



# **BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11**

**TAPACHULA, CHIAPAS**

**“CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE  
PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA  
AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR LOS MÉDICOS DE  
LA UMF No 11 DE TAPACHULA CHIAPAS”**

**TESIS PROFESIONAL**

**PARA OBTENER EL TÍTULO**

**DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. MAXIMINO LUIS AGUILAR**

**TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS 2015**



# BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIONAL ESTATAL EN CHIAPAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11 TAPACHULA, CHIAPAS

## TÍTULO

“CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE PREVENCIÓN,  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS MENORES  
DE 5 AÑOS POR LOS MÉDICOS DE LA UMF No 11 DE TAPACHULA CHIAPAS”

## TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

## PRESENTA:

DR. MAXIMINO LUIS AGUILAR

max\_do\_c@hotmail.com

Tel.962119517

## ASESORES

DRA. KARLA PAOLA VILLALOBOS GRANJA

DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEÓN

MÉDICO NO FAMILIAR PEDIATRA

COORD. DE INVESTIGACION EN SALUD

MATRICULA 99200104

MATRICULA 98070060

CORREO ELECTRÓNICO: pecesita32live.com.mx

CORREO ELECTRÓNICO: hector.rincon@imss.gob.mx

ASESOR METODOLOGICO

ASESOR DE CONTENIDO

TAPACHULA, CHIAPAS 2015





# BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIONAL ESTATAL EN CHIAPAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11 TAPACHULA, CHIAPAS


## TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MAXIMINO LUIS AGUILAR

## AUTORIZACIONES

  
DR. JOSÉ MANUEL SUMUANO YMATZU

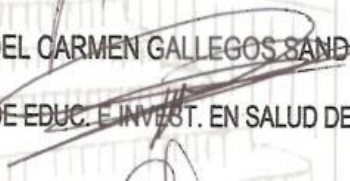
COORD. AUX. MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

  
DR. HÉCTOR ARMANDO RINCON LEÓN

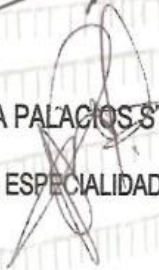
COORD. MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

  
DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA

COORD. CLINIC. DE EDUC. E INVEST. EN SALUD DE LA UMF No 11

  
DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL

COORD. CLINIC. DE EDUC. E INVEST. EN SALUD DEL HGZ 1

  
DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TAPACHULA, CHIAPAS 2015



# BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL DE CHIAPAS

## TÍTULO

CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE PREVENCIÓN,  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS MENORES  
DE 5 AÑOS POR EL PERSONAL MÉDICO DE LA UMF No 11 DE TAPACHULA  
CHIAPAS.

## INVESTIGADOR:

DR. LUIS AGUILAR MAXIMINO

MÉDICO RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

CORREO ELECTRÓNICO: max\_do\_c@hotmail.com  
CEL. 9621195519

## ASESOR DE CONTENIDO:

DRA. KARLA PAOLA VILLALOBOS GRANJA  
MÉDICO NO FAMILIAR (PEDIATRA)

CORREO ELECTRÓNICO: pecesita32@live.com.mx

## ASESOR METODOLÓGICO

DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEON  
COORDINADOR DE INVESTIGACION EN SALUD  
DELEGACION CHIAPAS

CORREO ELECTRONICO: hector.rincon@imss.gob.mx

TAPACHULA CHIAPAS 2015

DEDICATORIA:

Primero le doy gracias a **DIOS** por la fe y bendición de haber estado bien de salud y darme la oportunidad de seguir preparándome profesionalmente y haber terminado la especialidad en medicina familiar y de la misma manera ponerlos en prácticas con todos aquellos paciente que voluntario e involuntariamente se prestaron y que son el mejor libro de aprendizaje, a todos aquellos que directa e indirectamente intervinieron en la elaboración de este trabajo de investigación, a mis asesores DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN, DRA. KARLA PAOLA VILLALOBOS GRANJA, a toda mi familia, PADRE TIMOTEO LUIS DELGADO, MADRE JUSTINA AGUILAR MENDOZA (FINADA) que desde el cielo está apoyándome constantemente y hermanos, pero sobre todo mi esposa *ZARA DE DIOS JACINTO, A MIS HIJOS, ÁNGEL MATEO Y JOSÉ MAXIMILIANO LUIS DE DIOS* que soportaron por tres años mi ausencia y haber faltado en gran parte de su formación y crecimiento que sin ustedes no hubiera sido posible haber terminado la especialidad, me siento orgulloso de ustedes y les doy mis más sinceros agradecimientos y las gracias de todo corazón por su apoyo incondicional..... Muchas gracias.

RESPECTUOSAMENTE

DR. LUIS AGUILAR MAXIMINO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

## INDICE

Dedicatoria.....	1
Índice.....	2
Resumen.....	3
Marco teórico.....	5
Justificación.....	21
Planteamiento del problema.....	22
Objetivos.....	22
Material y métodos.....	23
Variables de selección.....	24
Recursos, financiamientos y factibilidad.....	23
Consideraciones éticas.....	29
Resultados.....	30
Discusión.....	34
Conclusión.....	36
Bibliografías.....	38
Anexos.....	41

## RESUMEN

Título: Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica SSA-156-08 sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de cinco años por el personal médico de la UMF No 11 de Tapachula Chiapas.

**Introducción:** El conocimiento con que se cuenta sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la gastroenteritis es importante para todo personal médico que a diario está en contacto con pacientes menores de cinco años, con la finalidad de brindarle una mejor atención a la salud y así evitar complicaciones propias de la enfermedad.

