

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE

LOS TRABAJADORES DE ESTADO

CLINICA ESTATAL DEL I.S.S.S.T.E.

AGUASCALIENTES.

91



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE
MEXICO

" ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN
NIÑOS DE 0-5 AÑOS DE EDAD EN LA
CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. EN AGUASCALIENTES:
ENERO A JUNIO DE 1995 "

293640

TRABAJO QUE PARA

OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

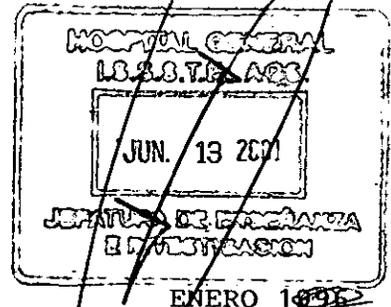
P R E S E N T A :

DRA. TERESA NAVARRO ESQUIVEL



ISSSTE
BIENESTAR
SOCIAL

AGUASCALIENTES, AGS.



2001



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN NIÑOS DE
0 A 5 AÑOS DE EDAD EN LA CLÍNICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. EN
AGUASCALIENTES: ENERO A JUNIO DE 1995

Trabajo de investigación que para obtener el diploma de Especialista en Medicina
Familiar. Presenta:

DRA. TERESA NAVARRO ESQUIVEL

AUTORIZACIONES



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



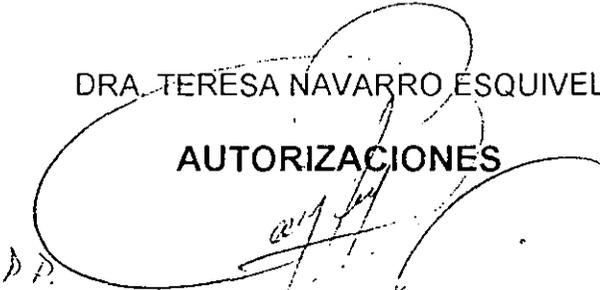
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADO DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

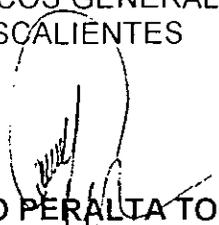
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD EN LA CLÍNICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. EN AGUASCALIENTES: ENERO A JUNIO DE 1995

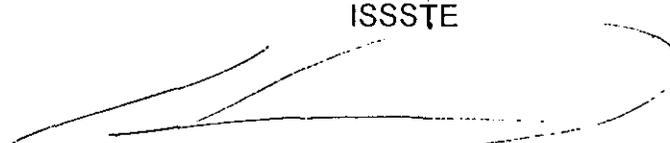
Trabajo de investigación que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar, Presenta:


DRA. TERESA NAVARRO ESQUIVEL

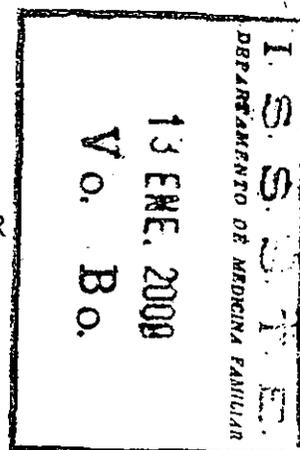
AUTORIZACIONES


DR. J. ROBERTO JAIME MENDEZ
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES
AGUASCALIENTES


DR. AMBROSIO PERALTA TORRES
ASESOR DE TESIS
ISSSTE


DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA
Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
ISSSTE



I N D I C E

1.-	Introducción.	1
2.-	Marco Teórico.	2
2.1	Definición (Diarrea).	2
2.2	Epidemiología.	3
2.3	Antecedentes Nacionales.	5
2.4	Situación Estatal.	9
3.-	Generalidades.	11
3.1	Causas.	11
3.2	Manifestaciones Clínicas.	13
3.3	Diagnostico.	14
3.4	Tratamiento.	17
3.5	Tratamiento Antimicrobiano	23
3.6	Errores que deben evitarse en la atención de pacientes con diarrea.	24
3.7	Prevención.	25
4.-	Plantiamiento del problema.	26
5.-	Justificación.	27
6.-	Objetivos	29
6.1	General	29
6.2	Específicos	29
7.-	Material y Métodos.	30
8.-	Operacionalización de Variables	34
9.-	Consideraciones Eticas	35
10.	Resultados.	36
11.	Análisis de Resultados.	48
12.	Conclusiones y Comentarios.	49
13.	Anexos	56
14.	Bibliografía.	60

INTRODUCCION

La lucha contra las enfermedades diarreicas es tan antigua - como la humanidad; Guarda una relación con muy diversas circuns - tancias que en conjunto determinan el nivel de vida o bienestar - de la población; Sin embargo, es a partir del conocimiento, de su naturaleza infecciosa y de sus mecanismos fisiopatológicos; que - los esfuerzos se han sistematizado e inclusive se han organizado - en programas específicos, tal es el caso de las acciones de fo - mento a la salud, de los programas de mejoramiento de la nutri - ción y de saneamiento básico, y más recientemente de control de - enfermedades diarreicas en base a la hidratación oral y otras ac - ciones específicas.

En México, la primera experiencia documentada de utilización de la terapia de hidratación oral para control de las enfermeda - des diarreicas, se realizó en la región de LOS ALTOS DE JALISCO - durante los años 1958 - 1959 que tuvo como base la hidratación - oral casera temprana y oportuna, preparando la solución con azú - car y sal en la propia casa, ésta técnica por su aceptación fue - sustituida por sobres de plástico que contenían 48 grs. de sacaro - sa, 3 grs. de Na. Cl y 1 gr. de K Cl, para disolverse en un litro

2.- MARCO TEORICO :

2.1 DEFINICION :

Diarrea.- Se define como un aumento en la frecuencia fluidez y volumen (- 200 grs. día) de las evacuaciones. La función intestinal varía de un individuo a otro y en la definición de diarrea hay que tomar en cuenta estas variaciones. No se comprenden bien los factores que influyen en la consistencia de las heces; El contenido de agua no es la única determinante. En consecuencia la definición de diarrea en un sentido clínico es el aumento en la frecuencia o de la fluidez de las defecaciones en un individuo determinado.

En terminos fisiológicos la diarrea resulta de la eliminación de heces que contienen agua en exceso; o sea por absorción defectuosa o secreción de agua (12)(13)(16)(20)(21).

La mayoría de los episodios de diarrea aguda en niños es de origen infeccioso por lo cual también se denomina Gastroenteritis Infecciosa; (36). Sin embargo esta última designación tiene implícito el error de que no en todos los casos hay respuesta inflamatoria de tubo digestivo sobre todo en las diarreas en que predomina la característica secretoria de las células intestinales por la acción de toxinas. De manera general hay dos grandes grupos de este trastorno según sus características :

1.- DIARREA ACUOSA SIN SANGRE O NO INFLAMATORIA

2.- DIARREA CON SANGRE O INFLAMATORIA

La terapéutica de hidratación oral como parte fundamental del tratamiento de la diarrea aguda ha logrado disminuir de forma importante la letalidad asociada con la modalidad acuosa; Sin embargo las medidas adoptadas no han logrado un efecto significativo en la letalidad vinculada con la diarrea con sangre; Sobre todo en el síndrome disentérico (13)(25)(26).

2.2 DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

Se calcula que cada año en el mundo mueren por diarrea alrededor de cuatro millones de niños menores de 5 años de edad. Para este grupo de edad a nivel mundial hay aproximadamente 3.5 episodios de diarrea por persona por año, (36); Y en México, en el área urbana, se ha encontrado que un niño sufre de 2-4 episodios por año

Los datos indican mayor incidencia en sujetos entre 6 y 11 meses de edad. (4).

La tasa promedio de muertes por diarrea estimada en países en vías de desarrollo es de 650 por 100,000 habitantes por año. Para América Latina y el Caribe, de 420 por 100,000 habitantes por año. Y para México se ha observado una disminución de 518 por 100,000 habitantes por año. En 1940 a menos 62.9 por 100,000 habitantes por año. En 1993. (cuadro 1)(1)(4).

de agua. Después de un año de uso, se apreció al verse modificada la tasa de mortalidad, puesto que de 32.0 por 10,000 niños menores de 5 años que se presentó en los años 57, 58, de disminuyó a 7.8 por 10,000 en 1959. En las comunidades donde se utilizó la hidratación oral no hubo modificaciones en el indicador.

Además, es bien sabido que la prevención y el control de las enfermedades diarreicas están relacionadas con el nivel de vida y bienestar social de la población, entre cuyos elementos descansa la cultura y el nivel de escolaridad, el estado nutricional, saneamiento básico, el acceso a los servicios de salud y la calidad de éstos. (7) (8) (11) (37)

A pesar de esta reducción la diarrea como causa de muerte ocupa - el segundo lugar en menores de un año de vida post-natal y el primer lugar en el grupo de 1-5 años de edad. Casi el 10 % de todos- los episodios de diarrea aguda se manifiesta con sangre. En Méxi- co durante los cinco años mas recientes se ha informado un prome- dio anual de 10,000 casos de shigellosis (que constituyen solo - 20 % del total de casos de diarrea con sangre), por lo que se calcula alrededor de 50,000 episodios por año de diarrea con sangre- (3)(4)(7)(8)(9).

De las muertes por diarrea entre 40-60 % esta asociada con - diarrea persistente; En los enfermos que presentaron esta última- hasta el 70 % tuvo el antecedente de diarrea con sangre (13).

2.3 ANTECEDENTES NACIONALES:

Las enfermedades diarreicas en México han acusado un descen- so continuo, de su participación como causa de muerte; En 1940 - una de cada cuatro defunciones era atribuible a ésta enfermedad - y ocuparon hasta 1960 el primer lugar como causa de mortalidad. - En 1990 sólo una de cada 20 defunciones fue por enfermedad dia - rreica y se ubicó en el décimo lugar, aún así, es un problema de- Salud Pública por su afección a la niñez y en especial a los menores de 5 años .

Según datos de las Encuestas Médicas para el Control de las Enfermedades Diarreicas, de la S.S.A. (EMECADI), entre 1991-1993- los indicadores epidemiológicos de morbilidad se redujeron al -- 50 %.

La tasa de incidencia descendió de 16.8 al 9 %. En tanto que - la incidencia anual que para 1991 fue de 4.5 episodios de diarrea por niño por año; bajó a 2.2 en 1993.

El sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad por - diarreas instrumentado en 1993-1994 ha permitido disponer de datos confiables y oportunos de las defunciones con un mes de retraso. - La meta de reducir un 50 % la tasa de mortalidad por enfermedades- diarreicas en los menores de 5 años con relación a la observada en 1990 que era de 137.4 por 100,000 niños:menores de 5 años,se alcanzó en 1992. Cuando se logro una reducción de 50.9 por ciento y con decremento de 54.2 y tasa de 62.9 por 100,000 niños,indica una re- ducción de 67 % con lo cual se ha rebasado la meta formulada en la segunda reunión de la Comisión Nacional para el Control de las En- fermedades Diarreicas (CONACED) en abril de 1994, en que se esta - bleció el compromiso de alcanzar el 65 % de reducción de éste año- (14).

