

11226

22
2j



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA
FAMILIAR No. 11
XALAPA VERACRUZ
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

**ESQUEMAS TERAPEUTICOS PARA LA
GASTROENTERITIS EN MENORES DE DOS
AÑOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE
MEDICINA FAMILIAR
HGZ. C/MF No. 11 XALAPA, VER.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. EFREN SAMUEL LORRICO TORRES



IMSS

XALAPA, VER.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



IMSS

U. M. F. No. 20
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Dr. David M. Pons A.



A MI ESPOSA VIRGINIA
A MIS HIJAS VICKY Y CELIA ELENA
A MIS HIJOS
Con la Esperanza de un futuro mejor

A MI PADRE
A MI MADRE
Que Dios les bendiga

A MIS HERMANOS
A quienes deseo encuentren
la Felicidad.

AL C. DR JOSE GANZIA LOPEZ
Como agradecimiento a su valiosa
orientación.

AL IMSS, A SU PERSONAL
Gracias.

I N D I C E

CAPITULO I	INTRODUCCION.....	Pge 1-5
CAPITULO II	MATERIAL Y METODOS....	" 6-8
CAPITULO III	RESULTADOS (MANEJO ESTADISTICO).....	" 9-20
CAPITULO IV	DISCUSION.....	" 21-22
CAPITULO V	CONCLUSIONES.....	" 23-24
B I B L I O G R A F I A		" 25-26

CAPITULO I

INTRODUCCION

La gastroenteritis es la inflamación de la mucosa de estómago e intestino. Puede ser de etiología múltiple y se caracteriza principalmente por diarrea y vómito. Es difícil establecer una definición precisa de la diarrea porque la frecuencia de las evacuaciones, su consistencia y cantidad dependen en gran medida de la dieta y esta varía según las culturas; en sentido amplio se puede definir como evacuaciones de heces acuosas o líquidas que se repiten más de tres veces al día. El vómito se considera a la expulsión brusca e involuntaria del contenido gástrico. (1)

Actualmente es posible identificar los agentes patógenos en más de 2/3 de los casos de gastroenteritis, lo que ha permitido determinar que los Virus (Rotavirus humanos) son causa del 50% de las gastroenteritis en menores de dos años. La *Escherichia coli* enterotoxigénica es causa del 25%, la *Shigella* del 5%, la *Salmonella* no tifoides del 10%, los protozoarios (*Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*) son en nuestro medio causa importante de gastroenteritis. Se conocen algunos otros agentes los cuales esta por estudiarse su importancia como causas de gastroenteritis, se trata de los agentes bacterianos *Vibrio parahemolyticus*, *E. coli* enteropatógena, *E. coli* enteroinvasiva, *Campylobacter Jejuni*, *Yersinia enterocolitica*. (1.2.3.)

La gastroenteritis suele ser autolimitable con algunas excepciones muy especiales en que es necesario agregar medicamentos, por lo que el manejo deberá estar encaminado a mantener las condiciones generales del niño y evitar las complicaciones, de las cuales la más frecuente y primera causa de defunciones en nuestro medio es el desequilibrio hidroelectrolítico. (2.3.4.5.)

En el manejo integral de las gastroenteritis se de

...ben considerar cinco aspectos fundamentales. (1.6.)

El primer aspecto es a nivel de promoción de la sa lud y protección específica para prevenir la repetición del cuadro o su aparición en otro miembro de la familia.

El segundo aspecto es la dieta, cuya finalidad se-
ra evitar la desnutrición como complicación no menos --
frecuente, ya que no existe razón fisiológica para " h
a
c
e
r
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s
a
r
e
r
e
l
i
n
t
e
s
t
i
n
o
d
u
r
a
n
t
e
l
r
e
p
o
s</

...características biológicas de los microorganismos -- (traducidas en resistencias bacterianas, superinfecciones, cambios en la epidemiología); hay que agregar una rara y aún no bien determinada complicación por el uso de antimicrobianos, la colitis pseudomembranosa, por lo que el uso de los mismos debe limitarse a casos específicos como disentería grave por Shigella, amebiasis, -- giardiasis, salmonelosis, colera o en el caso de una infección asociada. (3.6.11.12.)