La deshidratación por gastroenteritis es el desbalance hidroelectrolítico por la pérdida de líquidos y solutos en el cuerpo humano ocasionada generalmente por procesos infecciosos y no infecciosos gastrointestinales, siendo la etiología viral la causa más frecuente hasta en un 75%, bacteriana en un 20%, parásitos, hongos o por intoxicaciones alimenticias.

También puede presentarse por algunos medicamentos como antibióticos, procinéticos, laxantes o por enfermedades extra digestivas o sistémicas y por síndrome de mal absorción entre otros.

Los grupos más susceptibles son los niños menores de 5 años y los adultos mayores, ambos grupos con alto riesgo de complicaciones si no se trata oportunamente.

La hidratación oral y parenteral son medidas terapéuticas que pueden evitar complicaciones de la gastroenteritis como la deshidratación leve, moderada, grave, convulsiones, estado de choque o la muerte del paciente, si dicha hidratación se inicia oportunamente cuando el paciente presente los primeros signos y síntomas podrían evitarse las complicaciones graves de esta enfermedad.

**Objetivo:** Determinar el conocimiento sobre la Guía de Práctica Clínica SSA 156-08 "Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de cinco años" por el personal médico de la UMF 11 de Tapachula, Chiapas.

**Material y Métodos:** Estudio transversal descriptivo se realizó en base a la aplicación de encuestas de opción múltiples con respuesta únicas fundamentados en la GPC SSA-156-08 evaluando el nivel de conocimientos de los médicos adscritos a la UMF No 11 respecto al contenido, el cual se midió en una sola ocasión.

**Resultados:** Se evaluó a 30 médicos y solo se incluyeron 27, se encontró que el área con mayor deficiencia fueron los que laboran en ambos turnos en un 40%, mientras quienes tienen un turno fueron turno matutino (TM) y turno vespertino (TV) con 18.18% y 20% respectivamente y la diferencia entre el médico familiar y general es del 6 al 10% sobresaliendo los médicos familiares y según la antigüedad tienen más conocimientos los de 6 a 10 años.

**Conclusiones.** El nivel de conocimiento por parte de los médicos de la UMF No 11 sobre el contenido de la GPC SSA-156-08 es deficiente, probablemente debido al desconocimiento de la misma y desinterés por la lectura, se sugiere capacitación continua a todo el personal médico y fomentar la revisión de las múltiples guías y NOM-031.

**Palabras Claves:** Nivel de conocimientos, diarrea, deshidratación, terapia de hidratación



## MARCO TEÓRICO

La Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención, es un instrumento importante que debe portar el personal médico para su consulta y uso a diario en atención a pacientes con enfermedad diarreicas esta fue desarrollada y publicada en México por la Secretaría de Salud, 2008. Esta guía puede ser descargada en Internet: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Las enfermedades diarreicas son una de las principales causas de morbimortalidad en niños, especialmente en países en vías de desarrollo. En estos países fallecen de 10 a 15 niños cada día y los más afectados son los menores de 5 años. La mayoría mueren por estados de deshidratación, los que sobreviven quedan con algún grado de desnutrición y aquellos niños desnutridos con factores de riesgos asociados padecen con mayor frecuencia diarrea con episodios más graves que pueden llegar hasta la muerte (1) La rehidratación oral y otros aciertos en el manejo de las diarreas en niños han reducidos el número anual de muertes en todo el mundo. (1)

Definimos a la *diarrea* como la enfermedad intestinal, generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas y frecuentes en número de tres o más en 24 horas. (2) y a la diarrea *aguda* como la presencia de tres o más evacuaciones anormalmente blandas o líquidas en 24 horas, por menos de dos semanas. (2), mientras que diarrea *persistente* es considerada a la presencia de tres o más evacuaciones anormalmente blandas o líquidas en 24 horas, por más de dos semanas como lo especifica la NOM 031. (1, 2)

La deshidratación se define como el estado clínico consecutivo al desbalance hidroelectrolítico ocasionado por disminución del aporte y aumento de las pérdidas corporales secundario a la enfermedad diarreica aguda que generar un compromiso de las funciones corporales.(7)

La pérdida de líquidos y solutos en el cuerpo humano generalmente van a ser provocadas por la gastroenteritis de origen infeccioso y no infeccioso.

### **Clasificación por el grado de deshidratación (8, 9, 10, 11)**

Deshidratación leve: Es la pérdidas hídrica del 5% del peso corporal en lactantes y 3% en niños mayores con gastroenteritis.

Deshidratación moderada: Es la pérdida hídrica del 6-10% del peso corporal en lactantes y 6% en niños mayores con gastroenteritis.

Deshidratación grave: Pérdida superiores al 10 hasta 15% del peso corporal y en niños mayores 9% en las que el riesgo de shock es muy importante

### **Clasificación de la deshidratación según el Sodio. (7, 8, 9, 10)**

Isonatremia. Es el desbalance como consecuencia de la pérdida de agua y electrólitos en la misma proporción en el cuerpo con un Sodio en rango de 130-150 mEq/l y una osmolaridad de 200-300 mOs/l.

Hiponatremia. Es el desbalance como consecuencia de la perdida de Sodio menor a 130 mEq/l, y una osmolaridad menor a 280 mOs/l en las que el riesgo de shock es más frecuente.

Hipernatremia. Es el aumento relativo de electrolitos con un Sodio mayor a 150 mEq/l y osmolaridad mayor a 300 mOs/l y que menudo dan lugar a síntomas neurológicos.