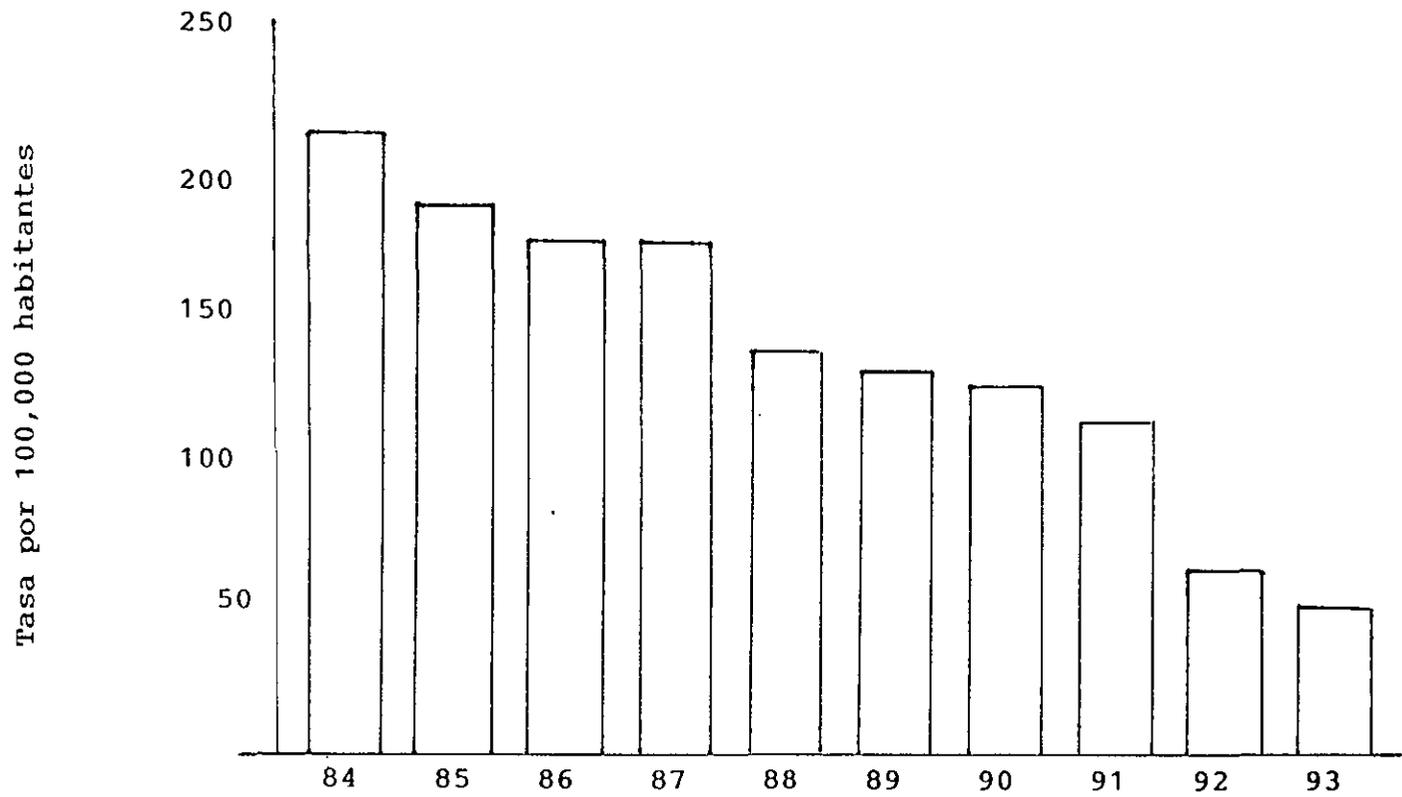
Este impacto también ha modificado el comportamiento mensual - de la mortalidad en su variación estacional; Hasta 1990, ma mayo- ria de las muertes se presentaba durante el verano,situación que- muestra un cambio wvidente en 1993 en que la ocurrencia de las de- funciones se desplazó al invierno, este fenomeno se acentuó en - 1994.

Si se divide al país en cinco regiones de acuerdo a su desarrollo socioeconómico se observa que en 1990 las regiones SUR, CENTRO Y SURESTE, se ubican en los rangos de mortalidad más altos y que el D.F. y la región Norte tienen los coeficientes menores.- En 1993 aunque se han recorrido las regiones a rangos inferiores- mantienen el mismo orden; cabe comentar que aunque los estados con mayores tasas fueron considerados como prioritarios y en ellos se desplegaron las acciones de manera intensiva, los rezagos entre regiones se mantienen.

La mejor oportunidad que el Sistema de Salud puede ofrecer a los niños con deshidratación u otra complicación por diarrea, es- de otorgarle atención médica en una Unidad de Salud , ésta posibilidad se ha medido a través de la ocurrencia de muertes, según - ocurrieron en el hogar o en una unidad médica en los años de 1990 y 1994.

Lo observado indica que en 1994 continuaron falleciendo los - niños con diarrea en su hogar; Practicamente en igual proporción - que en 1990; Situación que merece la atención debida, en la pro - yección de las estrategias que deberán aplicarse en el futuro, - (15)(37).

CUADRO 1



Mortalidad por Diarrea en menores de 5 años de edad en México (1984 - 1993), Tomado de Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos. INEGI.

2.4 SITUACION ESTATAL:

El estado de Aguascalientes no fué considerado como un estado prioritario, sin embargo se tienen cuatro municipios que sí son considerados de alto riesgo para la enfermedad diarreica, estos son: Calvillo, San José de Gracia, Cosío y Jesus María por tener tasas de mortalidad superiores a las reportadas a nivel estatal, - cuadro número 2.

En un resumen histórico presentado a nivel estatal por la - Secretaria de Salud de Aguascalientes, en un periodo de 10 años, - la mortalidad para 1984 por diarreas era de 266.9 por 100,000 habitantes menores de 5 años, y estas tasas han ido disminuyendo - en forma progresiva, sufriendo gran impacto para 1990 cuando se le dió mas apoyo al programa de diarreas, pues para 1994 la tasa de - de mortalidad por diarreas disminuyo a 30.5 por 100,000 habitantes menores de 5 años. (cuadro número 2).

Un dato importante, es que a los municipios de alto riesgo - a los cuales se les dió más apoyo en éste programa las tasas de - mortalidad por diarreas disminuyeron en forma considerable, en 3 - de ellos, al grado de que sus tasas quedaron por debajo de la tasa estatal y solo en el municipio de Jesús María la tasa de mortalidad continúa por arriba de la estatal, con 31.5 por 100,000 menores de 5 años de edad; Sin embargo algunos otros municipios como Asientos, Rincon de Romos, Tepezalá, El LLano y San Fco. de - los Romo, que no eran considerados municipios de alto riesgo, ela

Cuadro 2

TASA DE MORTALIDAD POR DIARREAS EN MENORES DE 5 AÑOS
DE AGUASCALIENTES

MUNICIPIO	1990	1993	1994
ESTATAL	86.8	39.7	30.5
AGUASCALIENTES	79.2	31.5	25.6
ASIENTOS	79.5	82.5	60.0
CALVILLO	112.9	41.0	26.6
COSIO	132.7	194.6	0
JESUS MARIA	171.8	32.3	31.4
PABELLON DE ARTEAGA	0	25.5	24.7
RINCON DE ROMOS	98.5	59.0	76.4
SAN JOSE DE GRACIA	183.5	0	0
TEPEZALA	44.0	89.8	43.6
EL LLANO	0	0	50.6
SAN FRANCISCO DE LOS ROMO	0	0	42.9

TASA: Por 100,000 habitantes del grupo de edad

FUENTE: Certificados de Defuncion del I.S.E.A.

varon sus tasa de mortalidad por arriba de la estatal, (cuadro-número 2-3).

3.- GENERALIDADES:

3.1- CAUSAS:

La frecuencia de identificación del agente etiológico en 1 los episodios de diarrea puede variar de 30 a 70%, dependiendo de la disponibilidad de técnicas de laboratorio, con los procedimientos actuales se ha logrado identificar casi 20 diferentes agentes asociados con diarrea acuosa que incluyen virus, bacterias, parásitos y hongos. Más de la mitad de los casos de diarrea infecciosa es causada por virus, y de éstos los rotavirus son los más habituales y otros con menor frecuencia comprenden: adenovirus, virus norwalk, parvovirus y cacivirus, (36). De los agentes bacterianos los más significativos desde el punto de vista clínico incluyen especie de salmonella, e. coli, campylobacter y yersinia enterocolítica y criptosporidium (24) (32)(36)

En pacientes con diarrea, especies de shigella constituyen -
el agente patógeno más comunmente aislado recuperandose en 20 a -
40% de los casos; (24). Especies de salmonella se aislan de 15 a
20%; E.

CUADRO 3

MORTALIDAD POR ENFERMEJADES DIARREICAS EN MENORES DE 5 AÑOS

(1) ESTADO DE AGUASCALIENTES

1981 - 1994

AÑO	MENOR 1 AÑO		1 A 4 AÑOS		MENOR DE 5 AÑOS	
	No.	TASA (2)	No.	TASA (3)	No.	TASA (3)
1981	222	10.6	32	43.6	254	275.0
1982	223	10.3	35	47.0	258	275.0
1983	252	11.3	43	57.2	295	312.1
1984	224	10.8	33	43.5	257	268.9
1985	172	7.8	36	46.9	208	215.2
1986	151	7.1	21	27.1	172	176.0
1987	134	5.8	31	39.6	165	167.4
1988	103	4.6	18	22.8	121	121.9
1989	102	4.5	16	20.2	118	118.3
1990	75	3.1	11	13.8	86	85.8
1991	72	2.9	9	12.0	81	81.5
1992	ND	ND	ND	ND	47	44.4
1993	36	1.9	7	8.0	43	39.7
1994	32	1.4	2	2.2	34	30.5

(1) Rubros 001 - 009 de la IX C.I.E.

(2) Por 1,000 Nacidos vivos registrados

(3) Por 100,000 habitantes del grupo de edad

FUENTE: Direccion de Planeación del I.S.E.A.

coli (entero hemorrágica y enteroinvasiva). Se ha identificado en alrededor del 15 % de los enfermos, y campylobacter en 14-19 % - campylobacter y especies de salmonella predominaron en sujetos - menores de un año de edad; Shigella en el grupo de 1 a 5 años de edad y especies de salmonella en pacientes de 14 años de edad.

La identificación de E. Histolytica como causa de diarrea - aguda con sangre en menores de 5 años de edad, es excepcional por lo que su participación debe sospecharse en individuos mayores de 5 años de edad, (24)(25)(26)(36).

3.2 MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los datos clínicos principales comprenden diarrea que incluye un aumento súbito del número y contenido líquido de las evacuaciones lo cual puede acompañarse de datos de síndrome infeccioso como: fiebre, malestar general, hiporexia, y vómitos; En los casos de disentería es posible encontrar además pujo, tenesmo y dolor abdominal tipo cólico con evacuaciones de alto contenido de moco y sangre, (32)(33)(35)(36)(37).

Según el predominio de las manifestaciones clínicas. Se consideran 2 grandes grupos:

1.- DIARREA ACUOSA AGUDA: Donde hay evidente predominio de líquido en las evacuaciones; casi siempre con incremento en el número-

de las evacuaciones: La mayoría de éstos casos tienen pocos -
datos de síndrome infeccioso.

2.- DIARREA CON SANGRE: Este grupo puede subdividirse a su vez en;

A) Síndrome Disentérico: Que se caracteriza por por evacua -
ciones numerosas, de escaso volumen, compuestas fundamentalmente
de moco y sangre, con poca materia fecsal, casi siempre acompaña -
da de cólico, pujo, tenesmo y fiebre. Estos pacientes por lo gene -
ral muestran un estado toxoinfeccioso.

