCCION

La Diarrea Infecciosa Aguda, símbolo de subdesarrollo, pobreza, escaséz de alimentos, bajo nivel de educación, carencia de vivienda, saneamiento ambiental pobre, desnutrición y apatía social, continúa siendo uno de los principales problemas de Salud Pública en los países en desarrollo, además de un factor importante en el agravamiento y perpetuación de la desnutrición infantil.

Esta continúa siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad entre los niños de países en desarrollo. Aproximadamente 750 millones de niños menores de cinco años enferman de diarrea cada año en América Latina, Asia y Africa, causando anualmente de 3 a 6 millones de defunciones, de los cuales el 80% tienen lugar durante los 2 primeros años de vida.

La inmensa mayoría de las defunciones, del 60 al 70%, lo hacen directamente en relación con la deshidratación. Lo anterior se debe a la alta susceptibilidad de los niños pequeños para presentar deshidratación grave por diarrea debido principalmente a sus requere

rimientos hídricos basales relativamente altos en relación con los adultos, a la elevada proporción de las pérdidas de líquidos -- por heces en relación a su peso corporal y -- al concepto erróneo de suspender la administración de líquidos cuando el niño tiene diarrea.

Aunque la mortalidad por diarrea infecciosa aguda muestra una marcada tendencia a disminuir, principalmente por el mejoramiento de las condiciones básicas de saneamiento y la extensión de los servicios médico-asistenciales; aún ocupaba en México en 1981, el cuarto lugar como causa de mortalidad general, el segundo lugar en menores de 5 años y representa el 42.7% de las defunciones.

La alta incidencia de deshidratación por diarrea puede ser prevenida y tratada con gran eficiencia por medio de las actuales -- técnicas de hidratación oral. Sin embargo, -- éste extraordinario recurso terapéutico, poco se había difundido en nuestro medio, a pesar de su bajo costo, tal como lo demuestra la encuesta realizada en 1985 en México, en población abierta, por la Dirección General

de Epidemiología de la Secretaría de Salud, - en la cual se encontró que se usó en solo el 13.1% de 14,900 niños con diarrea.

Algunas instituciones médicas del país - han incluido a la hidratación oral para la -- D.I.A. como un programa prioritario y así en la población atendida por el Sistema I.M.S.S. Coplamar en 1984, el 70% de 621,312 niños menores de 5 años con diarrea recibieron soluciones orales en forma preventiva ó curativa.

JUSTIFICACION

La Diarrea Infecciosa Aguda continúa - - siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los niños en los países en desarrollo, ocupando uno de los 10 primeros lugares de mortalidad en menores de 5 años de edad. La inmensa mayoría de las defunciones son consecuencia de la deshidratación, la cual puede ser prevenida y tratada con eficiencia por medio de las técnicas actuales de hidratación oral.

Sin embargo, a esta extraordinaria técnica terapéutica poco se le ha difundido y utilizado en nuestro medio.

Analizando esta técnica terapéutica encontramos que dentro de los servicios de urgencias se ha observado la presencia de pacientes infantiles con cierto grado de deshidratación que pudieron manejarse en la consulta de medicina familiar mediante la rehidratación oral; por lo que este trabajo tiene la finalidad de determinar ¿Cuáles son las causas de falla operativa de la Rehidratación Oral en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del I.M.S.S. de Puebla, Pue? Si el médico familiar tiene relación única con la falla operativa de esta técnica ó si existe un contorno multifactorial para que ésto suceda.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Diarrea Infecciosa Aguda ó Gastroenteritis, es uno de los desórdenes más frecuentes encontrados en la práctica clínica, siendo un problema grave de Salud Pública a nivel mundial y representa la segunda causa de enfermedad en la infancia, así como una de las principales causas de defunción en el mundo.

En la República Mexicana ocupa el segundo lugar en mortalidad en los menores de 1 año; el primero en los comprendidos entre 1 y 4 años; el segundo de los 5 a los 14 años (1,2, 3,4).

El Dr. H. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la "Conferencia Internacional sobre Rehidratación Oral", celebrada en Washington, D.C., el 7 de junio de 1983, aseguró que no es cierto que las enfermedades carecen de fronteras, especialmente algunas enfermedades de la infancia como la diarrea (5).