### **EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIARREA.**

La diarrea aguda es una de las enfermedades más comunes en niños menores de 5 años y es la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. La mortalidad es casi totalmente a expensas de países en vías de desarrollo y esto constituye un grave problema de salud pública. (3, 7, 11, 12, 13)

Se calcula que anualmente ocurren entre 6 y 60 millones de casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) en el mundo, 15% de las cuales son de origen bacteriano.  
(6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se presentan 1,300 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años en países en vías de desarrollo y 2 a 4 millones de muertes por diarrea aguda relacionadas, en el 50-70% de los casos con deshidratación. (3, 7)

La elevada mortalidad por las diarreas en las regiones menos desarrolladas no depende solamente de una mayor incidencia de la enfermedad si no de una mayor letalidad por factores socioeconómicos adversos, comorbilidad como la desnutrición y por un manejo inadecuado de los episodios. (7, 11, 14,15, 16)

La primera causa de deshidratación en el mundo es la diarrea aguda con mil millones de episodios anuales y más de 2.5 millones de muertes secundarias a la deshidratación. (18)

Cálculos recientes sugieren que esta cifra se ha reducido de 4.5 millones a cerca de 1.5 millones, esta disminución se atribuye a un mejor manejo de los episodios diarreicos, especialmente por el uso de la rehidratación oral y de una mejor nutrición durante los episodios agudos pero aún con los avances, esto significa la pérdida de muchas víctimas. (6, 17)

De forma general, en el mundo en desarrollo la mortalidad es más elevada en África y el sur del Asia y mucho más baja en Latinoamérica. (15)

En diversos estudios a nivel mundial, el rotavirus fue el agente causal de la diarrea más comúnmente aislado. Las bacterias más frecuentes causantes de gastroenteritis fueron Campylobacter, E. coli y Salmonella. El Cryptosporidium es el protozooario más detectado. (5)

Las enfermedades gastrointestinales son una de las primeras causas de consulta médica y también una de las primeras causas de muerte en México y en el mundo. Por ello se les considera un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a personas de cualquier edad y condición social deficiente, aunque los grupos más vulnerables son los niños y los ancianos. (14)

Las sales de rehidratación oral (SRO) y la terapia de rehidratación oral (TRO), adoptadas por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) y la OMS a fines de los años 70's han permitido manejar con eficacia la diarrea infantil. Se calcula que en la década de los 90's fue posible evitar más de un millón de muertes anuales relacionadas con esta enfermedad, gracias en gran parte, a la promoción y la utilización de estas terapias. (17)

Como resultado de la diarrea aguda, todavía mueren todos los años más de un millón y medio de niños menores de cinco años. Esta cifra puede disminuir considerablemente gracias a la prevención y el tratamiento de la deshidratación con las SRO y líquidos disponibles en el hogar, la lactancia materna, la alimentación constante, el uso selectivo de antibióticos y la administración de suplementos de Zinc durante 10 a 14 días. (17)

La infección intestinal aguda, causada por *Vibrio cholerae*, se presenta principalmente en épocas de lluvia y calor. Puede llegar a ser mortal, ya que se caracteriza por la aparición brusca de diarrea abundante (semejante al agua de arroz), vómito, deshidratación, e incluso colapso circulatorio. (8, 19)

En el continente americano predomina el biotipo Tor, el serotipo Inaba se presenta con mayor frecuencia al inicio de las pandemias, pero lo reemplaza rápidamente el serotipo Ogawa, tanto en nuestro país como en el resto de América Latina. (2)

Otros casos de cólera en México se presentaron en el año 1,875 formando parte de una pandemia que inició en 1850. En la década de 1990 se reportó el mayor número de casos de esta enfermedad desde el primer caso de esta pandemia, notificado en junio de 1991 en el Estado de México, hasta diciembre de 1998, se habían confirmado 45,963 casos en todo el país con 552 defunciones. (14)

De 1991 a 1999 se confirmaron 45,792 casos de cólera distribuidos en 31 entidades federativas con una mediana de 2,690 casos (tasa de morbilidad de 3.2 por 100,000 habitantes); ocurrieron 552 defunciones (tasa de letalidad de 1.2 por ciento). Las últimas defunciones por cólera se presentaron en 1997.



En el año 2000 se presentaron 5 casos y en 2001 se presentó un caso pero no se presentaron defunciones, desde entonces no se han confirmado casos de cólera en México, de manera rutinaria se realizan acciones de búsqueda intencionada. (23, 24)

En ese tiempo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendió 22,418 casos y notificó 269 defunciones respecto a la presente década, en los años 2000 y 2001 únicamente se presentaron 5 y 1 casos, respectivamente. A partir de 2002 no se ha reportado ningún caso, ateniéndonos a la información del boletín epidemiológico. (14)

Tal vez lo anterior se deba a que existe un adecuado manejo de la enfermedad diarreicas y a que las medidas que se han tomado para controlarla son suficientes, pues la Secretaría de Salud estableció un programa de acción con el objetivo de mantener el cólera bajo control epidemiológico en el territorio nacional, incluso nos atrevemos a decir que posiblemente los casos no se reportan o existen subreportes de esta patología con el fin de no inquietar a la población. (14)

En Europa la incidencia de la diarrea varía entre 0,5 y 1,9 episodios por niño por año en los menores de 3 años. (11, 20)

La mayoría de los niños de los países occidentales tienen al menos un episodio de diarrea aguda antes de cumplir un año, por lo que la gastroenteritis aguda a pesar de ser un proceso benigno, sigue siendo un motivo de consulta frecuente tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencia de los hospitales. (21)

En España, es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria, principalmente en los niños. Se calcula que entre los habitantes de este país los principales agentes etiológicos en niños menores de 5 años son los virus; el más importante es rotavirus, seguido de norovirus, astrovirus y adenovirus, el pico de incidencia se sitúa entre enero y marzo. (13, 20, 21)

La gastroenteritis aguda ocurre con más frecuencia entre octubre y mayo con un pico de incidencia entre enero y marzo.