B).- Síndrome Infeccioso con sangre: El cual corresponde a e -
vacuaciones compuestas fundamentalmente de materia fecal líquida
en las que se observan estrías sanguinolentas y moco; El estado -
general del paciente se encuentra menos afectado que en el gru -
po anterior.

3.3 DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se establece siempre desde el punto de vista e -
clínico. Por lo regular la madre informa de manera acertada los -
cambios en las características de las evacuaciones; Tanto en con -
sistencia como en número . La obligación fundamental en el diag -
nóstico de un niño con diarrea es la detección de la principal
complicación aguda es la DESHIDRATACION. En el cuadro 4 se descri -
ben los principales signos y síntomas que han de buscarse de ma -
nera intencionada para definir si el sujeto, se encuentra bien -
hidratado con, deshidratación moderada, o en estado de choque h:

povolémico, ya que de acuerdo con éstos datos se definirá el plan de tratamiento a seguir.

Durante la exploración, para conocer el estado de hidratación, es importante, además buscar de manera específica posibles signos que sugieran complicaciones agregadas o sea datos de mal pronóstico; Los cuales incluyen sangre y moco en las evacuaciones fiebre intensa con estado toxoinfeccioso, distensión abdominal progresiva, desnutrición grave, crecimientos viscerales (Hepatoesplenomegalia).

La realización de exámenes de laboratorio se restringe a condiciones particulares del paciente que evoluciona con diarrea.

Los principales estudios útiles en el manejo de la diarrea son: el coprocultivo y la citología de moco fecal.

El coprocultivo se solicita en casos de diarrea con sangre (que no responda después del tercer día de tratamiento), y en individuos con complicaciones extraintestinales, en recién nacidos e inmunodeficientes, en casos de brotes epidémicos y como parte de estudios de investigación; No se requiere tener el aislamiento microbiológico para decidir un plan de tratamiento. El estudio de citología de moco fecal sirve en la diarrea inflamatoria porque más de 20 a 30 polimorfonucleares por campo son muy sugestivos de que los agentes etiológicos sean especies de shigella; por otra parte éste análisis de laboratorio permite encontrar trofozoitos de *E. Histolytica* o *Giardia Lamblia*. En caso de que existan.

CUADRO 4

EVALUACION DEL ESTADO DE HIDRATACION

SIGNOS	BIEN HIDRATADO (Plan A)	DESHIDRATADO (Mas de dos signos)	CHOQUE HIPOVOLEMICO (Plan C)
Estado General	Alerta	Inquieto o irritable	inconconciente o
Ojos	Normales, llora con lágrimas	Hundidos, llora sin lágrimas	Muy hundidos
Boca y lengua	Húmedas	Secas, saliva espesa	Muy secas
Respiración	Normal	Rápida	Acelerada y profunda
Sed	Normal	Aumentada, bebe con avidez	No puede beber
Elasticidad de la piel	Normal	El pliegue se deshace con lentitud	El pliegue se deshace muy lentamente (más de dos)
Pulso	Normal	Rápido	Débil o ausente
Llenado capilar	Menor de 2s.	3 a 5s.	Más de 5s.
Fontanela (lactantes)	Normal	Hundida	Muy hundida

Tomado del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas. México: Secretaría de Salud.

3.4 TRATAMIENTO:

La base fundamental en el en el tratamiento de la diarrea es evitar la deshidratación y desnutrición, así como la detección oportuna de signos de alarma que indiquen complicación. Para evitar la deshidratación es de suma importancia efectuar una adecuada evaluación del paciente; (cuadro 2). Con base a lo anterior se selecciona el esquema de rehidratación a seguir.

En la actualidad se ha comprobado la utilidad de la solución electrolítica aprobada y recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Cuyo contenido es:

3.5 grs. de cloruro de sodio
1.5 grs. de cloruro de potasio
2.9 grs. de citrato de sodio
20.0 grs. de glucosa
1 litro de agua.

Permite mantener un equilibrio entre agua glucosa y sodio que facilita la absorción intestinal.

En México los sobres de ésta formula se distribuyen en forma gratuita con el nombre de Vida Suero Oral (V.S.O.) y también hay el mismo preparado en el comercio a precio muy bajo (7)(8)(9)(10)(11)(13)(14).

Los planes de hidratación recomendados son:

El plan A: Que se aplica cuando el paciente no esta deshidratado, en éstos casos el objetivo es prevenir la deshidratación aumentando la ingestión de líquidos que normalmente consume el niño, atoles de arroz o de maiz, sopas de zanahoria, lenteja o papa caldo de pollo, agua de coco, de guayaba, de limón o frutas secas etc.. (28). Además de Vida Suero Oral. Se recomienda que los líquidos sean ofrecidos en pequeñas cantidades con cuchara, o a pequeños sorbos, en caso necesario con gotero, la alimentación debe continuar siendo normal lo cual incluye el tipo de leche que se esta proporcionando al niño (13)(14).

Cuando hay deshidratación moderada se emplea el plan B del tratamiento. Este consiste en proporcionar Vida Suero Oral a dosis de 100 ml. por kilogramo de peso en las primeras 2 a 4 horas (cuadro 5). El paciente ha de ser evaluado a intervalos cortos para garantizar que se esta logrando la rehidratación y para recalcular en caso necesario los volúmenes de líquidos por dar de acuerdo con las perdidas que se han presentado. De manera ideal éste plan de rehidratación se realiza en una sala destinada para-

CUADRO 5

TRATAMIENTO DE LA DIARREA

Plan A
(Prevención de la Deshidratación)

Plan B
(Tratamiento de la deshidratación)

- 1.- Aumente la ingestión de líquidos y ofresca Vida Suero Oral
- 2.- Continúe proporcionando alimentación habitual
- 3.- Reconozca signos de deshidratación y otros de alarma

- 1.- Rehidrate con Vida Suero Oral a dosis de 100 ml/kg de peso para ofrecer en las primeras dos a cuatro horas, de manera fraccionada (cada 30 min.) con taza y cucharaditas
-
-

Tomado de Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas. México: Secretaría de Salud.

tal fin. (sala de rehidratación). Cuando el sujeto no se rehidrata con el primer esquema de líquidos orales este debe repetirse - y de no involucionar la deshidratación se administran líquidos - por vía intravenosa. Cuando se logra corregir la deshidratación - se continúa con el plan A de tratamiento en el hogar, a menos de - no haya una adecuada tolerancia a la vía oral que el paciente - presente más de dos evacuaciones por hora, que esté vomitando o - que no presente un estado nutricional sencillo (los niños desnutri - dos deben ser incorporados a un programa de alimentación nutri - cia). En todos los sujetos que requieran el plan B de tratamien - to es necesario aprovechar la presencia de la madre para enseñar - le a preparar y proporcionar el Vida Suero Oral, lo cuál asegura - que al momento de egresar el paciente, el riesgo de que éste vuel - va a deshidratarse sea menor; En todos los casos han de enseñarse los posibles signos de alarma para que el familiar los reconozca - y solicite pronta atención médica. (13)(14)(15).

Si en el momento de evaluación del enfermo se identifica cho - que hipovolémico es indispensable seguir el plan C. (figura 1) de manera ideal la rehidratación debe ser rápida utilizando la vía - intravenosa, hasta que el sujeto se recupere del estado de choque; luego se continúa la rehidratación intravenosa por un período bre - ve (no mayor de cuatro horas), hasta que el estado de conciencia - sea adecuado y permita seguir con la administración oral de liqui -

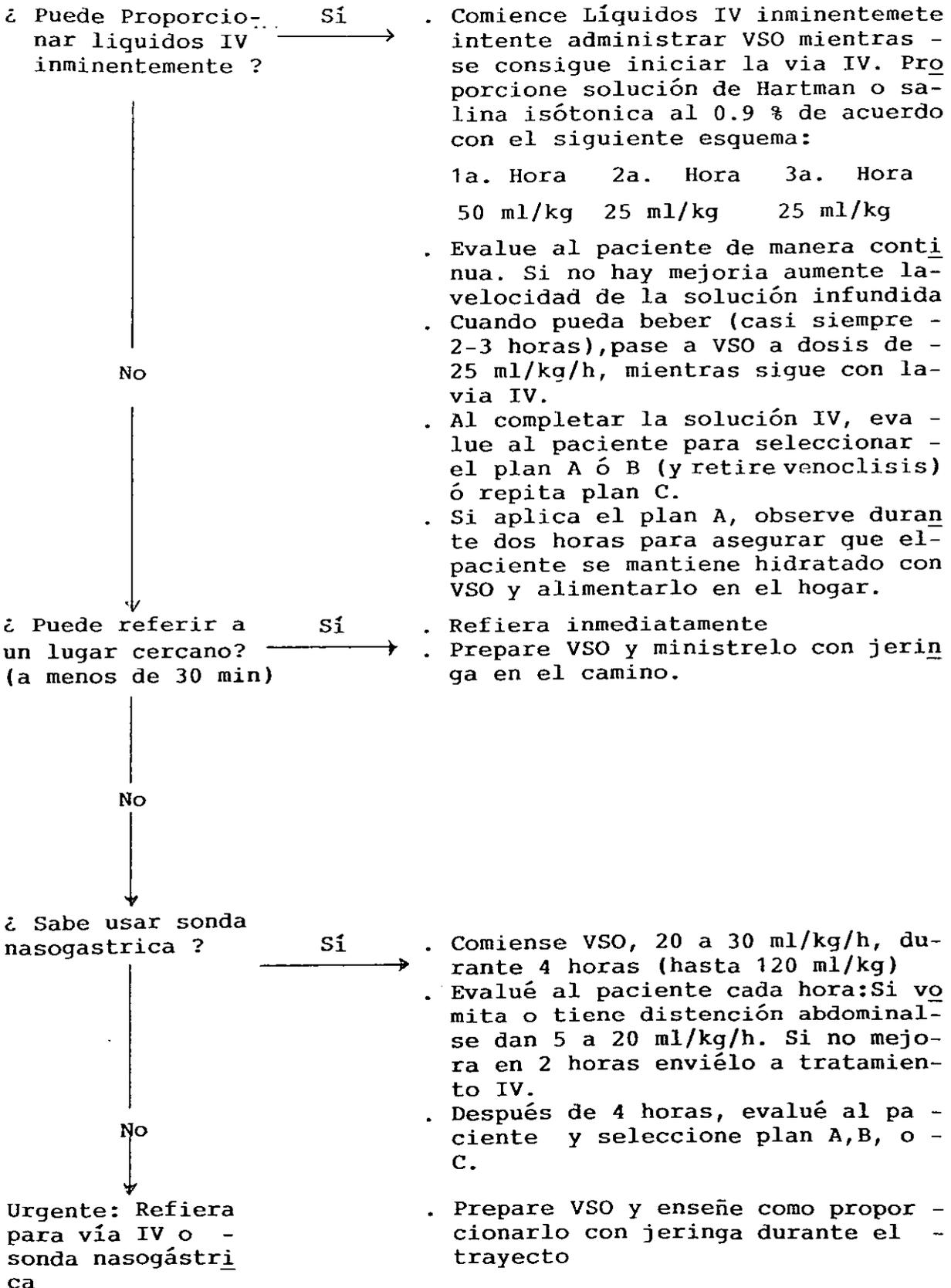


Figura 1: Tratamiento de la Enfermedad Diarreica (pla C). Tomado del Programa Nacional de Enfermedades Diarreicas SS.

quidos. En condiciones especiales cuándo no puede instalarse una venoclisis será necesario emplear sonda nasogástrica, para sacar del estado de choque al paciente, aunque ésta medida no es tan eficaz como la anterior.