Y finalmente, el último aspecto a tomar en cuenta es el uso de drogas antidiarreicas, que aunque de uso común(abuso por facultativos o automedicación) son en términos generales ineficaces y no se recomiendan en el tratamiento de las gastroenteritis, siendo los más socorridos los adsorbentes y los opiáceos y sus derivados, -- en el primero su efectividad es similar a la de un placebo y puede favorecer la penetración del agente causal a través de la mucosa o una impactación, los segundos -- al disminuir en forma importante la motilidad intestinal propician un gran secuestro de líquidos y electrólitos, además permiten la proliferación de flora patógena -- a -- men de las complicaciones respiratorias que su uso determina. (1.2.3.4.5.6.)

La gastroenteritis es hoy en día un grave problema de Salud Pública en los países en desarrollo de los cuales el nuestro forma parte y representa la primera o segunda causa de muerte de los lactantes. Alrededor de -- 750 millones de niños menores de cinco años en Asia, -- Africa y América Latina son víctimas de gastroenteritis aguda causando de 3 a 6 millones de defunciones en ese mismo grupo de edad, 80% de las cuales tienen lugar durante los primeros años de vida. (1)

En México, en el IMSS en 1981, ocuparon el segundo lugar de demanda de atención médica. Alcenzo en 1980 una tasa de 10,438 por 100 000 derechohabientes; en 1981 fué de 9732.2; en 1982 9,150.5; encontrándose la Delegación de Veracruz Norte dentro de los estados con tasa -- más elevada con 10,153.4 por 100 000 derechohabientes. -- En 1981 la gastroenteritis fué motivo de 3 millones de

...consultas y las enfermedades diarreicas constituye--ron la primera causa de muerte entre la población menor de cinco años. (1)

La Dirección General de Bioestadísticas de la Se--cretaría de Programación y Presupuesto y la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1978-79 encontraron la --gastroenteritis entre las 10 causas de mortalidad general más frecuentes con una tasa de 60.5 por 100 000 habitantes(9.5% del total de defunciones), siendo más --importante en los menores de un año con una tasa de 861 por 100 000 nacidos vivos registrados y en grupo etario de uno a cuatro años con tasa de 83.3 . En 1980 constituyeron 21% del reporte de casos nuevos de enfermedades transmisibles notificadas a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en toda la República Mexicana. (1)

En 1981 en el Hospital Infantil de México Federico Gómez existió una ocupación de 6,712 días/cama por niño con gastroenteritis(9% del total de días/cama) con un tiempo promedio de estancia de 12 días; en ese mismo año en el ISSSTE se ocuparon 58,000 días/cama con un -- tiempo promedio de estancia de 8 días correspondiendo -- 95% del total a menores de un año. En el IMSS, 305,952--días/cama fueron ocupados con un tiempo promedio de 6 -- días, 85% fueron menores de cinco años y 43% menores de un año. En el año de 1983 las demandas de atención en -- el Hospital General de Zona Con Medicina Familiar No 11 del IMSS en Xalapa, Ver. fué de 7,232(13%) ocupando -- el segundo lugar tanto en la zona urbana como suburba--na. (1)

Resulta obvio que la magnitud del problema es gran--de. La repercusión de un manejo inadecuado por parte -- del médico familiar es también importante tanto para el Instituto como para el derechohabiente. Aunado a esto, -- en nuestra unidad no contamos con información fidedigna -- sobre los diferentes esquemas terapéuticos en el manejo de las gastroenteritis, no pudiendo evaluar por tanto -- la calidad de la atención médica. Además se ha observa--do que no obstante existir criterios de manejo bien es--

...tablecidos y mundialmente aceptados para la gastroenteritis persisten algunas desviaciones en torno al tratamiento, como por ejemplo abuso de antimicrobianos, antidiarreicos, la no prescripción de sobres hidratantes, la falta de información a la madre en cuanto a la dieta e incluso el uso del ayuno sin que existan indicaciones para el mismo y finalmente una falta de disposición del médico para efectuar promoción de la salud.

Todo lo anterior nos estimulo a realizar el presente trabajo, en el que pretendemos analizar los esquemas terapéuticos utilizados por el médico familiar para el manejo de la gastroenteritis en menores de dos años y con ello poder evaluar la calidad de la atención médica. Tambien tratar de unificar criterios en torno al tratamiento, determinando si es esta falta de unificación causa de una mala calidad en la atención médica.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un trabajo de caracter prospectivo, efectuado en un lapso de seis meses comprendidos de Julio a Diciembre de 1984.