Actualmente se sabe que para suprimir las enfermedades diarréicas como problema de Salud Pública en los países en desarrollo se precisan mejoras socioeconómicas a largo pla-

zo; muchos estudios han demostrado que la sola dotación de agua potable y de servicios de saneamiento, no ha tenido los efectos espectaculares previstos, La mayoría de los observadores estima que la estrategia más eficaz para prevenir las enfermedades diarréicas es la educación sanitaria.

Las perspectivas para controlar las enfermedades diarréicas, sin embargo, han mejorado considerablemente en los últimos años. Casi todas las defunciones por diarrea pueden prevenirse si se dispone de la fundamental terapéutica de rehidratación y si se administra prontamente.

Por primera vez está llevándose esa terapéutica a todos los que la necesitan gracias a un notable adelanto en materia de tecnología - - apropiada. (6).

Los estudios de WB O'Shaughnessy en 1832 sobre la composición química de la sangre de los humanos en estado normal, así como durante la deshidratación por cólera, y la composición de las heces de los pacientes coléricos, le permitieron observar que los ingredientes que faltaban en la sangre (en especial bicar-

bonato de sodio) se encontraban en las heces-diarréicas, de modo que "si se restituyeran - las heces (sus componentes) a la sangre, en - proporciones adecuadas, ésta volvería a la - normalidad. Estas sugerencias fueron llevadas a la práctica por Thomas Latta en 1832 con la administración endovenosa de soluciones salinas con bicarbonato. En 1912, Sellards describió la acidosis en el cólera y empleó soluciones alcalinas. Howland y Marriot en 1915-1916 describieron el mismo cuadro de acidosis en - la diarrea de los niños y administraron también soluciones alcalinas (7,8,9).

Estos estudios atrajeron la atención de - destacados pediatras como Gamble, Hartman y - Power. El empleo de infusiones de sangre, glucosa, soluciones salinas y bicarbonatadas redujeron la mortalidad infantil por deshidratación de 80 a 30% (8).

La forma tradicional de tratamiento de la deshidratación por diarrea aguda es la terapéutica intravenosa de líquidos ó venoclisis. El método, gracias al acceso directo a la corriente, permite controlar con precisión las cantidades de electrolitos, medicamentos, y a menudo, nutrientes que recibe el enfermo, Sin

embargo, presenta graves inconvenientes; uno de ellos es que exige condiciones estériles y personal muy calificado. Los propios materiales son costosos, difíciles de transportar y a menudo han de ser importados. Pese a las precauciones habituales, las infecciones iatrógenas septicémicas debidas a una aplicación deficiente de dicha terapéutica son por desgracia, frecuentes en muchos hospitales - de países en desarrollo.

Dentro de las complicaciones más frecuentes de las venoclisis en niños destacan, la presencia de flebitis, celulitis, necrosis tisular, embolias, trombosis y septicemias (4, 6, 10, 11).

En el período 1946-49, Darrow introdujo la adición de potasio a las soluciones alcalinas y glucosadas, con lo que bajó aún más la mortalidad al 6%.

La primera fórmula preparada sobre bases científicas para ser administrada por vía oral fue diseñada simultáneamente en el Baltimore City Hospital por Harold E. Harrison y por Daniel C. Darrow en Yale en 1946.

La composición de la solución del Dr. Ha-

rrison era la siguiente: Sodio (49 mEq/lt), - Potasio (20 mEq/lt), Cloro (30 mEq/lt), Fosfa tos (10 mEq/lt), Citrato (29 mEq/lt), Glucosa al 5% (277 mmol/lt).

* Darrow sugirió que la Hidratación Oral po dría suplementar a la Rehidratación Parente-- ral, y en 1953, Chatterjee trató con éxito 33 pacientes con cólera administrándoles por vía oral, una solución electrolítica con solución glucosada con 138 mmol/lt de Sodio. Menighello en Chile en 1957 y De la Torre y Larracilla - en México en 1960, publicaron sus observacio- nes sobre Rehidratación por vía Oral en niños deshidratados por Diarrea, con grados varia-- bles de desnutrición. Sin embargo, hasta 1962 y 1963 cuando las investigaciones de Crane, = de Schedl y Clifton, descubrieron las condi-- ciones en que se efectúa el transporte de glu cosa, sodio y cloro a través de la pared in-- testinal, fue que quedaron establecidas las bases científicas de la Hidratación Oral. Phi llips en 1964, sugirió que el transporte equi molar de solutos y glucosa en el intestino po dría facilitar la Hidratación Oral en pacien- tes con Cólera (1,3,5,6,7,8,9).