Es importante recalcar que los niños han de seguir recibiendo los alimentos que acostumbraban recibir antes de iniciar el episodio agudo de diarrea.

No debe suspenderse la alimentación excepto durante el periodo requerido para la rehidratación. No se requiere diluir la leche de vaca en individuos que normalmente la beben. Solo se modifica la alimentación con leche cuando se demuestra claramente que hay intolerancia a la lactosa (evacuaciones explosivas, meteorismo, eritema perianal). Más la presencia de azúcares reductores en las heces; La sola presencia de azúcares en heces sin cuadro clínico compatible no justifica el suspender la alimentación con leche. Durante las dos semanas posteriores al episodio de diarrea aguda es recomendable ofrecer una cantidad mayor de alimentos para buscar una más rápida recuperación nutricia, (7)(8)(9)(10) - (11)(13)(14)(28).

3.5 TRATAMIENTO ANTI MICROBIANO EN LA DIARREA AGUDA:

Más del 90 % de diarrea aguda no se acompaña de sangre . En éstos casos no se requiere tratamiento antimicrobiano, unicamente cuando hay sospecha o está confirmado el diagnóstico de Colera, - puede prescribirse alguno de los antibióticos de elección : " DOXICICLINA, CLORHIDRATO DE TETRACICLINA, TRIMETOPRIMA MAS SULFAME-TOXAZOL, FURAZOLIDONA". En el 10 % de los pacientes restantes con diarrea, ésta se manifiesta con sangre. Se debe iniciar tratamiento antimicrobiano empírico en todos los sujetos con síndrome dí - senterico independientemente de la edad; siempre considerando que se trate de una shigelosis.

Si hay laboratorio disponible es indispensable efectuar estudios de citología de moco fecal, con búsqueda de trofozoítos, e.- histolytica y coprocultivo.

Si el examen citológico muestra abundantes polimofos nucleá - res se proporciona tratamiento antimicrobiano, y si se encuentran trofozoítos, se da terapéutica antimicrobiana. Cuando en el copro - cultivo se identifican especies de shigella, se continúa el trata - miento antimicrobiano; Si se aísla otro germen patógeno, se sus - pende el antibiotico.

Un coprocultivo negativo no elimina la posibilidad de que el agente etiológico sea alguna especie de shigella por lo que en - éstos casos se requiere continuar con el antibiotico. En enfermos

sin mejoría a las 72 hrs. de iniciado el tratamiento; sospeche -
la existencia de cepas de especies de shigella resistentes. -
Cuando no se cuenta con laboratorio, iniciar terapéutica empíri -
ca como si se tratara de una shigellosis; Cuando a las 72 horas -
no se observan datos de mejoría puede haber dos posibilidades;

1.- En individuos menores de 5 años de edad o en menores de 5 a -
ños de edad con fiebre y ataque al estado general, quizás sean -
especies de shigella resistentes al antibiótico utilizado.

2.- En niños mayores de 5 años de edad sin fiebre, tal vez la in -
fección sea causada por E. Histolytica.

El antibiótico de primera elección sugerido contra especies -
de shigella y la Organización Mundial de la Salud es Trimetopri -
ma con Sulfametoxazol, sin embargo el antibiótico de primera -
elección ha de ser seleccionado en cada región según los patro -
nes de sensibilidad (27) (32) (35) (36) (figura 2).

3.6.- ERRORES QUE DEBEN EVITARSE EN LA ATENCION DE PACIENTES CON - ENFERMEDAD DIARRREICA

1.- USO DE AGENTES ANTIDIARRREICOS, ANTIESPASMÓDICOS, ANTICOLICOLI -
NERGICOS, Y ANTIEMÉTICOS; Estos causan diferentes efectos colate -
rales, algunos pueden agravar la evolución clínica de la enferme -
dad.

y favorecer la aparición de complicaciones graves como: Ileoparalítico, depresión respiratoria, impactación fecal.

- 2.- Abuso en la indicación de antibióticos.
- 3.- Ayuno y restricciones dietéticas; éstos no han mostrado que modifiquen de modo favorable los episodios de diarrea.
- 4.- Empleo excesivo de venoclísis.
- 5.- Consultas apresuradas e incompletas, lo cuál dificulta una educación participativa de la madre o del familiar responsable.

3.7 PREVENCIÓN:

Hasta el momento actual no se han creado vacunas con eficacia contra los principales organismos patógenos. La mayoría de las vacunas contra E. Coli, Shigella, Rotavirus, y Vibrio Cholerae no contienen los inmunógenos que logren protección adecuada por períodos prolongados.

Las medidas que se han considerado eficaces y factibles de aplicar son las siguientes:

- 1.- Promoción de la lactancia materna
- 2.- Mejorar las prácticas de ablactación
- 3.- Uso de agua potable en suficiente cantidad
- 4.- Eliminación adecuada de excretas
- 5.- Lavado de manos.
- 6.- Manejo adecuado de heces en niños con diarrea.

.- PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el presente trabajo se trata de conocer la situación de la morbimortalidad, de la enfermedad diarreica en niños menores de 5 años en la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E., Aguascalientes.

Por lo que nos proponemos a investigar:

¿ Cuáles son los gérmenes patógenos más frecuentes responsables de la presentación de la enfermedad diarreica aguda, Qué antibióticos y antimicrobianos se utilizan en el manejo de la misma, cuál es el nivel socioeconómico más afectado, así como identificar cuál es la frecuencia de la presentación de la enfermedad diarreica en niños menores de 5 años pertenecientes al Sector 2 de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. , Aguascalientes ?

5.- JUSTIFICACION:

La importancia de realizar un DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO adecuado en la ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA en un primer nivel de atención radica en el hecho de que muchas de las complicaciones que se presentan en recién nacidos y niños en la primera infancia pueden prevenirse y con ello disminuir el número de hospitalizaciones, lo cual repercute en una mejor atención al paciente pediátrico y en consecuente ahorro de recursos.

El médico general es un profesionista competente que al realizar el diagnóstico y tratamiento del paciente con enfermedad diarreica aguda sin tener que derivarlo a otro nivel de atención de otros que por naturaleza del padecimiento no pueden ser atendidos en el primer nivel.

Mediante el presente estudio, se pretende encontrar los factores relacionados con la morbimortalidad por diarreas en la población derechohabiente de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. en Aguascalientes, en la población de 0-5 años de edad perteneciente al sector número 2; Ya que en el estado de Aguascalientes la tasa de mortalidad por diarreas en 1994 fue de 30.5 , mientras que la tasa nacional fue de 29.4.

Las muertes por diarreas en menores de 5 años en nuestro municipio se distribuyen de manera siguiente.

Un 40% se encuentran localizadas al oriente por donde precisamente transitan las aguas residuales, 40% al norte y 20% EN el área urbana ; Por tal motivo se pretende que los resultados obtenidos en éste estudio , van a servir a las Instituciones involucradas en el tratamiento y control de éstas enfermedades como son: S.S.A., I.S.S.S.T.E., D.I. F I.M.S.S. ., etc., para trabajar conjuntamente y lograr disminuir la morbimortalidad por diarreas en los menores de cinco años ; cumpliendo así con los compromisos adquiridos en la cumbre mundial a favor de la infancia.

Los resultados que se obtengan en éste trabajo se pretende que sirvan para apoyar los programas prioritarios en el control y vigilancia epidemiológica de las diarreas en nuestra institución y el municipio de Aguascalientes.

6.- OBJETIVOS:

6.1.- OBJETIVO GENERAL:

Identificar la frecuencia de la enfermedad diarreica en la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. Aguascalientes, en los menores de 5 años de edad pertenecientes al sector 2.

6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar los signos y síntomas más frecuentes presentados por los pacientes con enfermedad diarreica aguda.
- 2.- Identificar las técnicas y métodos diagnósticos utilizados en la enfermedad diarreica aguda.
- 3.- Conocer el manejo de la enfermedad diarreica aguda, en el primer nivel de atención.
- 4.- Identificar los agentes causales más frecuentes aislados, en la presentación de la enfermedad diarreica aguda.
- 5.- Determinar los factores de riesgo más importantes relacionados con el incremento de la morbimortalidad por diarreas en los menores de 5 años, en la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. Aguascalientes.

7.- MATERIAL Y METODOS:

7.1.- TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, de corte transversal.

7.2.- POBLACION LUGAR Y TIEMPO:

Se realizará la siguiente investigación en la clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de la ciudad de Aguascalientes, durante el período del 1º de Enero al 30 de junio de 1995. Las unidades de observación serán los expedientes clínicos.

Definición del universo de estudio.

- Se revisarán 892 expedientes clínicos de niños menores de 5 años, los cuales pertenecen al sector 2 de la Clínica Hospital del ISSSTE Ags. representando estos el 100% de sector en estudio

7.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

En éste estudio se revisarán el 100% de los expedientes de niños menores de 5 años, pertenecientes al Sector 2 de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de Ags., afectados por lo menos por un período de enfermedad diarreica aguda. Durante el período de enero a junio de 1995.

7.4.- CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todos los niños menores de 5 años pertenecientes al Sector 2 de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. Aguascalientes.

- Todos los niños menores de 5 años pertenecientes al Sector 2 de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. Aguascalientes que cursaron con enfermedad diarreica aguda. Durante el período de enero a junio de 1995.

7.5.- CRITERIOS DE EXCLUSION:

1.- NIÑOS MENORES DE 5 años no pertenecientes al sector 2.

2.- NIÑOS MAYORES DE 5 años de edad.

7.6.- CRITERIOS DE ELIMINACION:

- NIÑOS NO DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL DEL -
I.S.S.S.T.E.

- NIÑOS NO RESIDENTES EN LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES.

7.7.- INFORMACION RECOLECTADA:

La frecuencia del paciente con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, vistos en éste período de tiempo, será tomando en cuenta los siguientes parámetros:

- _ Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de 0-5 años de edad
- Antecedentes de cuadros diarreicos anteriores
- Motivo de la consulta
- Signos y síntomas presentados por el paciente
- Datos encontrados en la exploración física.
- Forma en que se realizó el diagnóstico.
- Tratamiento instituido.

7.8.- METODO DE OBSERVACION:

Será directo aplicando un cuestionario a cada uno de los expedientes clínicos de los niños pertenecientes al sector 2 de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de Aguascalientes, que hayan cursado por lo menos con un episodio de enfermedad diarreica aguda en éste período de tiempo.

7.9.- PLANES PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION:

La recolección se realizará en forma personal, acudiendo a la oficina de estadística de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de la Ciudad de Aguascalientes; Para revisar las hojas de reporte diario de la consulta del médico general , y los expedientes de los niños que hayan cursado al menos con un cuadro de enfermedad diarreica aguda para la aplicación del cuestionario mismo.

7.10 PLAN DE ANALISIS:

La información que se vierta se procesará haciendo cruces de variables y se presentará en cuadros y gráficas.