En el se involucraron todos los niños menores de dos años, independientemente del sexo, que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar y a los cuales se les diagnosticó: gastroenteritis aguda, diarrea, despeñe diarreico, enteritis aguda, cuando fueran de primera vez.

No se tomaron en cuenta a los que cursaban con diarrea crónica o patología previa agregada.

Se considero aguda cuando no exedió de 14 días.

Se tomaron en cuenta unicamente los consultorios - del HGZ C/MP No. 11 del IMSS Xalspa, Ver., del horario AC

A estos pacientes se les aplicó un cuestionario (a nexo) previamente comprobada su efectividad durante 15-días, posteriormente se conto cuantos de estos pacientes requirieron atención por parte del segundo nivel y que-fué lo que determino ésta atención.

Como recursos humanos utilizamos los médicos residentes de Medicina Familiar y médicos internos adscritos a los consultorios del horario AC y al servicio de-Pediatría Médica, los materiales fueron unicamente un - cuestionario y un lápiz.

Este estudio fué autofinanciado.

QUESTIONARIO

No _____ Consultorio _____ Fecha _____

I. Datos personales:

Afiliación _____ Nombre _____ Edad _____
Sexo _____ Domicilio _____

II. Cuadro Clínico:

Fecha de inicio _____ No. de evacuaciones/24Hs _____
Características (consistencia, color, olor, elementos
anormales) _____
Vomito (Presencia o ausencia, número, característi-
cas, o no interrogado) _____
Hipertermia (presencia, ausencia o no interrogado) _____

III. Exploración física:

Peso _____ Talla _____ Temperatura _____
No explorado _____
Datos de DHE (presentes, ausentes o no explorados) _____

IV. Auxiliares de diagnóstico:

Bionetría hemática _____
Coproparasitoscópico _____
Moco fecal _____
Cepscultivo _____
Otras (o no solicitados) _____

V. Diagnóstico elaborado

VI. Terapéutica empleada:

- 1.- Promoción y protección específica (si o no) _____
- 2.- Orientación dietética (especificar) _____
- 3.- Sobres hidratantes (si o no) _____
- 4.- Medicamentos antidiarreicos (si o no, especifi-
car dosis y forma de administración) _____
- 5.- Antimicrobianos (si o no, tipo, dosis forma de -
administración) _____

6.- Antiparasitario (si o no, tipo, dosis y forma de administración) _____

7.- Se cito nuevamente (si o no) _____

VII. Requirio hospitalización:

Si o no y motive (anotar evolución) _____

CAPITULO III

RESULTADOS (MANEJO ESTADISTICO)

Se procedió a la recolección de datos por medio de el cuestionario ya referido.

Se extrajeron los resultados que fueron analizados y representados posteriormente por medio de cuadros.

Se analizaron estos resultados y se compararon con los obtenidos por otros autores, se llegó a conclusiones y se imprimió este trabajo para tesis, se hará llegar a los Médicos Familiares.

Se estudiaron un total de 101 niños menores de dos años que acudieron, en el lapso de Julio a Diciembre de 1984, a la consulta externa de Medicina Familiar en los consultorios del horario AG, y a los cuales se les diagnosticó gastroenteritis aguda o cualquiera de sus síndromes, a estos se les aplicó nuestro cuestionario encontrando que:

Del total, 48 correspondieron al sexo masculino -- (47.52%) y 53 al femenino (52.48%).

En relación con el grupo de edad y sexo encontramos 3 dentro de grupo menores de 28 días(2.97%) de los cuales todos fueron del sexo femenino (100%); en el grupo de más de 28 días a un año encontramos 45 (44.55%) y de estos 22 fueron femeninas(48.88%) y 23 masculinos -- (51.12%); el grupo de mayores de un año a dos años correspondieron 53 (52.24%) siendo 28 femeninas(52.83%) y 25 masculinos (47.17%).

En relación con el interrogatorio sobre cuadro clínico se encontró que a 58 de ellos (57.43%) no se les interrogó sobre fecha de inicio del padecimiento; a 35- (34.65%) no se les interrogó sobre características y -

...numero de las evacuaciones, al 64.35% si se les interrogo al respecto pero nunca en forma completa; sobre la presencia o no de vomito encontramos que a 73 del total (72.27%) no se les interrogo al respecto, de los 28 restantes a los que si se les pregunto(27.73%) en ningun caso se especifico numero y caracteristicas del mismo; en relacion a la presencia de hipertermia 62 de ellos no fueron interrogados(61.38%) al respecto.