La experiencia desarrollada en dos aldeas de Bangladesh que tenían poblaciones infanti-

les similares, con frecuencia semejante de episodios diarréicos por niño y con la misma mortalidad anual, fue de singular importancia. Con esta experiencia quedó demostrado el importante papel de la Hidratación Oral como preventiva de la deshidratación.

A partir de esa experiencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido promoviendo, particularmente en los países del tercer mundo, el empleo terapéutico y preventivo de la Hidratación Oral (6,8,9).

Desde entonces se han diseñado diferentes fórmulas de soluciones para rehidratación, así como diferentes técnicas de aplicación.

Desde 1971, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomendaron una solución única para rehidratación oral conteniendo concentraciones equimolares de glucosa y sodio, para ser utilizada en el manejo de niños con diarrea aguda, en diversas zonas geográficas del mundo. Sin embargo, aún persisten discrepancias acerca de la proporción de los componentes de la fórmula, su modo de empleo, en los países desarrollados y en vías de desarrollo (1,2,6,7,8,9,10,11,12).

En 1977, la OMS recomendó una fórmula básica y definitiva que ha servido desde entonces para ser usada en los Programas de Control de las Enfermedades Diarréicas de muchos países, y cuya composición es la siguiente (1,4,6,9, - 13,14):

IONES	MMOL/LT
NA	90
K	30
CL	80
HCO ₃	30
Glucosa	111

La composición de la solución de rehidratación Oral recomendada por la OMS es la siguiente:

INGREDIENTE	GR/LT DE AGUA
NaCl	3.5
KCl	1.5
NaHCO ₃	2.5
GLUCOSA	20.0

Como parte del Programa Nacional Interinstitucional para Hidratación Oral en Diarreas, se consideró conveniente la creación de un Servicio de Hidratación Oral en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, que funcio

nara como centro normativo, de adiestramiento y de investigación, a nivel Nacional.

Los objetivos que se pretenden alcanzar - por el Programa son los siguientes (13):

1. Contribuir a la disminución de la mortalidad general en niños menores de 5 años de edad.
2. Disminuir las tasas de mortalidad por diarrea en niños menores de 5 años de edad.
3. Proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado con terapia de Hidratación Oral a todos los niños menores de 5 años con diarrea.
4. Disminuir la gravedad de la deshidratación y el número de pacientes que lleguen a los servicios hospitalarios.

Las metas que se han programado son:

1. Capacitar y adiestrar al 80% del equipo de salud del primer nivel de atención en la terapia de Hidratación Oral (THO)
2. Proporcionar consulta integral a niños menores de 5 años con diarrea, sin contraindicación para la THO.
3. Adiestrar en la THO al 100% de las madres de niños con diarrea que demanden atención médica.

Los principales objetivos en el tratamiento de la Diarrea Infecciosa Aguda (DIA) son -- dos:

- A). Prevenir ó corregir la deshidratación.
- b). Mantener el estado nutricional.

Normas de Tratamiento (2,4,8,10,14,15):

1. Medidas generales para el manejo de la DIA.

a) Prevención de la deshidratación:

- 1) En los niños alimentados al seno materno, nunca suspender éste.
- 2) Incrementar la ingesta de líquidos - que el niño toma normalmente.
- 3) Ofrecer a libre demanda suero oral - casero (1 lt de agua + 40 gr de azúcar - 8 cucharaditas y 5 gr. de sal 1 cucharadita - ó solución electrolítica de la OMS (1 sobre en 1 lt. de agua limpia), mientras que el niño - tenga diarrea.
- 4) Si el niño toma leche de vaca en - - cualquiera de sus variedades, diluir la "al medio" (agregando un volúmen igual de agua) únicamente durante 48 a 72 hs.

b) Corrección de la deshidratación:

1. Fase de rehidratación.

1.1 Deshidratación Leve (5% de pérdida de peso):

Ofrecer por vía oral 50 ml/Kg de solución de la OMS en menos de 4 hs.