El rotavirus es también la primera causa de gastroenteritis de origen nosocomial en España y otros países. (10, 15) Entre las bacterias, *Campylobacter jejuni* es en la actualidad el enteropatógeno más frecuente, seguido por *Salmonella spp.* Los parásitos (*Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*) constituyen una causa infrecuente de diarrea en niños sanos.

En países desarrollados del 2-3% de los niños menores de 5 años ingresan a los hospitales a causa de diarrea aguda vírica. (21)

El grupo más afectado son los niños menores de 2 años y se calcula que 30 a 50% de las gastroenteritis agudas a esta edad son producidas por rotavirus que además, continúa siendo una causa relativamente frecuente de deshidratación. (21)

En el Perú en un estudio de cohortes de 1,034 pacientes de 2 a 12 meses de edad se aislaron con más frecuencia *E. coli* diarreogénicas, *Campylobacter* y *rotavirus* en lactantes menores de 6 meses de edad.

En niños mayores, *E. coli* difusamente adherente y *E. coli* enterotoxigénica fueron más frecuentemente aislados en muestras de diarreas que en los controles (5).

En el Perú en el 2010 se han notificado 177 defunciones por episodios de diarrea aguda, en todas las edades. (5)

En Chile la prevalencia de diarrea es de 2.7 episodios por niño en los 2 primeros años de vida. La mortalidad ha tenido una tendencia histórica al descenso, con menos de 50 niños fallecidos anualmente desde 1994. A menor edad del niño hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea siendo ésta de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir deshidratación. (5)

En Chile, la diarrea en niños es una enfermedad típicamente estacional con mayor expresión en los meses de calor. (3)

En México entre 1982 y 1984 año en que se inició la terapia con la hidratación oral se registraban alrededor de 26,000 muertes por diarrea cada año en menores de 5 años. (1)

En nuestro país, la enfermedad diarreica es un problema de salud pública, ocupa uno de los primeros lugares como causa de morbimortalidad en los menores de 5 años. (16)

La tasa de mortalidad es alta, aunque ha disminuido en los últimos años. En 1995, la tasa global de mortalidad fue de 43.7 por 100,000 habitantes en menores de cinco años en el año 2000 fue de 30.4 y en el 2005 de 21.6 respectivamente. (18)

En el año 2001 la Secretaría de Salud (SSA) informó que las enfermedades gastrointestinales ocasionadas por bacterias o parásitos, representaban la decimocuarta causa de defunciones en el nivel nacional y que los estados con mayor incidencia eran Chiapas, Oaxaca, Guanajuato, Veracruz, Puebla, y el Distrito Federal. (14)

En el año 2005 los estados con más alta mortalidad fueron Chiapas con 85.6 por 100,000 habitantes, Oaxaca con 61.4 y Guerrero con 49.4 (18)

Para el 2007 el decremento de muertes había sido de 95% registrándose solo 1,465 muertes de menores de 5 años sin embargo aún constituye la causa más frecuente de muerte en niños de uno a cuatro años de edad y la quinta causa de muerte en menores de un año de edad.(1)

En el 2008 ocurrieron un total de 3,159 muertes por diarrea de origen infeccioso; de éstas 1,097 se registraron en menores de cinco años y de las cuales 671 correspondieron a menores de un año. (18)

La entidad federativa que registró el mayor número de muertes fue el Estado de México con 188, seguido por Chiapas con 142 y Puebla con 94.7 lo anterior indica la importancia de su prevención y atención oportuna. (18)

Tan solo en el 2008 el IMSS brindó 2 millones 188 consultas por enfermedades gastrointestinales y los estados con mayor incidencia de estas infecciones fueron Chihuahua, Coahuila, Jalisco, Michoacán, Guerrero y Oaxaca. (7)

De acuerdo con estadísticas del IMSS las infecciones como gastroenteritis, salmonelosis, tifoidea, cólera y rotavirus representan un severo problema de salud pública para nuestro país (14)

En nuestro país durante el primer semestre del año 2011 fueron notificados 132 brotes de intoxicación alimentaria afectando a alrededor de 565 personas.

En general, los principales agentes involucrados son *Vibrio parahaemolyticus* y *Salmonella* spp. Siendo adquiridos principalmente en sitios externos a los hogares. (25)

Uno de los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas es: disminuir en dos terceras partes para el año 2015 la tasa de mortalidad entre los niños menores de cinco años, en comparación con el año 1990. (17)

## **ETIOLOGÍA DE LAS DIARREAS**

La gastroenteritis aguda puede dividirse en infecciosa y no infecciosa. La primera representa el 80 % y puede estar causada por virus principalmente, bacterias y excepcionalmente por hongos o parásitos. (1, 4, 14, 21)

Entre los agentes infecciosos, los virus son los más frecuentes, siendo responsables de más del 75% de los cuadros en los menores de 2 años. (1, 21) Se transmiten fundamentalmente de forma fecal-oral por contacto interpersonal o por ingesta de agua o alimentos contaminados, aunque también por vía aérea. (6, 11, 21, 22)

Los microorganismos más comunes que causan disentería son *E. coli* diarreagénicas, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* spp. *Shigella* spp. *Yersinia enterocolítica*, *Vibrio cholerae* y *Clostridium difficile*, *rotavirus*, *Giardia lamblia*,