En el renglón correspondiente a exploración física se encontro que del total a 82(81.18%) no se les tomo temperatura, solo a 19 les fue tomada(18.82%) encontrando solo 8 con hipertermia; 88 de ellos no fueron pesados(87,12%); a 101 no se les tomo la talla(100%); 61 no fueron ni pesados, ni medidos, ni se les tomo temperatura(60.39%); a 59 no se les exploro buscando datos de desequilibrio hidroelectrolitico(58.41%), de los 42 explorados al respecto solo en 4 se encontraron.

En la sección correspondiente a exámenes de laboratorio solicitados se encontro que unicamente en 5 casos se solicitaron (4.95%), y en ninguno de ellos se recibió el resultado.

Los diagnósticos elaborados fueron muy variados para cuadros clínicos similares, encontrándose 43 diferentes y 10 casos en los que no se anoto diagnóstico; algunos de los más usados fueron: gastroenteritis en 14 ocasiones(13.86%), enteritis en 14 (13.86%), enteritis aguda en 5 (4.95%), enterocolitis en 5 (4.95%), gastroenteritis infecciosa en 4 (3.95%), diarrea en 4 (3.95%), enteritis probablemente infecciosa en 3(2.97%), enteritis del lactante en 3 (2.97%), enteritis parasitaria en 2(1.98%), diarrea inespecifica en 2 (1.98%), gastroenteritis viral en 2(1.98%), colitis en 2(1.98%), diarrea por mal manejo dietético en 2 (1.98%), enteritis infecciosa en 2(1.98%), probable parasitosis intestinal en 2 (1.98%) y con una ocasión cada una: diarrea verde, gastroenteritis probablemente infecciosa, síndrome diarreico, gastroenteritis de etiología a determinar, colitis amibiana, diarrea de repetición, gastroenteri--

...tis del lactante, diarrea probable enterocolitis, -- probable enterocolitis amibiana, diarrea esporádica, -- diarrea probablemente parasitaria, gastroenteritis infecciosa de repetición, diarrea alimentaria, probable infección enteral, gastroenteritis probablemente viral, síndrome diarreico probablemente amibiano, gastroenteritis probablemente amibiana, síndrome diarreico de etiología a determinar, enteritis probablemente amibiana, -- enteritis mixta, síndrome diarreico por mala técnica -- probablemente infeccioso, colitis mixta, enteritis inespecífica, enteritis alimentaria, gastroenteritis incidente, parasitosis intestinal, probable paracitosis intestinal, correspondiéndole a cada uno el 0.99%.

En relación con la terapéutica empleada se encontró que a 60 de ellos (59.40%) no se les efectuó promoción de la salud y protección específicas; a 69 de ellos (68.31%) no se les dió orientación dietética, solo a 32(31.69%) de los cuales a 4 les indicaron dieta normal, a 13 ayuno, a 6 líquidos claros, a 7 dieta blanda, a 2 dieta exclusiva de caseinato de calcio; a 90 no se les indicaron sobres hidratantes(89.10%), a los 11 restantes si, pero no se les indicó en forma clara y precisa la forma de prepararlos y administrarlos; en 65 casos se usaron antidiarreicos (64.35%), siendo el más recorrido caolin y pectina con 61(93.84), le sigue el difenoxilato con atropina en 2 ocasiones(3.07%), caseinato en 2(3.07%); en 15 niños se indicó otro tipo de medicamentos: a 7 acetaminofen, a 4 dimenhidrinato, a uno dicitolomina, uno butilioscina, uno dimenhidrinato más acetaminofen, uno metoclopramida más acetaminofen; en 60 casos (59.40%) se utilizó antimicrobiano, ampicilina en 50 ocasiones (83.33%), furazolidona en 5(8.33%) y con una ocasión: ftalil-sulfetiazol, colimicina, neomicina, colimicina más furazolidona, ampicilina más furazolidona correspondiéndoles el 1.66% a cada una; en 23 ocasiones se administro antiparasitario(22.77%), a 11 de ellos diyodohidroxiquinoleina(47.82%), a 5 mebendazol(21.73%), a 3 metronidazol(13.04%), a 2 piperazina (8.69%) y con una ocasión: diyodohidroxiquinoleina más piperazina, metronidazol más mebendazol correspondiendo