1.2 Deshidratación Moderada a Grave, sin datos clínicos de choque (5 a 10% de pérdida de peso):

Ofrecer por vía oral 100 ml/Kg de solución de la OMS en menos de 4 hs.

1.3 Deshidratación Grave (10% de pérdida de peso, con signos clínicos de choque):

Amerita de solución salina ó - - Hartman, por vía intravenosa 70 ml/Kg administrada en 2 ó 3 hs.

En cualquiera de los 3 casos al terminar la fase inicial del tratamiento, revalorar al paciente y si persiste deshidratado, repetir el esquema, de acuerdo al grado de deshidratación en ese momento.

En el caso de deshidratación grave, pasar a solución de la OMS por vía oral, tan pronto desaparezcan los datos de choque y retirar la venoclisis.

2. Fase de Mantenimiento (al estar ya hidratado)

2.1 Reiniciar seno materno ó leche de vaca "diluirlo" durante 48 a 72 hs.

2.2. Ofrecer a libre demanda solución de la OMS y, alternar con agua sola y otros líquidos que el niño toma normalmente, mientras persiste la diarrea.

c) Mantenimiento del estado nutricional:

1. Si no está deshidratado ó al rehidratarse, continuar seno materno ó leche "diluida" por 48 a 72 hs.

2. De acuerdo al apetito del niño, ofrecerle sus alimentos habituales, insistiendo en aquéllos ricos en potasio (plátano, jugo de naranja, etc.) No hay ninguna razón para poner en reposo al intestino.

Ventajas de la Rehidratación Oral (3,4):

1. Es fácil de aplicar por personal no especializado.
2. Prácticamente exenta de complicaciones.
3. Costo y complicaciones inferiores a los de la hidratación endovenosa.
4. Permite mecanismos normales de defensa.

5. Puede llegar hasta los núcleos de población más alejados y carentes de acceso a los servicios médicos.
6. Corrige hábitos higiénicos.
7. Eleva el nivel de información médica de la comunidad.

Las contraindicaciones para la aplicación de esta vía son (4,15,16):

1. Estado de choque.
2. Cuando exista disminución del sensorio.
3. Vómitos incohercibles.
4. Ileo paralítico.
5. Septicemia.
6. Complicaciones quirúrgicas abdominales.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, transversal, observacional y descriptivo para determinar las causas que originan la falla -- en la aplicación de la Rehidratación Oral en -- la U.M.F. # 2 del I.M.S.S. de Puebla, Pue.

Se elaboró un cuestionario en relación a -- la rehidratación Oral, el cual comprende preguntas establecidas para el área cognoscitiva y para el área afectiva, el cual fué aplicado a los médicos familiares de esta ciudad.

Se incluyeron en el estudio los médicos -- adscritos a la U.M.F. # 2, tanto del horario A-C, como del B-D, siendo un total de 64 médicos familiares.

Se excluyeron del estudio los médicos familiares adscritos al servicio de urgencias, así como a médicos eventuales y cubrevacunaciones.

Se les presentó a los médicos familiares un cuestionario sobre rehidratación oral, el cual incluía 7 preguntas correspondientes al área cognoscitiva y 7 preguntas al área afectiva, con el fin de evaluar los conocimientos y las actitudes que guardan sobre el te-

ma, así como los resultados obtenidos en la -- práctica al aplicar esta técnica.

El área cognoscitiva se evaluó de acuerdo al número de aciertos.

En el área afectiva se analizó cada pregunta, evaluándose así la actitud de los médicos familiares con respecto a esta técnica y dándoles un valor porcentual de acuerdo al número de médicos encuestados.