*Entamoeba histolytica* que pueden provocar cambios inflamatorios y destructivos en la mucosa del colon. (3, 6, 11, 21)

La gastroenteritis no infecciosa puede ser causada por intoxicaciones, alergias, intolerancia alimentaria o por determinadas drogas como algunos antibióticos, laxantes, procinéticos, etc. o bien por causas extradigestivas como infección urinaria, otitis media aguda o enfermedades sistémicas. (18, 21, 25 26)

El cuadro clínico de la diarrea se caracteriza por deposiciones líquidas o acuosas, acompañados o no de náuseas, vómitos, fiebre y dolor abdominal como consecuencia de una infección del tracto gastrointestinal. (2, 4, 11 14, 20, 21)

La Guía de Práctica Clínica SSA-156-08 refiere que un caso sin deshidratación es todo niño menor a cinco años que presenta 3 o más evacuaciones con disminución en su consistencia en 24 horas, ausencia de vómito y sin datos de deshidratación. (2)

Mientras que un caso con deshidratación es todo niño menor de cinco años que presenta tres o más evacuaciones con disminución en su consistencia en 24 horas con presencia de vómito y datos clínicos de deshidratación. (2)

#### FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE DESHIDRATACIÓN. (3, 6)

- ✓ Niños < de 1 año, particularmente los de 6 meses.
- ✓ Lactantes con bajo peso al nacimiento.
- ✓ Niños con > de 5 evacuaciones en las últimas 24 h.
- ✓ Niños con > de 2 vómitos en las últimas 24 h.
- ✓ Niños a los que no se les ha ofrecido o no han tolerado los líquidos suplementarios.
- ✓ Lactantes que no han recibido lactancia materna durante la enfermedad.
- ✓ Niños con signos de desnutrición.

CASO CON DESHIDRATACIÓN SIN CHOQUE, ES AQUEL QUE PRESENTA DOS O MÁS DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SIGUIENTES. (2, 3)

- ✓ Inquieto o irritable.
- ✓ Ojos hundidos, llanto sin lágrimas.
- ✓ Boca y lengua secas, saliva espesa.
- ✓ Sed aumentada, bebe con avidez.
- ✓ Pulso rápido.
- ✓ Fontanela anterior hundida (lactantes)
- ✓ Decaído o aspecto deteriorado.
- ✓ Taquipnea.
- ✓ Disminución de la turgencia de la piel.
- ✓ Gasto urinario disminuido.
- ✓ Coloración de la piel sin cambios.
- ✓ Extremidades tibias.
- ✓ Mucosas secas.
- ✓ Pulsos periféricos normales.
- ✓ Tiempo de llenado capilar normal.
- ✓ Presión sanguínea normal.

CASO CON CHOQUE HIPOVOLÉMICO, ES AQUEL QUE PRESENTA DOS O MÁS DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SIGUIENTES. (2, 3)

- ✓ Inconsciente o hipotónico.
- ✓ No puede beber.
- ✓ Pulso débil o ausente.
- ✓ Llenado capilar mayor de cinco segundos.
- ✓ Disminución del nivel de conciencia: soporoso o comatoso.
- ✓ Piel pálida o marmórea.
- ✓ Extremidades frías.
- ✓ Taquicardia.
- ✓ Taquipnea.
- ✓ Tiempo de llenado capilar prolongado.
- ✓ Hipotensión (choque descompensado)

EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ESTADO DE HIDRATACIÓN DEL PACIENTE CON DIARREA AGUDA. (1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 23, 25, 27)

GRADO DESHIDRATACIÓN	LEVE	MODERADO	SEVERO
Pérdida de peso lactante	5%	10%	15%
Niños mayores	3%	6%	9%
Pulso	Normal	Ligeramente aumentado	Muy aumentado
Tensión arterial	Normal	Normal o baja	Normal o baja
Llenado capilar	≤2 segundo	3-5 segundos	≥ 6 segundos
Fontanela anterior	Normal	Ligeramente deprimida	Muy deprimida
Lágrimas en el llanto	Normal	Disminuidas	Ausentes
Mucosa oral	Hidratada o Saliva filante	Seca	Muy seca
Sed	Bebe normal	Sediento impaciente de beber.	No puede beber
Turgencia de la piel	Normal	Disminuidas	Sin turgencias
Estado neurológico	Alerta o ligeramente irritable	Irritable	Letárgico
Gasto urinario	Normal	Disminuida	Anuria
Frecuencia cardiaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia
Respiración	Normal	Normal o rápida(taquipnea)	Profunda (batipnea)
Plan de tratamiento	A	B	C

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA GASTROENTERITIS (3)

- ✓ Infecciones no entéricas.
- ✓ Alteraciones gastrointestinales no infecciosas.
- ✓ Alteraciones abdominales quirúrgicas.
- ✓ Diarrea asociada a antibióticos.
- ✓ Enfermedades sistémicas.
- ✓ Alteraciones dietéticas.
- ✓ Mal absorción.
- ✓ Inflamación.
- ✓ Idiopática/Psicógena.

## TRATAMIENTO DE LA DIARREA

La terapia de rehidratación oral se debe administrar desde el comienzo de los síntomas de la diarrea aguda. La SRO se administran por vía oral en pequeñas y frecuentes tomas, sin forzar y según la demanda del niño. Habitualmente son bien toleradas y se consigue normalizar el estado de hidratación en poco tiempo (3 a 4 horas). Los líquidos con refresco de cola, zumos de fruta, té, soluciones de rehidratación para atletas, no deben utilizarse por su alta osmolaridad y su bajo contenido de Sodio. (28)

La terapia de rehidratación oral es una de las medidas terapéuticas que mayor número de vidas ha salvado, resulta barata y es muy poco agresiva para el paciente pediátrico. (20)

### **PLAN A:**

Para paciente con enfermedad diarreica sin deshidratación con atención en el hogar a libre demanda.