...les el 4,35% a cada combinación. En 9 ocasiones se unio antiparasitario más antimicrobiano; del total, únicamente 5 (4.95%) fueron manejados conservadoramente, sin ningún medicamento; a 36 (35.64 %) se les administro cuando menos un medicamento siendo el más usado en esta forma caolin y pectina en 17 ocasiones(47.22%), - ampicilina en 10 (27.77%), mebendazol en 2(5.55%), diyo dohidroxiquinoleina en 3 (8.33%) y con uno cada uno -- (2.77%); difenoxilato, dicitolomina, furazolidona, metronidazol; en 49 ocasiones se usaron dos medicamentos siendo la combinación más frecuente caolin y pectina -- con ampicilina en 22 ocasiones (44.89%), caolin con diyodohidroxiquinoleina en 5 (10.20%) y con una cada una (2.04%) ampicilina más dimenhidrinato, o mebendazol, o metronidazol, o butilhidocina, o diyodohidroxiquinoleina, o piperazina, la caolin y pectina unida a colimicina, o metronidazol, o mebendazol, o piperazina, o neomicina o dimenhidrinato, o furazolidona, otra combinación observada en una ocasión cada una fué furazolidona con difenoxilato, o colimicina, o mebendazol y por última -- la diyodohidroxiquinoleina unida a piperazina o sulfas; en 11 ocasiones se administraron 3 medicamentos a la -- vez (10.89%) , en 5 de ellas (45.45%) acetaminofen más ampicilina más caolin y pectina, en dos(18.18%) ampicilina más dimenhidrinato más caolin y pectina y en una: ampicilina-metoclopramida-acetaminofen, mebendazol-metronidazol-caolin, furazolidona-mebendazol-caolin, diyo dohidroxiquinoleina-ampicilina-furazolidona correspondiendoles el 9.09% a cada combinación; en un caso se administraron cuatro medicamentos a la vez(0.98%);caolin-dimenhidrinato-acetaminofen-ampicilina.

Solamente a 10 niños se les cito nuevamente para -- conocer la evolución(9.80%).

Del total 13 requirieron hospitalización(12.87%), 11 por dehidratación(84.61%), y dos por persistencia del cuadro (15.39%), de estos 13 a 3 se les habia dado antidiarreico, a 3 antibiotico, a 3 antidiarreico y antimicrobiano (69.23%), solo a 4 no se les administro ningun medicamento(30.77%), de los 11 ingresados por --

...deshidratación a ninguno se le había administrado so-
bre hidratante. Los 13 evolucionaron torpidamente pero-
hacia la curación, no se presentaron defunciones.

Cuadro 1

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS MENORES DE DOS AÑOS CON GASTROENTERITIS, CONSULTA EXTERNA DE M.F., HGZ C/MF No 11 - XALAPA, VER JUNIO-DICIEMBRE DE 1984

SEXO	No	%
MASCULINO	48	47.52
FEMENINO	53	52.48
TOTAL	101	100

Cuadro 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LOS MENORES DE DOS AÑOS CON GASTROENTERITIS, CONSULTA EXTERNA DE M.F., HGZ - C/MF No 11 XALAPA, VER JUNIO-DICIEMBRE DE 1984

GRUPO DE EDAD	No	%
28 DIAS O MENOS	3	2.97
29 DIAS A UN AÑO	45	44.56
MAS DE UN AÑO A DOS AÑOS	53	52.47
TOTAL	101	100

Cuadro 3

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	No	%	No	%
28 DIAS O MENOS	0	0	3	100
29 DIAS A UN AÑO	23	51.11	22	48.89
MAS DE UN AÑO A DOS AÑOS	25	47.16	28	52.84

Fuente: Cuestionarios.

Cuadro 4

DISTRIBUCION EN RELACION A INTERROGATORIO SOBRE CUADRO -
CLINICO.

DATO A INTERROGAR	INTERROGADO		NO INTERROGADO	
	No	%	No	%
INICIO DEL PADECIMIENTO	43	42.57	58	57.43
NUMERO Y CARACTERISTICAS DE LAS EVACUACIONES	66	65.34	35	34.66
PRESENCIA DE VOMITO	28	27.72	73	72.28
PRESENCIA DE HIPERTERMIA	39	38.61	62	61.39

Cuadro 5

DISTRIBUCION EN RELACION A EXPLORACION FISICA DE DATOS -
BASICOS.