8.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	V. DE MEDIDA	ESCALA
Edad	Independiente Cuantitativa Discontinua	Años Meses	
Sexo	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	
Peso	Dependiente Cuantitativa Discontinua	Kgs. Grs.	
Talla	Dependiente Cuantitativa Discontinua	Cms.	
Episodios de diarrea	Independiente Cuantitativa Ordinal	1 2 3	
Grado de Nutrución	Independiente Cualitativa Ordinal	Primero segundo Tercero	Disminución de Peso en rela- ción al idea 1.- 11.25% 2.- 26.40% 3.- + 40 %
Nivel so- cioeconómi- co	Independiente Cualitativa Ordinal	Bajo Medio Alto	Salarios minimos

9.- CONSIDERACIONES ETICAS:

En el presente estudio no existe ningún riesgo para los sujetos en investigación; ya que sólo se revisarán los expedientes-clínicos de los pacientes que hayan cursado con algún episodio de enfermedad diarreica aguda durante el período de tiempo establecido para la realización de éste; contando con el consentimiento de los padres de los niños estudiados.

Como ésta investigación no utiliza dispositivos generadores de radiaciones ionizantes y electromagnéticas, isótopos radioactivos, microorganismos patógenos o material biológico que los contenga y otros procedimientos que puedan representar un riesgo para la salud. No implica además construcción ni manejo de ácidos nucleicos recombinantes por lo que no implica medidas de bioseguridad (38).

Por lo tanto por tratarse el presente de un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal, y que no identifica personas cumple con los códigos internacionales de la ética de la investigación.

10.- RESULTADOS:

Después de revisar las hojas de reporte diario de la consulta se obtuvieron los siguientes resultados:

De 892 niños pertenecientes al Sector 2 de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. Ags. Se encontró que sólo 650 pacientes habían cursado cuando menos con un episodio diarreico agudo, durante el período de Enero a Junio de 1995; de los cuales se localizaron solamente 538 expedientes identificando:

-Pacientes masculinos	282	52.41%
-Pacientes femeninos	256	47.58% (gráfica 5).

No se aprecia una diferencia significativa, ni de predominio de un sexo sobre otro en pacientes con síndrome diarreico lo cual se relaciona con los resultados obtenidos en el presente estudio. Así como los resultados enunciados en la bibliografía consultada (gráfica 6).

La distribución por grupos de edad fue la siguiente:

- Menores de un año	208	38.66%
- De 1 a 4 años	130	24.16%
- Mayores de 4 años	200	37.17%

Se observó una mayor frecuencia de síndrome diarreico en el grupo de edad de menores de un año; Siendo 119 Hombres 57.12%.

89 mujeres 42.78% lo cual se relaciona con lo que se refiere a la bibliografía consultada (13) (gráfica 5).

Con respecto a la frecuencia del Diagnóstico de síndrome diarreico en el grupo de edad de menores de 4 años por ser más notorios los signos y síntomas en ésta etapa.

El grupo con menor frecuencia fue el de 1-4 años de edad con 92 casos (17.10%).

Los signos y síntomas más frecuentes fueron: Vómito (320) que representa el 59.47% del total de los pacientes estudiados; Evacuación líquida 317 pacientes (58.92%).

Fiebre 189 pacientes (35.13%), signos de deshidratación de primer grado 160 pacientes (29.73%). Deshidratación de segundo grado 58 pacientes (10.78%). Deshidratación de tercer grado 39 pacientes (7.24%) (gráfica 1) Cuadro 7.

Los estudios de laboratorio realizados a estos pacientes con mayor frecuencia fueron los siguientes CPS (498 pacientes) BH (382 pacientes) EGO (407 pacientes) coprológico (321 pacientes) Amiba en frasco (297 pacientes).

CUADRO 6:

SEXO	NUMERO	%
MASCULINO	282	52.41
FEMENINO	256	47.58

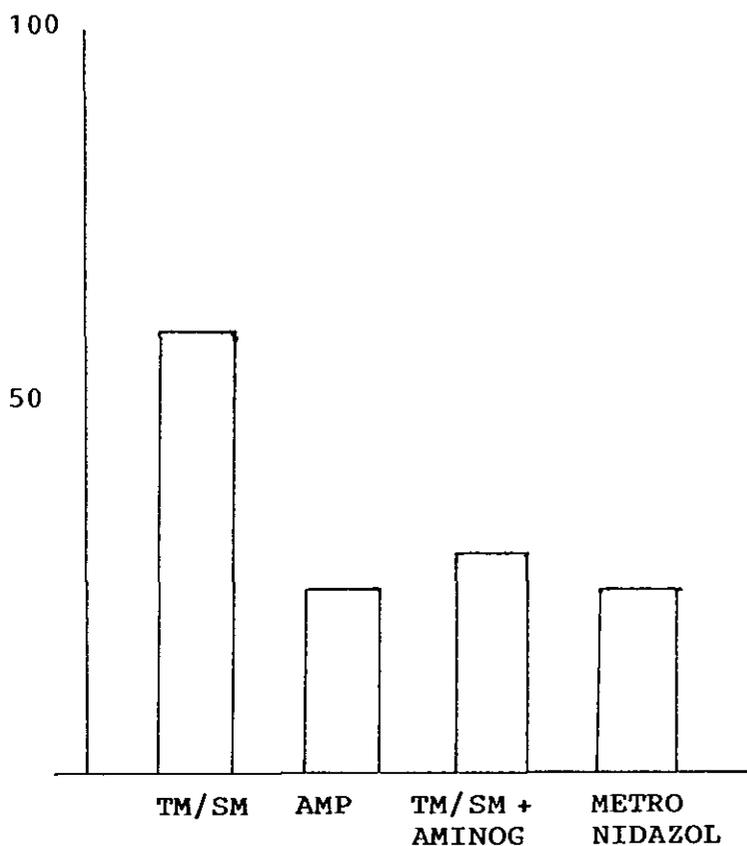
ESTUDIO REALIZADO EN 538 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ENFERMEDAD DIARREICA DE 0 - 5 AÑOS.

CUADRO 7 :

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	%
MENOS DE 1	95 (18.70%)	113 (21 %)	38.66 %
DE 1-4	83 (15.42%)	47 (8.73 %)	24.16 %
MAYORES DE 4 AÑOS	119 (22.11%)	81 (15.05%)	37.17 %
T O T A L	297	241	100 %

FRECUENCIA POR GRUPOS TOMANDO EN CUENTA EDAD Y SEXO
DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

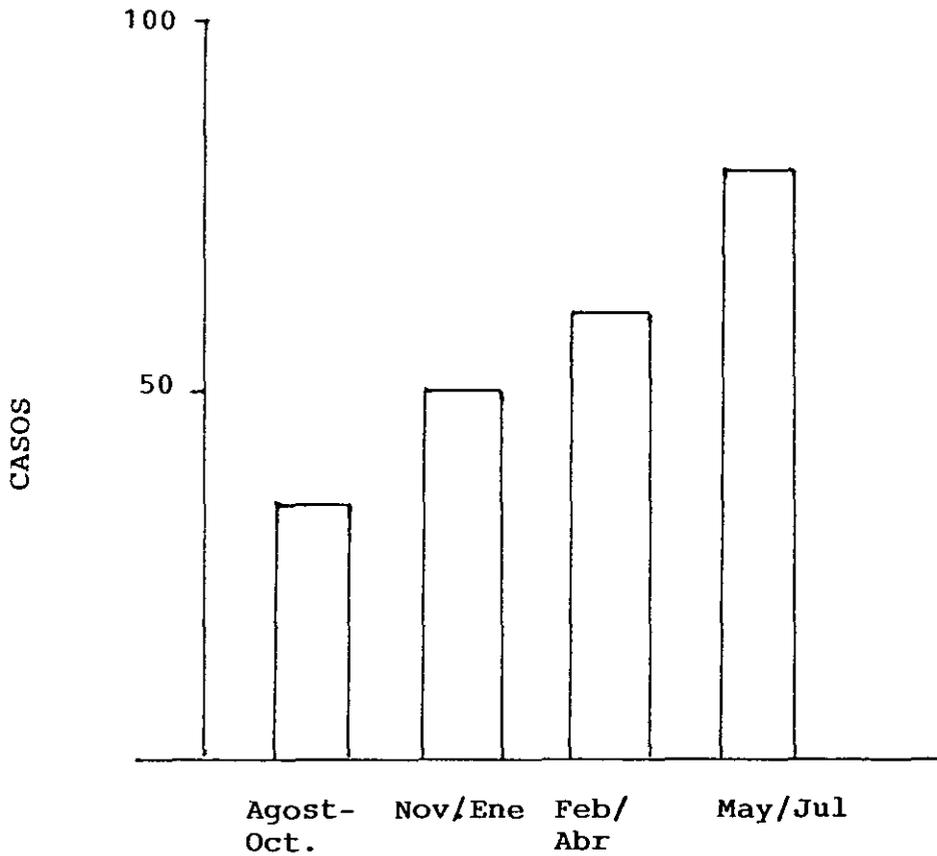
GRAFICA 3



Antibióticos más usados en la Consulta Externa en el tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda.

Fuente: Expediente Clínico, Hoja del Registro Diario del Médico.

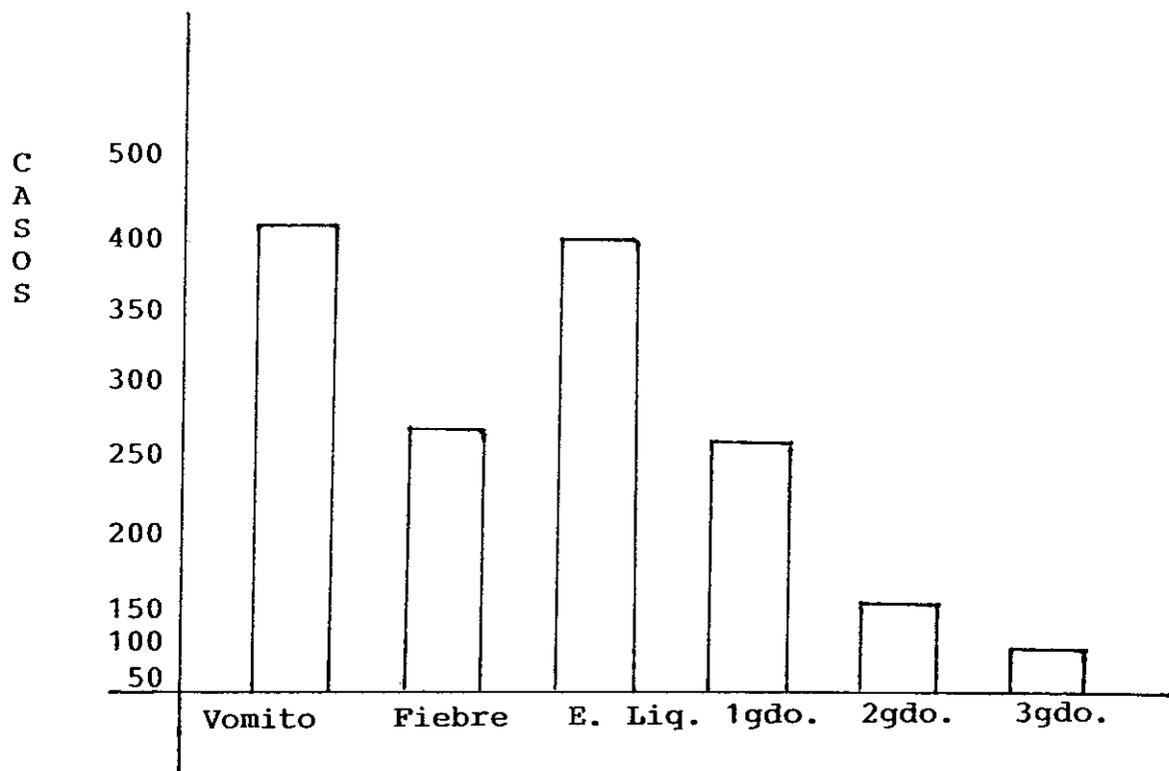
GRAFICA 4



Número de Casos Presentados durante las distintas épocas del año de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años.