Continuar con la alimentación habitual. Evitar refrescos y jugos industrializados.

Aumentar la ingesta de líquidos VSO en los niños menores de un año ofrecer media taza (75 ml) y en los mayores de un año, una taza (150 ml) administrarlo a cucharadas o mediante sorbos pequeños después de cada evacuación.



Capacitar a la madre para reconocer los signos de deshidratación y datos de alarma de la enfermedades diarreicas como sed intensas, poca ingesta de líquidos y alimentos, numerosas heces líquidas, fiebre, vómito y sangre en las evacuaciones. (1, 2, 6, 14, 23)

#### **PLAN B:**

Para pacientes con diarrea y deshidratación con atención en la unidad de salud.

Administrar VSO 100 ml por kilogramo de peso en dosis fraccionada cada 30 minutos durante 4 horas.

Si el paciente presenta vómito esperar 10 minutos e intentar otra vez más lentamente.

Al mejorar el estado de hidratación, pasar al plan A en caso contrario repetir plan B por otras 4 horas, de no existir mejoría pasar plan C.

Si los vómitos persisten, existe rechazo al VSO o gasto fecal elevado (más de 10 g/kg/hora o más de tres evacuaciones por hora) se hidrata con sonda nasogástrica a razón de 20-30 ml de VSO por kg de peso por hora. (1, 2, 6, 14, 23)

#### **PLAN C: REHIDRATACIÓN INTRAVENOSA**

La técnica de rehidratación intravenosa varía dependiendo de la intensidad de la deshidratación, el tipo (hiponatremia, isonatremia o hipernatremia) y el déficit de otros iones o trastornos ácido-base. (9, 10, 25)

En caso de diarrea aguda con hipernatremia grave, Na >175 mEq/L puede estar indicada la diálisis antes que el manejo con líquidos intravenosos por su rapidez de acción, la primera fase consiste en reponer la volemia.

Si existe estado de choque, administrar 20 ml/kg de peso de suero fisiológico o Ringer Lactato en 20-30 minutos, pudiendo repetirse hasta 2 veces más en la primera hora si fuera preciso.

En la segunda fase iniciaremos la rehidratación propiamente dicha. Debemos aportar las necesidades basales + déficit estimado +pérdidas mantenidas.

Las soluciones a utilizar pueden ser. Hartmann o Lactato de Ringer, Solución Salinas 0.9% están indicada en pacientes con choque hipovolémico por deshidratación de acuerdo al siguiente esquema (1, 2, 6,14, 16, 23)

Primera hora 50 ml/kg	Segunda hora 25 ml/kg	Tercera hora 25 ml/kg
Evalúe al paciente continuamente, si no mejora aumente la velocidad de infusión.		
Cuando pueda beber (usualmente en dos a tres horas), administre VSO a dosis de 25 ml/kg/hora, mientras sigue con líquidos IV.		
Al completar dosis IV evalúe al paciente para seleccionar plan A o B y retirar venoclisis o repetir plan C.		
Si selecciona plan A observe durante dos horas para asegurarse de que el responsable encargado del paciente puede mantenerlo hidratado con VSO y además de alimentos en su domicilio.		

#### CONTRAINDICACIONES DE LA REHIDRATACIÓN ORAL (9, 11)

Deshidratación grave ( $\geq 10\%$ )

Repercusión hemodinámica, shock, estado séptico.

Disminución del nivel de conciencia, diagnóstico incierto, con posibilidad de cirugía urgente

Íleo paralítico, fracaso previo de la rehidratación oral.

Los antimicrobianos sólo están indicados en casos de diarrea por: *Shigella* spp, *Vibrio cholerae*, presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* o *Giardia lamblia*, de acuerdo con el siguiente esquema. (1, 2, 3, 14, 28)

USO DE ANTIMICROBIANOS EN LAS ENFERMEDADES DIARREICAS		
DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Disentería por <i>Shigella</i>	Trimetoprim, 10 mg/kg/día, con sulfametoxazol, 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante cinco días, vía oral.	Ampicilina 100 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias, durante cinco días, vía oral.
Amibiasis intestinal	Metronidazol, 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante 10 días, vía oral.	Tinidazol, 50 mg/kg/día una vez al día por 3 días, vía oral.
Giardiasis intestinal	Metronidazol 15 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante cinco días, vía oral.	Albendazol 400 mg por día, durante cinco días, vía oral.
Cólera	Eritromicina 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante tres días, vía oral.	Trimetoprim, 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40-50 mg/Kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante 3 días, vía oral.

LAS RECOMENDACIONES DE HOSPITALIZACIÓN SON LAS SIGUIENTES (3, 9)  
Niños en estado de choque o falla al tratamiento SRO o sospecha de intervención quirúrgica

Niños con gastroenteritis aguda con deshidratación grave (>9% del peso corporal).

Niños con deshidratación leve a moderada deben ser observados por un periodo por lo menos de 6 horas para asegurar una rehidratación exitosa.

Niños lactantes <6 meses, evacuaciones líquidas frecuentes mayor de 8 en 24 horas o vómitos mayor a 4 en 24 horas) deben ser vigilados, padres no diestros.

Anormalidades neurológicas (letargia, crisis convulsivas) etc.