El cuestionario formulado es:

1. ¿Cuáles son los ingredientes que componen al suero oral?
 - a) NaCl, KCl, Glucosa
 - b) NaCl, KCl, NaHCO₃, Glucosa
 - c) NaCl, NaHCO₃, Glucosa
 - d) NaCl, KCl, HCO₃, Glucosa
2. En una deshidratación leve, la administración del suero oral es a razón de:
 - a) 50 ml/kg en menos de 4 hs.
 - b) 100 ml/Kg en menos de 4 hs
 - c) 50 ml/Kg en 12 hs
 - d) 60 ml/Kg en 8 hs
3. En una deshidratación moderada, la administración del suero oral es a razón de:
 - a) 100 ml/Kg en menos de 4 hs
 - b) 100 ml/Kg en 8 hs

- c) 80 ml/Kg en 8 hs
 - d) 50 ml/Kg en menos de 4 hs
4. ¿Cómo manejaría Ud. a un niño con deshidratación moderada?
- a) Ofrecer S.O. 100 ml/Kg en menos de 4 hs y continuar con alimentación.
 - b) Ofrecer S.O. 50 ml/Kg en 8 hs y suspender la alimentación.
 - c) Administrar sol. Hartman I.V. a 70 ml/Kg en 2 hs.
 - d) Administrar sol. Salina I.V. a 70 ml/Kg en 2 hs y continuar con suero oral a 100 ml/Kg.
5. Son ventajas de la rehidratación oral, EXCEPTO:
- a) Está prácticamente exenta de complicaciones
 - b) Permite mecanismos normales de defensa
 - c) Debe de ser aplicado por personal especializado.
 - d) Eleva el nivel de información médica de la comunidad
6. Son contraindicaciones para la R.Oral. - - EXCEPTO:
- a) Estado de choque y septicemia
 - b) Ileo paralítico y complicaciones quirúrgicas

- c) Disminución del sensorio y vómitos incoherentes.
- d) Desnutrición y vómitos al inicio del tratamiento

7. ¿Cómo se prepara el suero oral casero?

- a) 1 lt de agua + 40 gr de azúcar + 10 gr de sal
- b) 1 lt de agua + 20 gr de azúcar + 5 gr de sal
- c) 1 lt de agua + 40 gr de azúcar + 5 gr de sal
- d) 1 lt de agua + 5 gr de azúcar + 20 gr de sal

8. Opina Ud. que la técnica de rehidratación oral es:

BUENA REGULAR MALO

9. ¿Cómo considera la aplicación de la R.Oral en la unidad?

BUENA REGULAR MALA

10 ¿Cómo considera el apoyo institucional para la aplicación de esta técnica?

BUENO REGULAR MALO

11. ¿Cómo considera el nivel cognoscitivo de los médicos en esta unidad sobre la rehidratación oral?

BUENO REGULAR MALO

12. Los resultados obtenidos por Ud. en la -
aplicación de esta técnica son:

BUENOS REGULARES MALOS

13. ¿Cómo considera la aceptación de las ma--
dres para la terapia de rehidratación -
oral?

BUENA REGULAR MALA

14. Los cursos de actualización sobre esta -
técnica son:

BUENOS REGULARES MALOS

RESULTADOS

De los 64 médicos familiares que forman el universo de la U.M.F. # 2, sólo se logró encuestar a 48 de ellos (75%), 8 se excluyeron de acuerdo a los criterios mencionados (12.5%) y 8 se rehusaron a contestar el cuestionario (12.5%) aludiendo las siguientes razones:

1. Falta de tiempo para contestar el cuestionario
2. Temor o represalias
3. No estar en condiciones para contestar exámenes actualmente.

En los resultados encontrados en el área cognoscitiva están 7 médicos con 7 aciertos, correspondientes al 14.5%, 7 médicos con 6 aciertos, correspondiendo al 14.5%, 8 médicos con 5 aciertos, correspondiendo al 16.6%, 8 médicos con 4 aciertos, correspondiendo al 16.6%, 7 médicos con 3 aciertos, correspondiendo al 14.5%, 9 médicos con 2 aciertos, correspondiendo al 18.7% y 2 médicos con 1 acierto, correspondiendo al 4.1%.

Analizando los resultados de la encuesta aplicada sobre rehidratación oral encontramos que el nivel cognoscitivo de los médicos familiares encuestados no es adecuado, ya que un

gran porcentaje tuvo respuestas incorrectas --
(53.9%) (Tabla No. 1)

REHIDRATACION ORAL ANALISIS COGNOS
CITIVO Y OPERATIVO.