FUENTE: EPI Semanal

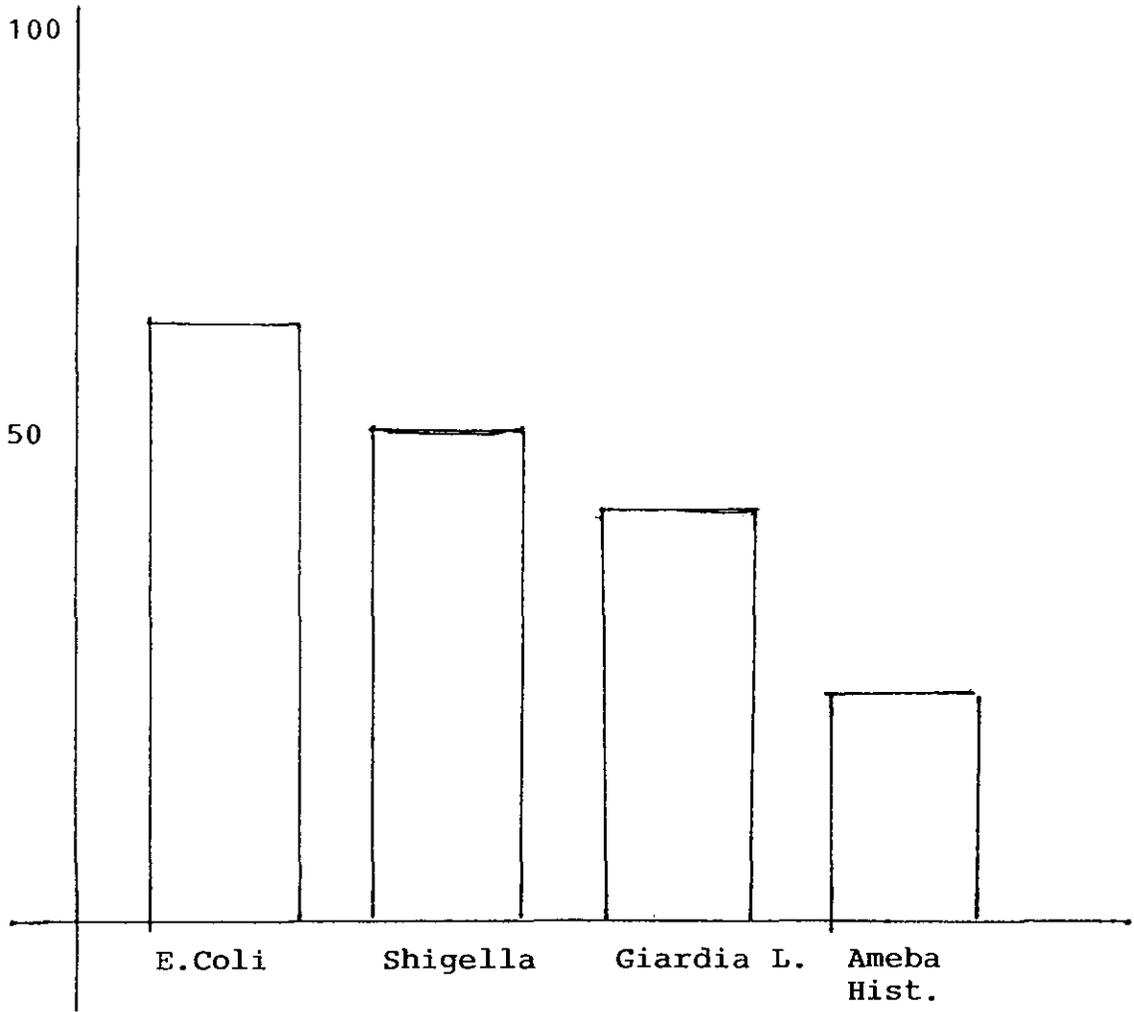
GRAFICA 1



DESHIDRATAACION

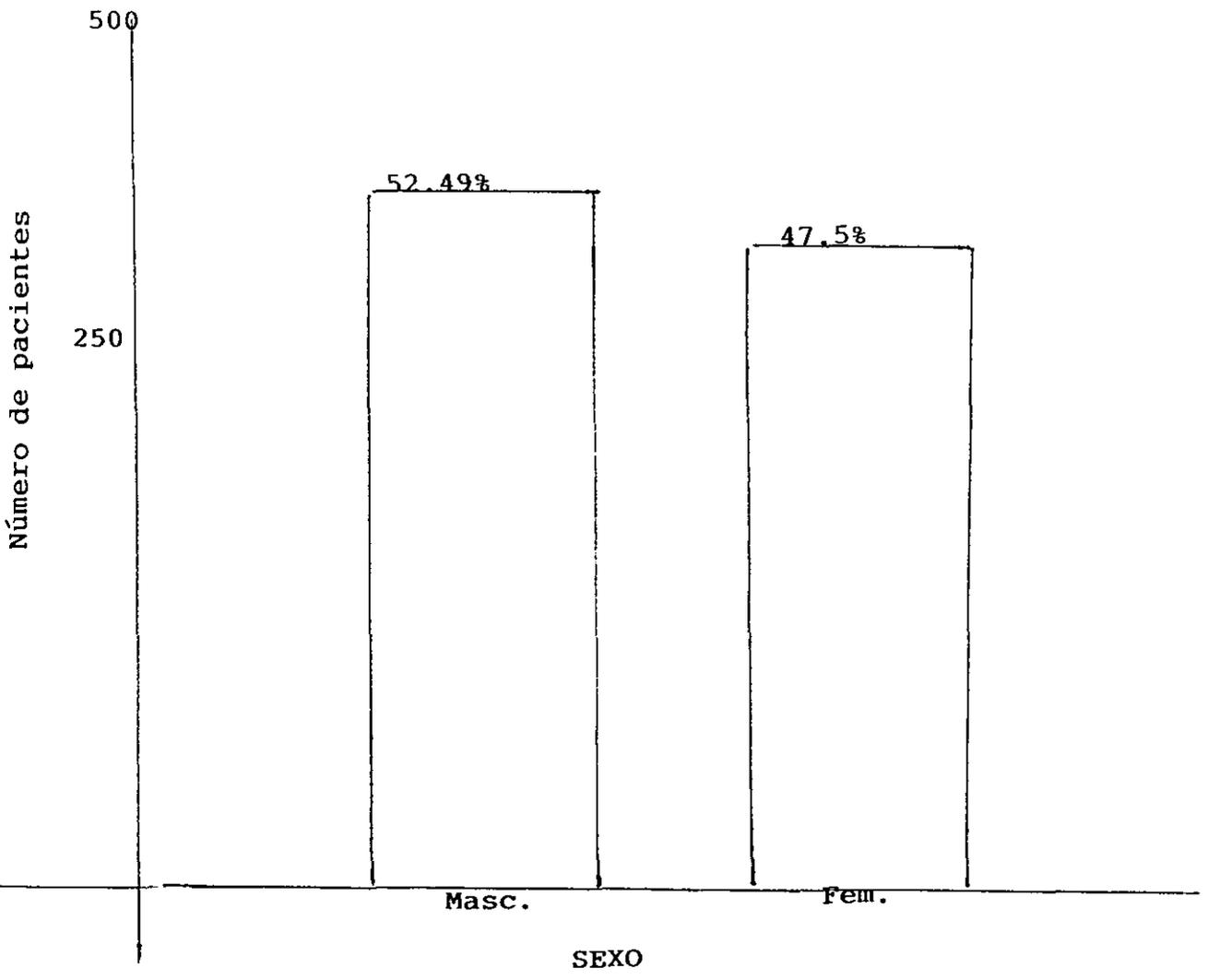
Signos y síntopmas más frecuentes encontrados en la enfermedad diarreica.

GRAFICA 2

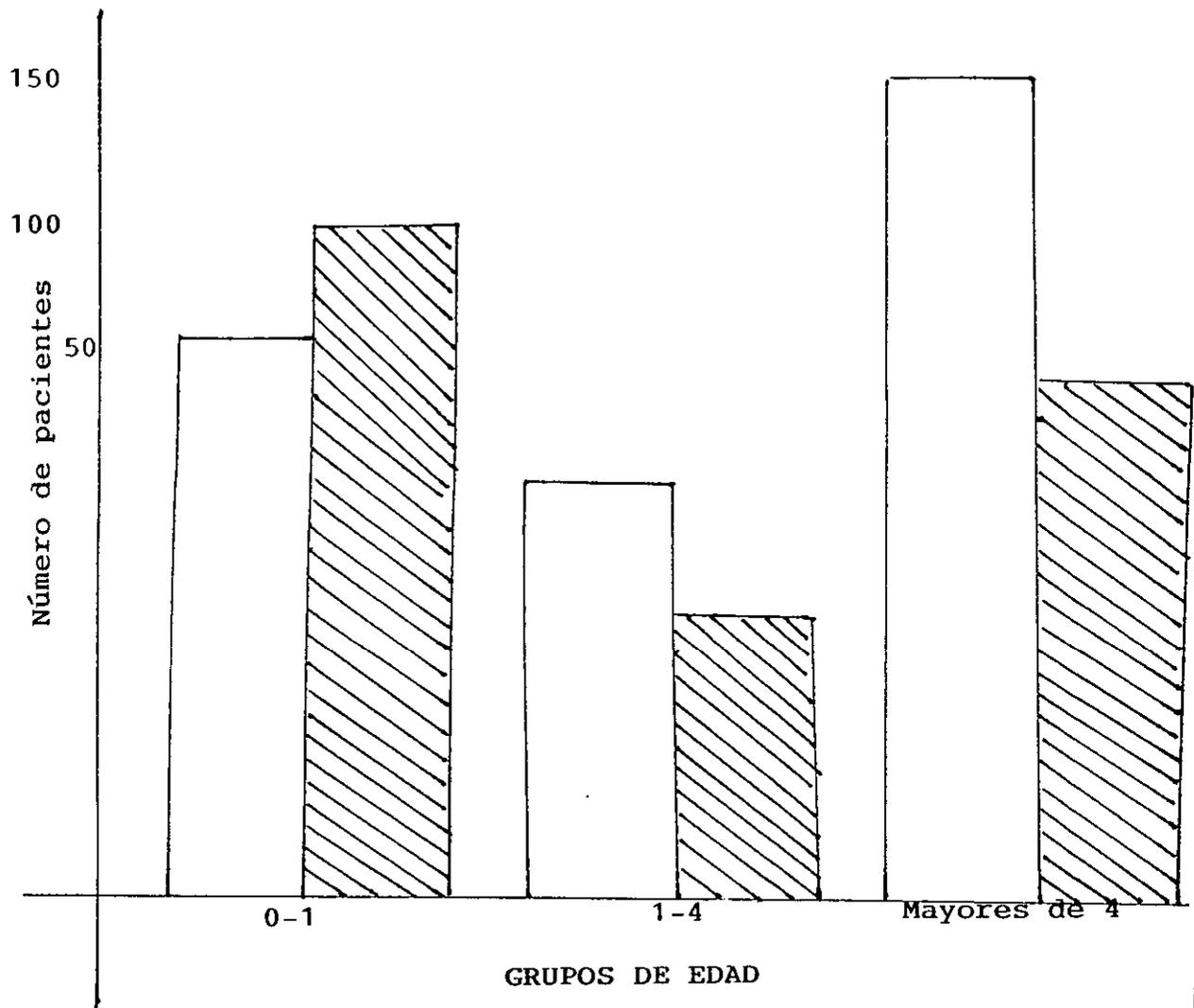


Agentes etiológicos, más frecuentemente aislados.