#### COMPLICACIONES (23)

Insuficiencia Renal

Desnutrición

Convulsiones

Muerte

#### RECOMENDACIONES A LAS MADRES Y A LOS CUIDADORES. (17)

Prevenir la deshidratación administrando ante la primera señal de diarrea, una mayor cantidad de líquidos disponibles en el hogar y sobre todo SRO, si la hay.

Continuar alimentando al niño (o aumentar la lactancia) durante el episodio y aumentar después la alimentación

Reconocer las señales de deshidratación y llevar al niño o la niña a un centro de salud para que le administren SRO o solución intravenosa y familiarizarse con otros síntomas que requieren tratamiento médico (por ejemplo, deposiciones diarreicas sanguinolentas)

Administrar a los niños y niñas 20 mg diarios de suplementos de Zinc durante 10 a 14 días (administrar 10 mg diarios a los menores de seis meses.

## **JUSTIFICACIÓN.**

La gastroenteritis en pacientes pediátricos es una de las principales enfermedades que conllevan a complicaciones como la deshidratación y son más comunes que se presenten secundarios a procesos infecciosos y no infecciosos que ponen en riesgo la vida de los pacientes.

En México y el mundo las infecciones gastrointestinales son la segunda causa de mortalidad en menores de 5 años y además considerados como un problema de salud pública a nivel mundial por la alta prevalencia de infecciones de origen viral, bacteriano o parasitario que aún se presenta.

Chiapas es uno de los estados con mayor índice de morbimortalidad secundarios a la diarrea y sus complicaciones y el manejo inoportuno de la misma. Se ha observado que frecuentemente acuden a consulta pacientes pediátricos menores de 5 años con evacuaciones diarreicas y algún grado de deshidratación en ocasiones asociados a comorbilidades sobre todo a desnutrición.

Esto generalmente se incrementa en algunos periodos del año sobre todo en épocas de calor y de lluvias. Por eso es importante contar con el conocimiento necesario para detectar oportunamente las causas de la deshidratación y brindar el tratamiento de elección oportuno y así evitar complicaciones que pudieran repercutir en la vida futura de los pacientes.

La terapia de hidratación oral es el procedimiento más sencillo y económico que se debe iniciar inmediatamente después de haber iniciado con los signos y síntomas gastrointestinales y así evitar complicaciones como deshidratación leve, moderada y estados de choque.

Hasta el momento no se cuenta con estudios reciente sobre el buen manejo de las diarreas y sus complicaciones en nuestra Unidad de Medicina Familiar (UMF) u Hospital por lo que este estudio ayudará a detectar el porcentaje de médicos que se encuentran actualizados y las necesidades de capacitación, ya que día a día pueden evitarse complicaciones por el mal manejo de la diarrea y deshidratación en los niños menores de 5 años.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La gastroenteritis es una de las infecciones más frecuentes que se presentan en pacientes menores de 5 años un alto porcentaje de estas son de origen viral hasta en un 80% y las bacterianas en un 20%, la mayoría de los pacientes con algún grado de deshidratación requieren tratamiento inmediato con solución de rehidratación oral (vida suero oral en plan A y Plan B) o en su caso soluciones parenterales ( Plan C), antibioterapia en pacientes que cumplan con los criterios clínicos y por laboratorios.

La finalidad del tratamiento es disminuir la morbimortalidad de pacientes pediátricos y evitar complicaciones como insuficiencia renal, crisis convulsivas, desnutrición o la muerte. Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal médico sobre la Guía de Práctica Clínica "Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de cinco años" en la UMF No 11 de Tapachula Chiapas?

## **OBJETIVOS**

### **a)-GENERAL**

Determinar el nivel de conocimientos de la GPC SSA-56-08 sobre Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de cinco años del personal médico de la UMF No 11 de Tapachula Chiapas.

### **b)-ESPECÍFICOS.**

Identificar las áreas y turnos con más deficiencias en el manejo de la diarrea aguda en pacientes menores de 5 años.

Identificar si existen diferencias en el nivel de conocimientos entre el médico familiar (MF) y el médico general (MG).

HIPÓTESIS....No aplica para este estudio de investigación.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizó un estudio transversal, basado en la GPC SSA-156-08 sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea en donde se incluyeron a todos los médicos adscritos a la UMF No 11 que brindan atención médica a niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda y con algún grado de deshidratación secundario a infecciones gastrointestinales o por otra causa.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

Se aplicaron los cuestionarios a personal médico adscrito a la UMF No 11 que brindan atención médica en las áreas de consulta externa y atención médica continua en los diferentes turnos.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se tomó el total de médicos encuestados que cumplía con los criterios de inclusión para la obtención de resultados del estudio de investigación.

### **LUGAR**

El estudio de investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 11 del IMSS en Tapachula, Chiapas, México.

### **TIEMPO**

El estudio de investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido de abril 2014 a enero 2015.

## **CRITERIOS**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Personal médico que laboran en consulta externa y atención medica continua de todos los turnos y jornada acumulada de la unidad médica familiar No 11.

### **CRITERIO DE EXCLUSIÓN:**

Personal médico adscrito a la UMF 11 que no se encontraba en las áreas de consulta externa o atención médica continúa y como consecuencia que no brindó atención médica a menores de 5 años.

#### CRITERIO DE ELIMINACIÓN:

Personal médico que no deseara participar o se encontrara en periodo vacacional.

Personal médico que no contestara completamente el cuestionario.

#### VARIABLES DEPENDIENTES

Nivel de conocimiento.