DATO A EXPLORAR	EXPLORADO		NO EXPLORADO	
	No	%	No	%
TEMPERATURA	19	18.81	82	81.19
PESO	13	12.88	88	87.12
TALLA	0	0	101	100
SIGNOS DE DESHIDRATACION	42	41.58	59	58.42

Cuadro 6

DISTRIBUCION EN RELACION A UTILIZACION DE AUXILIARES DE
DIAGNOSTICO.

SOLICITADOS		NO SOLICITADOS	
No	%	No	%
5	4.95	96	96.05

Fuente: Cuestionarios

Cuadro 7

DIFERENTES DIAGNOSTICOS ELABORADOS EN LOS 101 PACIENTES ENCUESTADOS.

DIAGNOSTICO	No	%
GASTROENTERITIS	14	13,86
ENTERITIS	14	13,86
ENTERITIS AGUDA	5	4,95
ENTEROCOLITIS	5	4,95
GASTROENTERITIS INFECCIOSA	4	3,96
DIARREA	4	3,96
ENTERITIS PROBABLEMENTE INFECCIOSA	3	2,97
ENTERITIS DEL LACTANTE	3	2,97
ENTERITIS PARASITARIA	2	1,98
DIARREA INFECCIOSA	2	1,98
GASTROENTERITIS VIRAL	2	1,98
COLITIS	2	1,98
DIARREA POR MAL MANEJO DIETETICO	2	1,98
DIARREA INESPECIFICA	2	1,98
OTROS *	37	36,63 **

* 37 DIFERENTES

** 0.99 % c/u

Cuadro 8

DISTRIBUCION EN RELACION A PROMOCION DE LA SALUD Y PROTECCION ESPECIFICAS

SE EFECTUO		NO SE EFECTUO	
No	%	No	%
41	40,59	60	59,41

Fuente: Cuestionarios

Cuadro 9

DISTRIBUCION EN RELACION A ORIENTACION DIETETICA

SE ORIENTO		NO SE ORIENTO	
No	%	No	%
32	31.68	69	68.32

Cuadro 10

DISTRIBUCION EN RELACION AL TIPO DE ORIENTACION DIETETICA OTORGADA.

ORIENTACION DADA	No	%
DIETA NORMAL	4	12.50
AYUNO	13	40.62
LIQUIDOS CLAROS	6	18.75
DIETA BLANDA	7	21.88
CASEINATO DE CALCIO	2	6.25
TOTAL	32	100

Cuadro 11

DISTRIBUCION EN RELACION A LA ADMINISTRACION DE SOBRES-HIDRATANTES

ADMINISTRADOS		NO ADMINISTRADOS	
No.	%	No	%
11	10.89	90	89.11

Cuadro 12

DISTRIBUCION EN RELACION AL MANEJO CONSERVADOS O USO DE MEDICAMENTOS

MANEJO	NO	%
CON MEDICAMENTOS	96	95.04
CONSERVADORAMENTE	5	4.96

Fuente: Cuestionarios

Cuadro 13

DISTRIBUCION EN RELACION AL TIPO DE MEDICAMENTO UTILIZADO

MEDICAMENTO	No	%
ANTIDIARREICO	65	64,35
ANTIBIOTICO	60	59,40
ANTIPARASITARIO	23	22,77
OTROS*	15	14,85

* Acetaminofen 7, Dimenhidrinato 4, Diciclomina 1, butil hioscina 1, Dimenhidrinato más Acetaminofen 1, Metoclopramida más acetaminofen 1.

Cuadro 14

DISTRIBUCION EN RELACION AL TIPO DE ANTIDIARREICO USADO

ANTIDIARREICO	No	%
CAOLIN Y PECTINA	61	93,84
Difenoxilato con ATROPINA	2	3,08
CASEINATO DE CALCIO	2	3,08
TOTAL	65	100

Cuadro 15

DISTRIBUCION EN RELACION AL ANTIBIOTICO USADO

ANTIBIOTICO	No	%
AMPICILINA	50	83,34
FURAZOLIDONA	5	8,33
OTROS*	5	8,33
TOTAL	60	100

* Ftalil sulfatiazol, colimicina, neomicina.