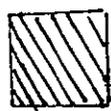
GRAFICA 5



GRAFICA 6



 Hombres

 Mujeres

Tomando en cuenta edad y sexo.

CUADRO 7

Signo y/o sintoma	No. de Pacientes	%
Vomito	320	59.47
Evac. Liq.	317	58.92
Fiebre	189	35.13
S.DESH 1gdo.	160	29.73
S.DESH 2gdo.	58	10.78
S.DESH 3gdo.	39	7.24
TOTALES	10.83	201.27

Signos y síntomas más frecuentes encontrados en pacientes -
con enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años.

CUADRO 8

Agente Casual	No. de Casos	%
E. Coli	400	44.85
Shigella	280	31.40
Giardia Lamblia	110	12.35
E. Histolytica	102	11.40
TOTAL	892	100%

Agentes causales por orden de incidencia.

11.- DISCUSION DE RESULTADOS:

Debido a que la mayoría de los pacientes habían recibido - tratamiento antimicrobiano, (generalmente ampicilina) . Antes de ser atendidos por primera vez en ésta institución, se presentó un índice alto de resistencia a éste medicamento, observándose por - otro lado una mejor respuesta al tratamiento con trimetoprima con sulfametoxazol; Aunque se encontró que la mayoría de los cuadros se auto limitan entre 4=7 días de su inicio. Coincidiendo éste - hallazgo con lo descrito en el Programa Nacional de Control De - Enfermedades Diarreicas (7), (8), (9).

En los cuadros de diarreas con moco y sangre, se utilizó - preferentemente metronidazol, con lo que disminuyeron importante- mente éstos cuadros. Tal como Urrutia describe éste mismo trata - miento en diarreas causadas principalmente por amibas (11).

La mayor incidencia de cuadros diarreicos se presentó duran- te los meses de mayo y julio, dándose la menor inidenica de Fe - brero a Abril, por lo que se concluye que la época del año la e - dad del paciente, el estado inmunológico, los hábitos higiéneo - diéticos y la región geográfica, son determinantes en la pre - sentación de los cuadros diarreicos. PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFER - MEDADES DIARREICAS (7), (8), (9), (10).

Ya que la mayoría de los cuadros diarreicos se autolimitan, se encontró que el tratamiento más adecuado: ES LA HIDRATAACION - (USO DE SUERO VIDA ORAL): La alimentación de hidratación en el hogar. (Manual para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad diarreica.) (8), (9).

12.- CONCLUSIONES:

1.- El grupo de edad mayormente afectado por la enfermedad diarreica aguda en la clínica Hospital del ISSSTE AGS, (Sector 2) es el de menores de un año.

2.- El grupo de edad con menor frecuencia de presentación de la enfermedad diarreica aguda es el de uno a cuatro años de edad.

3.- Los signos y síntomas que se presentan con mayor frecuencia en los menores de 5 años, con enfermedad diarreica aguda son: Vómito y evacuación líquida, superando el número ala deshidratación; Debido ésto tal vez al conocimiento que actualmente, tienen las madres sobre el manejo de la enfermedad diarreica con Vida Suero Oral.

4.- Los gérmenes patógenos reponsables de la enfermedad diarreica en orden de frecuencia son: E. Coli, Shigella, Giardia L, E. Histolytica.

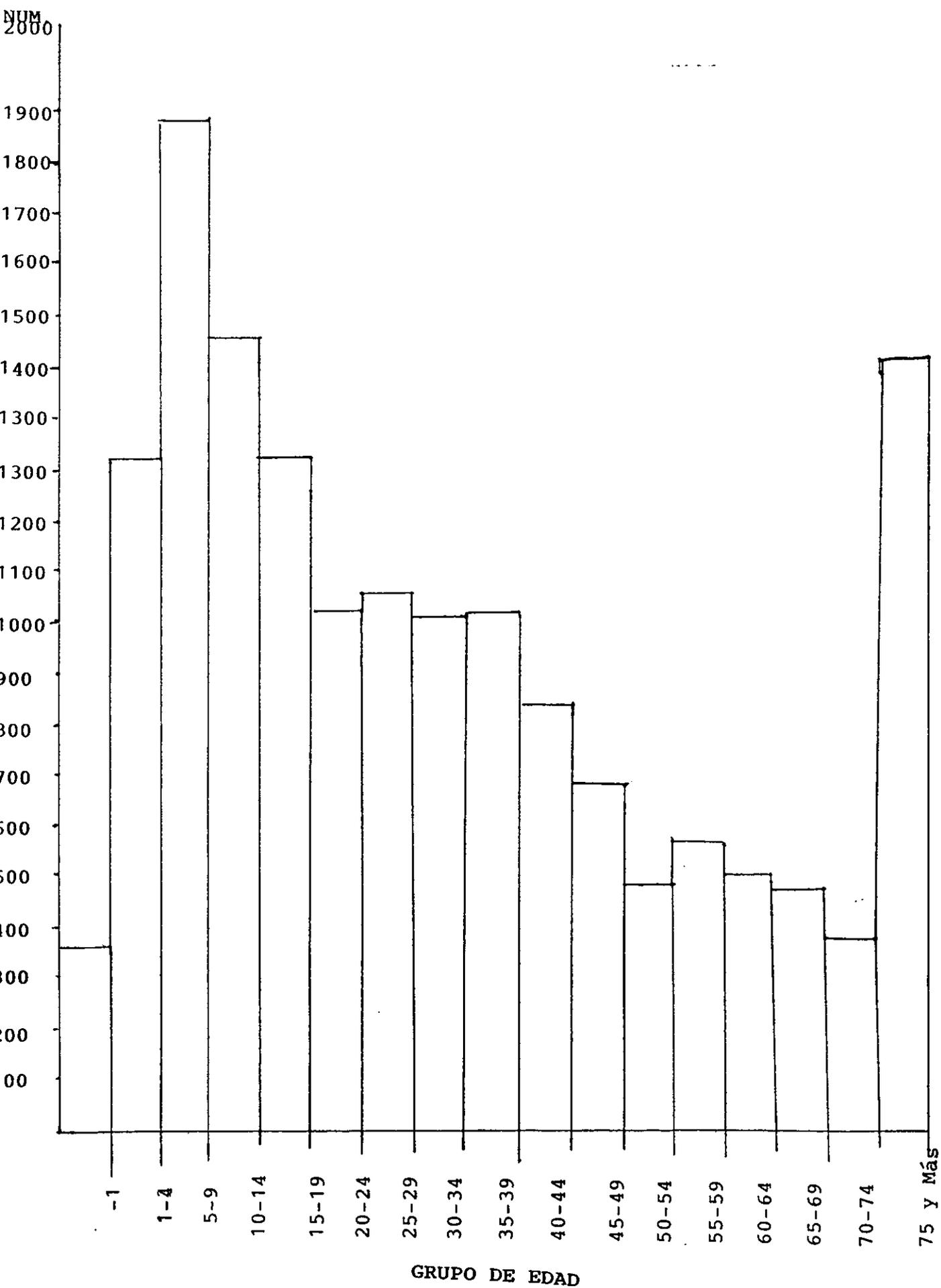
Ya que se encontró cierta resistencia a los antimicrobianos clásicamente usados para tratar los cuadros gastroenterales, se han estado probando otro tipo de medicamentos, para combatir las mismas, encontrándose actualmente el Trimetoprim/ - Sulfametoxazol en primer lugar, el cual al parecer ha dado mejores resultados y se han presentado menos casos de recidivancia y resistencia.

Debemos estar concientes de que la vida, la salud y la seguridad constituyen un derecho fundamental de los hombres que genera a su vez, la responsabilidad plenaria para preservar-fortalecer y desarrollar todo lo que implica el mejoramiento del individuo, de la familia y de la sociedad, por lo que es de singular importancia, la participación de todos los sectores sociales, privados y de la comunidad misma, estableciendo previsiones para un futuro mejor dentro de la realidad concreta dentro de nuestro marco cultural educativo, político, administrativo y de salud, para transformar las condiciones adversas al medio de circunstancias propicias al desarrollo de las facultades y energías que caracteriza al hombre.

El mejor conocimiento de los factores que predisponen o condicionan las enfermedades gastrointestinales, así como las mejores técnicas empleadas para descubrir y tratar éstas oportunamente, nos permiten y obligan a educar a la población para que adopten las medidas pertinentes con el fin de evitar la aparición de las mismas o por lo menos, en los casos en -

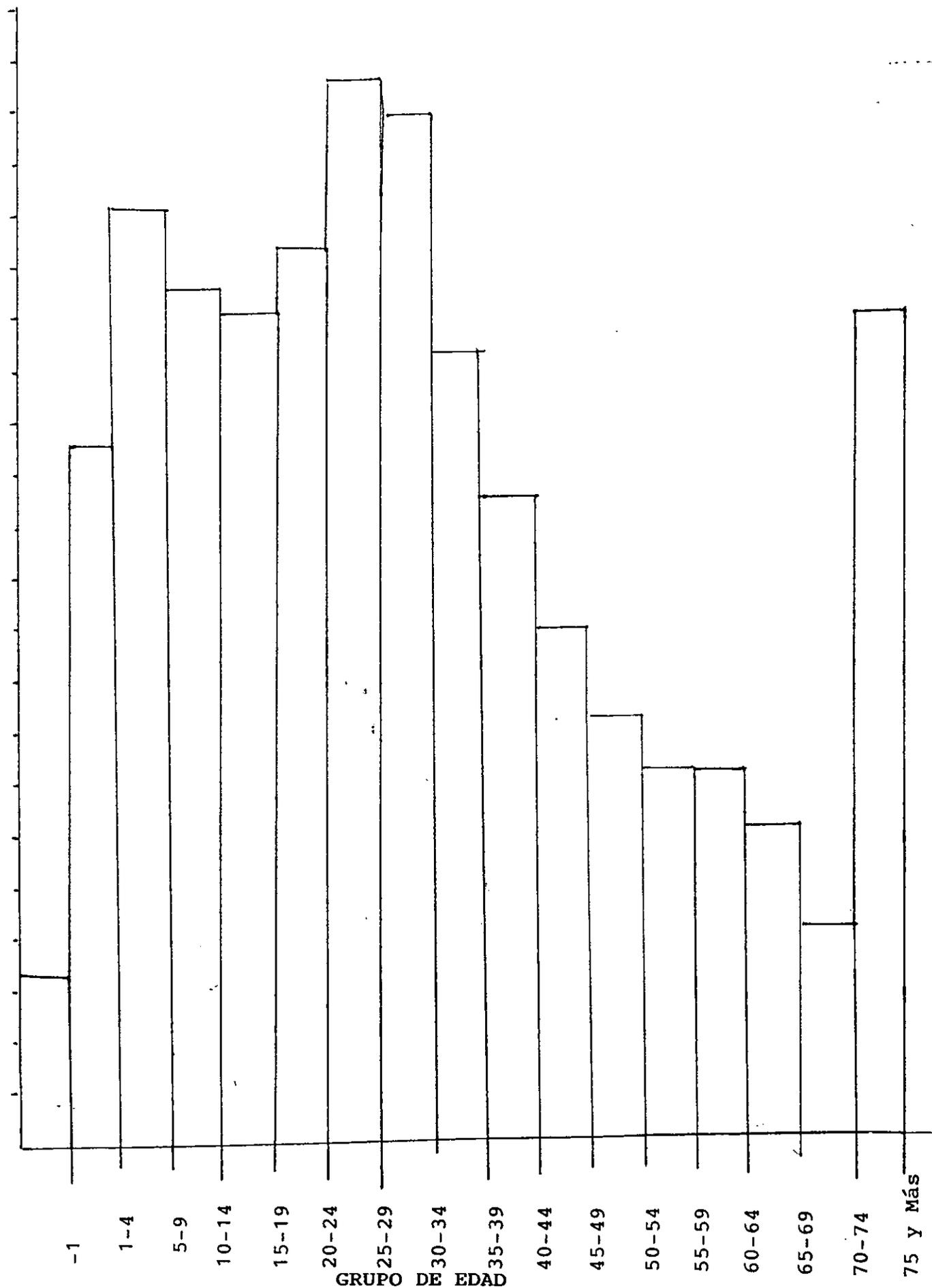
que ésto no sea posible, descubrirlas oportunamente, recalcan-
do la importancia de un buen diagnóstico y tratamiento médico,
higiénico-dietético que evite complicaciones y de éste modo lo-
grar una vida normal posible, y una esperanza de vida (sobre-
todo en pacientes pediátricos).