Tabla No. 1
AREA COGNOSCITIVA

No. Aciertos	N.Médicos	%
1	2	4.1
2	9	18.7
3	7	14.5
4	8	16.6
5	8	16.6
6	7	14.5
7	7	14.5

Fuente: Encuesta

Con respecto a las preguntas 1,2,3,4 y 6, encontramos un elevado porcentaje de respuestas incorrectas, lo que se traduce en la falta de conocimiento en cuanto a la composición y - preparación del suero oral casero, así como el manejo de la deshidratación leve y la deshidra tación moderada. (Tabla No. 2)

**REHIDRATACION ORAL. ANALISIS COGNOS-
CITIVO Y OPERATIVO****Tabla No. 2
AREA COGNOSCITIVA**

No. de Pregunta	Correctas	Incorrectas
1	21	27
2	27	21
3	27	21
4	21	27
5	37	11
6	43	5
7	22	26

Fuente: Encuesta.

En los resultados del área afectiva encontramos:

AREA AFECTIVA

Pregunta No. 8: La opinión sobre la técnica de rehidratación oral es:

BUENA 46(95.8%) REGULAR 2(4.1%) MALA (0%)

Pregunta No. 9: La opinión sobre la aplicación de la rehidratación oral en la UMF # 2 es:

BUENA 18(35.8%) REGULAR 26(54.1%) MALA 4(8.3%)

Pregunta No. 10: Los médicos familiares consideran que el apoyo institucional para la aplicación de la rehidratación oral en esta unidad es:

BUENA 22(45.8%) REGULAR 24(50%) MALA 2(4.1%)

Pregunta No. 11: La valoración que dan los médicos familiares al nivel cognoscitivo de los compañeros sobre la rehidratación oral en esta unidad es:

BUENO 22(45.8%) REGULAR 21(43.7%) MALA 5(10.4%)

Pregunta No. 12: Los resultados obtenidos por los médicos familiares sobre la aplicación de esta técnica son

BUENOS 39(81.2%) REGULAR 9(18.7%) MALOS 0(0%)

Pregunta No. 13: La colaboración de las madres para la aplicación de esta técnica es:

BUENA 31 (64.5%) REGULAR 17(35.4%) MALA 0(0%)

Pregunta No. 14: La opinión de los médicos familiares en relación a los sistemas de actualización médica sobre la rehidratación oral que proporciona la unidad es:

BUENOS 12(25%) REGULARES 12(25%) MALOS 24(50%)

Lo anterior se traduce en que la técnica de rehidratación oral es bien aceptada por los médicos familiares y en los buenos resultados obtenidos en su aplicación.

Un alto porcentaje de los encuestados opina que falta mayor apoyo institucional para la aplicación de esta técnica, así como la necesidad de cursos de actualización médica con respecto al tema. (Tabla No. 3)

REHIDRATACION ORAL. ANALISIS COGNOSCITIVO Y OPERATIVO.

Tabla No. 3
AREA AFECTIVA

No. de Pregunta	BUENO	REGULAR	MALO
8	46(95.8%)	2(4.1%)	0(0%)
9	18(35.8%)	26(54.1%)	4(8.3%)
10	22(45.8%)	24(50%)	2(4.1%)
11	22(45.8%)	21(43.7%)	5(10.4%)
12	39(81.2%)	9(18.7%)	0(0%)
13	31(64.5%)	17(35.4%)	0(0%)
14	12(25%)	12(25%)	24(50%)

Fuente: Encuesta

CONCLUSIONES

La relación que exista entre los conocimientos médicos y la actitud del Médico Familiar, el apoyo Institucional y la colaboración de las madres para la aplicación de la terapia de rehidratación oral es fundamental para la obtención de buenos resultados.

De acuerdo a los resultados de este trabajo se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El nivel cognoscitivo de los Médicos Familiares adscritos a esta Unidad es inadecuado.
2. La actitud demostrada por los Médicos Familiares para la aplicación de la técnica de rehidratación oral es positiva.
3. A consideración de los Médicos Familiares la colaboración de las madres para la aplicación de esta técnica es buena, aspecto no demostrado en este trabajo.
4. La mayoría de los Médicos Familiares consideran que no reciben el apoyo Institucional adecuado para la aplicación de la técnica de rehidratación oral, y que los cursos de actualización son insuficientes.
5. Que existe un contorno multifactorial que -

condiciona la falla operativa de esta técni
ca en la Unidad de Medicina Familiar.