Fuente: Cuestionarios

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro 16

DISTRIBUCION EN RELACION AL ANTIPARASITARIO USADO

ANTIPARASITARIO	No	%
DIYODOHIDROXIQUINOLEINA	11	47.83
MEBENDAZOL	5	21.73
METRONIDAZOL	3	13.04
PIPERAZINA	2	8.70
OTROS*	2	8.70
TOTAL	23	100

* Combinaciones de los anteriores.

Cuadro 17

DISTRIBUCION EN RELACION AL NUMERO DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

No. DE MEDICAMENTOS	No	%
UNO	36	37.50
DOS	48	50
TRES	11	11.46
CUATRO	1	1.04
TOTAL	96	100

Cuadro 18

DISTRIBUCION EN RELACION A SI SE CITO POSTERIORMENTE

SE CITO		NO SE CITO	
No	%	No	%
10	9.90	91	90.10

Fuente : Cuestionarios

Cuadro 19

DISTRIBUCION EN RELACION A SI REQUIRIERON HOSPITALIZACION

SI REQUIRIO		NO REQUIRIO	
No	%	No	%
13	12.87	88	87.13

Cuadro 20

DISTRIBUCION EN RELACION A LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION

CAUSA	No	%
DESHIDRACION	11	84.61
PERSISTENCIA DEL CUADRO	2	15.39
TOTAL	13	100

Fuente: Cuestionarios

CAPITULO IV

DISCUSION

La muestra de 101 niños , que es el total de los - que solicitaron consulta por gastroenteritis en el lapso del estudio, la consideramos representativa.

Nuestros resultados son concordantes, en esencia, - con los obtenidos por otros autores, y en los que se de muestra falta de unificación de criterios en torno no - solo al manejo sino también al diagnóstico, lo cual repercute en forma negativa en la calidad de la atención - médica, y también que se sigue incurriendo en desvíos - mes.

Merrison, por ejemplo, encontro de 181 niños con - gastroenteritis 81 menores de un año(80%) contra 47.52% de nuestro estudio; encontro además que 90 de ellos(49. -72%) habían recibido algún medicamento, contra 95.04% - del nuestro, a 54 se les administró antidiarreicos(60%) contra 67.81% de nuestro estudio, 41 recibieron antiemé - ticos(45.55%) contra 4.16 % de nuestro estudio, 39 reci - bieron antibióticos(43.33%) por 62.55% del nuestro, en - contro también que 29 recibieron dos drogas a la vez -- (16.02%) y nosotros encontramos 48.51 % en el nuestro, - 4 tomaron tres drogas a la vez(2.20%), contra el 10.89% de nuestra muestra, a 14 se les suspendió la vía oral o sea al 7.78% contra el 18.81% de nuestro estudio, al i - gual que en nuestro estudio ninguno recibió soluciones - orales; Chin KC . et al. en un estudio similar en In - glaterra, al examinar el manejo domiciliario en dos pe - ríodos con 274 niños menores de dos años en el primero - y 258 en el segundo encontraron 2/3 de ambos períodos - menores de un año, por aproximadamente 50% en nuestra - muestra, en el primer período se les prescribieron dro - gas al 60% y en el segundo al 63% por 95.04 del nuestro, - contra además que el 28% recibieron dos o más drogas - contra 60% de nuestro estudio, encontro que los entid - rreicos fueron los más comunes(30 y 28% respectivamente - en el primer y segundo período) por 67.81 en nuestro es -

... tudio, a diferencia de nosotros el encuentro el dife
noxilato como el más usado (nosotros encontramos que el
más usado fue caolin con pectina); los antibioticos con
20% fueron los segundos más usados, al igual que en ---
nuestro estudio con 62.55%, los antiepsémicos y anti
heméticos en tercer lugar al igual que en el nuestro.