DE HOMBRES DERECHOHABIENTES EN LA CLINICA ESTATAL DEL ISSSTE.



DE MUJERES DERECHOHABIENTES EN LA CLINICA ESTATAL DEL ISSSTE

1.



A N E X O S

ANEXO 1

CAUSAS Y MECANISMOS PATOGENICOS DE LA DIARREA AGUDA

MECANISMO	MICROORGANISMO
Enterotoxigénico	Especies de Vibrio
	Escherichia Coli enterotoxigénica
	Aeromonas hydrophila
	Campylobacter jejuni
	Staphylococcus aureus
	Yersinia enterocolitica
	Klebsiella pneumoniae
	Citrobacter freundii
	Clostridium botulinum
	Clostridium perfringens
	B. Cereus
Adherencia	Escherichia coli enteroadherente
Invasividad	Especies de salmonella
	Especies de shigella

. . . /

Citotoxicidad

Especies de campylobacter

E. coli enteroivasiva

Yersinia enterocolitica

Clostridium difficile

Especies de shigella

E. coli enterohemorrágica

C. perfringens

CUESTIONARIO: (Cédula de recolección de datos)

- 1.- Número de expediente
- 2.- Edad
- 3.- Sexo A) Masculino B) Femenino
- 4.- Motivo de la consulta
 - A) Por molestias del paciente
 - B) Signos observados por los familiares
- 5.- Signos y Sintomas
 - A) Dolor Abdominal B) Evacuación Líquida
 - C) Número de Evacuaciones D) Vómito en 24 Hrs.
 - E) Deshidratación F) Fiebre
- 6.- Datos positivos de Síndrome diarreico encontrados a la exploración:
 - A) Sí B) No
- 7.- Como se realizo el diagnóstico?
 - A) Clínico
 - B) Laboratorio
 - C) Clínico Laboratorio
- 8.- Paciente manejado por médico general o especialista
- 9.- Como fue manejado:
 - A) TX. HIGIENICO-DIETETICO (USO VSO)
 - B) TX antimicrobiano
 - C) TX Antimicrobiano e Higienico Dietetico
- 10.- Ameritó Internamiento?
 - A) Sí B) No

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

14.- BIBLIOGRAFIA:---

- 1.- Guía para la presentación de proyectos . Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. México-D.F.; Siglo XXI EDITORES, 1987, pp.71-120.
- 2.- Fuentes F. PIRA L. Análisis de las Etapas del Ciclo de un proyecto. Revista Centroamericana de Administración Pública, 1989 pp 121-171.
- 3.- Donabedian, A. La definición de Calidad y Enfoque para su evaluación.. México, Prensa Médica Mexicana, 1985.
- 4.- S.S.A. Programa NACIONAL de Salud 1990-1994, S.S.A. México, 1990.
- 5.- Chacón F. Propuesta Metodológica para la Programación de Servicios de Salud. Salud Uninorte, (VOL. 6-7 (1): 9-13.
- 6.- Gil M. El Método PERT/CMP en la programación de Servicios Epoca V. Vol. XIII, número 6 Noviembre-Diciembre 1971 pp. 953-965.
- 7.- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Control de las Enfermedades Diarreicas . 1993-1994.
- 8.- Secretaría de Salud. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas 1993.
- 9.- Programa Estatal de Salud 1990-1994 Instituto de Salud de Estado de Aguascalientes.
- 10.- Instituto de Salud de Aguascalientes, Programa Estatal de Enfermedades Diarreicas, 1993.
- 11.-Urrutia J. Manejo Efectivo de Diarreas Agudas en Niños y Cólera. Servicios Editoriales Icaria, México, 1974.

- 12.- krugman S. Enfermedades Infecciosas 5a. edicion. TA _
LLERES DE LITOARTE, Cuernavaca, México 1974 pp.274- -
251.
- 13.- Secretaría de Salud. Guía para el manejo Efectivo de-
Niños con Enfermedad Diarreica y Pacientes con Cólera
- 14.- Secretaría de Salud.Manual de Procedimientos para la-
capacitación de las Madres. México Mayo de 1993.
- 15.- Reyes H Tomé R.Guiscafe H. Martínez H. Romero G. POR_
TILLO E. Rodríguez R. Gutiérrez G. Autopsia Verval -
en niños con infección respiratoria y diarreica aguda
Vol. Med. Hospital Infantil. México 1993;50: 7-16.
- 16.- González Saldaña N. Torales, N. Andrés. Infectologia-
Clinica Pediátrica. Cuarta edición, México,editorial-
Trillas. Agosto de 1988.
- 17.- Instituto Mexicano del Seguro Social.Ciclos sobre el-
Avance Continuo de la Medicina Progresos Recientes en
Infectología, Tomo 3 México, 1988.
- 18.- San Martín Hernán. Salud y Enfermedad. Cuarta edición
México;Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1982.
- 19.- Secretaría de Salud; Guía Temática de Educación para-
la Salud y Nutrición; Primer Nivel de Atención, Direc
ción de Educación para la Salud, México,1988.
- 20.- Kaweblum, Jankiel; Nosología Pediátrica.Editorialla_-
La Prensa Médica Mexicana, México 1984.
- 21.- Krupp A. Marcus; Mcpee J. Stephen; SHOEDER A. Steven-
Diagnóstico Clinico y Tratamiento,1990.
- 22.- FarrerasValenti, P. Rozman Ciril; Medicina Interna -
Tomo 1 8a. Edición, Méxcio, Editorial Marin S.A.1980
- 23.- Pérez Escamilla R. Decrease in the incidence of inf-
fantile Diarrhea Due to the Promotion of Breast Fee -
ding in México (LETTER).

- 24.- AU: González-Loza-MR; Puerto-Solis- polanco-Marin -
GG. Peniche-Rodriguez- R;
TI: (Frequency of serotype G. rotavirus isloted -
from children with diarrhea in Mérida Yucatán, México
SO: ev-Inves- Clin, 1994 May-Jun: 46 (3): 215-9
AB: During a period of six years (1985-1990), rotavi
rus G. Serotypes were.
- 25.-AU: Lebenthal-E; Khin-Maung-U; Rolston -DD;; Khin TIN-
Nuswe; thein-myint; Jirapinyo-P:Visitsuntorn-N: Firma
sahA; sunoto- S:
Thermophilic amylase-digested rice-electrolyte solu
tion in the treatment of acute diarrhea in children -
ET-AL SO: Pediatrics, 1995 FEB; 95 (2): 198-202.
- 26.- AU: Isolauri- E:Kaila-M: Mykanen -H; Ling-WH:SALMINEN
-S.
SO:Dig-Dis-Sci, 1994 Dec; 39 (12): 2595- 600.
- 27.- AU: Kashuba-Ea;Orlov/md; Kniaseva; Ef Argunova; Ga; -
Tiumentseva-Ts.
TI: (Clinico-pathogenetic substantiation of comprehens
sive therapy of klebsiella infection with the syndr
drome of water diarrhea in infants).
SO: Antibiot-KHIMIOTER, 1994 jul; 39 (7): 42-6
- 28.- AU: Kaur-P; Singh-G
TI: Food practices during diarrhoea,
SO: Indian- j Public-HEALTH, 1994 apr-jun; 38(2): 58-
58- 61.

- 29.- AU: Tessema T.
 TI: Risk factors for the development of diarrhoea in the neonatal ward of.
 ETHIO-SWESIAH Children's Hospital.
 SO: East-Afr-Med-J, 1994 Jun; 71(6): 384-7
- 30.-AU: Iexomin U; Harikul-S Lortholay-o.
 TI: Control randomized study of rehydration/rehydration with diocthahedral smectite in ambulatory Thai infants with acute diarrhea.
 SO: Southeast-Asian-J-Trop-Med-Public Health, 1994 Mar; 25(L): 157-62.
- 31.-AU: Simakachorn- N Pichainpat-V; Ritthipornpisarn-P Kingraeq-c: Ahmad. S; Varavthya- W..
 TI: Comparison of efficacy of peptilose-base ORS (ORLAN U) and WHO ORS.
 SO: J. --Med-Assoc-Thai, 1993 Oct; 76 Suppl 2: 42-8.
- 32.-AU: Flores-AUXAPQUI-JJ; Suarez-HOIL_ GJ; Pue-Franco-MA; Heredia-Navarrete-Mr; Franco-Monsreal- J.
 TI: (Prevalence of enteropathogens in children with liquid diarrhea)
 SO Rev_ Latinoam-Microbiol. 1993 Oct-Dec; 35 (4): 351-6
- 33.- AU: Mota-MED-Hosp-INF-Méx. 1993 Dec; 50 (12) 849 (-53)
 TI: (Rice water with and without electrolytes in diarrhea with a high stool output).

34.- AU: Chew-F; Penna-Fj; Peret- Filho-La; Quan-C; Lopez-MC Mota-Ja; -
Fontaine-O

TI: Is dilución of cows milk fórmula necessary for dieta mangamen
of acute diarrhoea in infants aged less than 6 months).

SO: Lancet , 1993 Jan 23; 341 (8839): 194-7

35.- AU: Dohi-Fuji-B; Godoy-Olvera-IM_Durazo-Ortiz- j.

TI: (Oral rehidratation therapy: and analysis of its results and -
impact on the hospitalization and mortality of children with dia -
rrhoea).

SO: Bol-MED_Hosp-INF_MEX, 1993 Nov; 50 (11): 797-802.

36.- AU: Jose IGNACIO Santos PRECIADO.

Temas de Pediatría: Asociación Mexicana de Pediatría A.C. Infectología
Edit. Interamericana-Mc-Graw-Hill 1996
pp. 253-264.

37.- Mota Hernandez Felipe:

Avances en el control de las enfermedades Diarreiças. pp 77-78 -
1994.

38.- Artículos 15 y 16 : NORMA Técnica número 313 para lal presentació
de proyectos técnicos de investigación en las Instituciones de aten-
ción a la salud.