RESUMEN

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

El objetivo de este estudio era determinar las causas de falla operativa de la rehidratación oral en las unidades del primer nivel de atención.

El estudio se realizó mediante un cuestionario que se aplicó a 48 médicos familiares de la U.M.F. # 2 del I.M.S.S. en Puebla, Pue. excluyéndose médicos eventuales y médicos cubrecoberturas, en el que se incluían aspectos del área cognoscitiva y del área afectiva.

Llegándose a la conclusión de que existe un contorno multifactorial que condiciona la falla operativa de la rehidratación oral dentro de las unidades del primer nivel de atención.

En relación a este estudio podemos considerar que si la institución proporcionara más apoyo a los médicos familiares, mediante cursos de actualización médica sobre la técnica de rehidratación oral y mayor participación del equipo de salud para establecer pláticas grupales para las madres de familia sobre la terapia de rehidratación oral, se lograría una mejor utilización de esta tecnología para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por deshidratación causada por diarrea en menores de 5 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Velásquez-Jones L, Mota-Hernández F, Llausas-Magaña E, Puente-Tamayo M, Kane-Quiróz J., Conceptos actuales sobre la fórmula - para hidratación oral en niños con diarrea aguda. Bol. Med. Inf. Med 1986; 43: 126-136.
2. Guisacafre H, Muñoz O, Gutiérrez G., Normas para el tratamiento de la diarrea infecciosa aguda. Bol. Med. Hosp Inf. Mex 1986; 43:702-709.
3. Mota-Hernández F., El servicio de Hidratación Oral en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Bol. Med. Hosp. Inf. - Mex. 1984;41:457-459.
4. Vásquez-Jones L. Llausas-Magaña E, Mota-Hernández F, Quiroz-Richards B., Tratamiento ambulatorio del niño deshidratado por diarrea aguda. Bol. Med. Inf. Mex - 1985;42:220-225.
5. Pizarro-Torres D, . Rehidratación por vía bucal: Estrategia para disminuir la mortalidad infantil. Rev. Mex.de Ped. 1985: 223-229.
6. Rust J, McQuestion M, . Terapéutica de Rehidratación Oral: Perspectivas de una importante innovación en materia de Tecnología

logía Apropriada. Org. Nal de Salud 1984; 2-12.

7. Posada G., Pizarro D., Rehidratación por vía endovenosa rápida con una solución - similar a la recomendada por la OMS para rehidratación oral. Bol. Med. Hos. Inf. Mex. 1986;43:463-469.
8. Gordillo-Paniagua, . Deshidratación y Rehi dratación: Viejos problemas con nuevas so luciones. Bol. Med, Hosp. Inf. Mex. 1984; 41:119-121.
9. Pizarro-Torres D., . En busca de la solu - ción ideal para la rehidratación por vía oral. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. 1985; 42: 3-8.
10. Sánchez-Arenas PM, Palacios-Treviño JL, - Villegas-Silva R, Alvarez del Castillo- Del Moral H, . Comparación entre rehidrata ción oral y parenteral en niños deshidra- tados por gastroenteritis. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex, 1985; 42:16-20.
11. López-Arriaga A, . Síndrome diarréico agu- do: Tratamiento con solución bucal. Rev. Mex de Ped 1985:367-369.
12. Olivos-Fernández V, Mondragón-Orihuela R, . Rehidratación por vía bucal. Análisis de - 100 casos. Rev. Med. IMSS 1984;22:213-216.

13. Mota-Hernández F, Velásquez-Jones L, . - Aspectos estratégicos para la implantación de un Programa Nacional de Hidratación Oral en Diarreas. Bol. Med. Inf. - Mex. 1985;42:463-465.
14. Duffau-Toro G, Hosmazabal-Valenzuela J., Hidratación oral en lactantes hospitalizados por Síndrome diarréico agudo, empleando fórmulas de diferente densidad energética. Bol. Med. Hos. Inf. Mex. - 1985;42:9-15.
15. Velásquez-Jones L, Mota-Hernández F, Kane-Quiroz J, Puente-Tamayo M, Llausas-Magaña E,. Frecuencia de vómitos en niños -- con diarrea hidratados por vía oral. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. 1986; 43:353-358.