Lo anterior nos muestra un panorama amplio de los
errores en que se incurre no solo a nivel de nuestra un
dad, sino como ya pudimos apreciar a nivel internacio--
nal. También se observe abuso en el uso de antidiarroi--
cos y antibioticos, más notorio en nuestro estudio, se
observe la misma falla en cuanto al uso del ayuno como
parte de la terapéutica cuando lo importante es mante--
ner el aporte calórico adecuado para evitar la desnutri
ción, siempre y cuando no existan complicaciones espe--
cificas, la no administración de soluciones orales, tan
importantes en la prevención y aún tratamiento de la --
deshidratación leve-moderada, y la prevención primaria -
parte del manejo integral y que no es manejada.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Al finalizar nuestro estudio, una vez analizados - los resultados obtenidos y comparandolos con los de otros autores, podemos concluir:

Llegamos a nuestro objetivo de analizar los esquemas terapéuticos utilizados por el médico familiar para el manejo de las gastroenteritis, pudiendo así evaluar la calidad de la atención médica.

Corroboramos nuestra hipótesis al demostrar que la falta de unificación de criterios para el manejo de las gastroenteritis redundó en una mala calidad de la atención médica.

No hay congruencia entre los datos clínicos, la serología y el diagnóstico establecido, ya que al no existir un interrogatorio y exploración física adecuados es imposible establecer un diagnóstico.

Observamos que no hay relación entre diagnóstico y tratamiento; en este último persisten las desviaciones, hay cierta resistencia del médico para la promoción de la salud y protección específica, no existe orientación dietética a la madre y cuando la hay se continúa haciendo uso del ayuno aún en ausencia de indicaciones para - el mismo, no se prescriben los sobres hidratantes para prevenir alteraciones hidroelectrolíticas, se abusa del antidiarreico y de los antibióticos, ya que en casi ningún caso se justifica su uso, no se cita al paciente para seguirlo en su evolución.

Así como hay gran variedad de diagnósticos, observamos lo mismo con los esquemas terapéuticos, en donde se observa la no unificación de criterios.

Proponemos insistir con el médico familiar sobre -

...el esquema terapéutico actualmente aceptado para el manejo de las gastroenteritis, tratando de unificar los criterios, ya sea a través de cursos monográficos, revisiones bibliográficas, concientización, etc, etc.

No debemos olvidar algo muy importante, lo importante no es curar las gastroenteritis sino tratar de -- prevenir se sigan presentando en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mota HP. La hidratación oral en niños con diarrea.-
Salud Pública en México. 1984;26(1):9-25
- 2.- Morrison PS, et al. How is gastroenteritis treated.
Br Med J (Clin Res). 1981 Nov 14;283(6302):1300
- 3.- Angelides A, Fitzgerald JP. Adelantos Farmacológi--
cos en el tratamiento de enfermedades gastrointesti--
nales. Clin Ped Nor Am . 1981 Feb;1(1):93-103
- 4.- William AM Cutting. Management of gastroenteritis -
at home (Letter) . Br Med J (Clin Res) . 1981 -
Dec 12; 283(6); 1606-7
- 5.- Vega Franco Leopoldo. Tratamiento de las enfermeda--
des diarreicas. Lo que el Pediatra no debe hacer. -
Bol Med Del Hosp Inf de Méx. 1981 Sept-Oct; 38(5):-
817-24
- 6.- Wharton BA. Gastroenteritis in Britain. Management--
at home (Edit). Br Med J (Clin Res). 1981 Nov 14
283(6302-); 1277-8
- 7.- Laurence Finberg, MD. The role of oral electrolyte--
glucose solutions in hydration for children. Inter--
national and domestic aspects. The J of Paediatrics
1980 Jan; 96(1):51-4
- 8.- Morales G. et al . Requerimientos de sodio en lac--
tantes deshidratados por diarrea. Rev Med IMSS(Méx)
1982 Nov-Dec; 20(6):633-37
- 9.- Oral Rehydration therapy for diarrhea (letter) . --
the Journal of pediatrics. 1980 Sept; 97(3):515-18
- 10.- Management of gastroenteritis at home (letter) .-
Br Med J(Clin Res) , 1982 Jan 16; 284(6310):194

- 11.- Lifshitz Alberto. El espectro de los antimicrobia--
nos. Rev Med IMSS(Méx). 1984 Ene-Feb;22(1):1-3
- 12.- Guiscafre GH, et al. Resistencia de enterobacterias
y Pseudomonas , recomendaciones terapéuticas. Rev -
Med IMSS(Méx) . 1983 Sept-Oct; 20(5):485-92
- 13.- Manuel Gómez Ibarra. Terapéutica con antibióticos -
en la práctica diaria en la UMF No. 57 Veracruz, --
Ver. Méx. Tesis 1980