#### VARIABLES INDEPENDIENTE

Sexo del médico

Edad del médico

Área de trabajo

Turno

Tipo de contrato

Antigüedad laboral

Especialidad

Antecedentes de capacitación (número y tiempo de capacitaciones)

Escolaridad

Conocimiento de la NOM 031

Otros empleos



## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN
Nivel de conocimiento	Cualitativa	Conocimiento que se tiene de algo específico	Grado de conocimiento actualizado que se tiene de un tema específico	Ordinal	Bueno Regular Malo

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN
Sexo del médico	Cualitativa	Hombre o mujer	Hombre o mujer	Nominal	Masculino Femenino
Edad del médico	Cuantitativa	Tiempo en que ha vivido una persona	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual.	Discreta	Años cumplidos
Área de trabajo	Cualitativa	Lugar donde realiza sus actividades	Área médica específica donde labora prestando sus servicios	Nominal	Consulta Ext. Urgencias ( ATM)

Turno de trabajo	Cualitativa	Mañana, tarde o noche	Horario del día que realiza su actividad.	Nominal	Matutino Vespertino Nocturno Jornada A.
Tipo de contrato	Cualitativa	Eventual o de base	Personal de base o de contrato	Nominal	De base Eventual
Antigüedad laboral	Cuantitativa	Tiempo que lleva trabajando como medico	Total de años laborando en una institución específica	Discreta	Antigüedad en el empleo (años o quincenas)
Especialidad	Cualitativa	Médico familiar o general	Nivel académico representado por un documento certificado avale la profesión	Nominal	Médico Familiar Médico General
Capacitación	Cualitativa	Cursos a los que ha asistido hasta la fecha referente a la temática.	Obtención de conocimientos actualizados por cursos referente a diarreas	Nominal	Si No
Numero de capacitaciones	Cuantitativa	Veces que recibió capacitación de la diarrea	Número de veces que recibió información actualizada de GPC-156	Discreta	Número de veces que ha recibido capacitación sobre la GPC

Fecha de la más reciente	Cuantitativa	Mes o fecha de la capacitación	Día, mes y año en el cual recibió la capacitación.	Continua	Fecha en que recibió la última capacitación
Escolaridad	Cualitativa	Grado de estudios que ha cursado	Grado de estudios con lo que se cuenta hasta la fecha avalado por certificado	Ordinal	Licenciatura posgrado
Conocimiento de la NOM 031.	Cualitativa	Grado de entendimiento de la NOM 031	Nivel de conocimiento sobre la NOM 031	Nominal	Si No

## PROCEDIMIENTO

Este estudio de investigación se realizó en base a la aplicación de un cuestionario de opción múltiples con respuesta única, a todo el personal médico que se encuentra adscritos en la UMF No 11 en los servicios de Consulta Externa, Atención Médica Continua y que brinda atención médica a pacientes pediátricos menores de 5 años en los diferentes turnos de la UMF No 11, se anexa formato de ficha de identificación, consentimiento informado, cuestionarios (el cual fue validados por dos médicos pediatras expertos en el tema), con previa realización de prueba piloto a diez médicos de la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona Número 1, la recolección de datos para la investigación se obtuvo los resultados de cada uno de los encuestados.

## **RECURSOS MATERIALES**

UMF Núm. 11. Tapachula, Chiapas.

Computadora

Impresora

Hojas

Bolígrafos

Lápices

Memoria USB

## **RECURSOS HUMANOS**

Asesor de contenido, médico no familiar (pediatra)

Asesor metodológico, médico no familiar (epidemiólogo)

Residente medicina familiar. (Investigador)

Médicos adscritos a la UMF No 11

## **RECURSOS FINANCIEROS**

Serán solventados por el propio investigador.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Este proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud Vigente y a las normas éticas correspondientes, fue sometido a evaluación por el comité local de investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS) 701 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en el Hospital General de zona No 1 de Tapachula Chiapas, donde fue analizado para su factibilidad y realización, la información fue tratada de manera confidencial y se protegió la privacidad del personal médicos encuestados e involucrados en este estudio de investigación.

De acuerdo a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, se tomó en cuenta lo establecido en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. La siguiente investigación se considera sin riesgos alguno para los que en ella intervienen.

Se respetó de forma constante la dignidad de los médicos, la protección de sus derechos y su bienestar como participantes, se aseguró el anonimato ya que la recolección de datos no llevó nombre, dirección particular o número telefónico, antes de la aplicación del cuestionario se brindaron explicaciones claras y completas de forma que fuesen completamente comprensibles sobre la justificación y los objetivos de la investigación, además de informar sobre la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio de investigación sin tener repercusiones en su estado laboral.

Se solicitó consentimiento a cada uno de los encuestados haciendo énfasis que el estudio no tendría ningún riesgo para su salud.

El cuestionario se aplicó a todos los médicos que brindan atención a niños menores de 5 años y que se encontraban en Consulta Externa o Atención Médica Continua en la Unidad Medicina Familiar No 11 de Tapachula Chiapas en periodo comprendido ya descrito anteriormente. Para el análisis de la información estadística se generó una base de datos en Excel (Microsoft Suite 365, Microsoft Corp.) y se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20 en español para Windows (IBM. Corp.)

## RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan dan respuesta a cada uno de los objetivos del estudio propuesto, se calificó de la siguiente manera bueno en conocimientos (9-10) regular en conocimientos (7-8) malo en conocimientos (menor a 6) de calificación, estos resultados quedan distribuidos en 2 partes: 1.- un análisis bivariado descriptivo, expresado en gráficas, con medidas de tendencia central y frecuencia; 2.- Descripción de las características sobre los factores que contribuyen a nivel de conocimiento sobre la Guía de Práctica Clínica sobre diarrea en niños menores de 5 años.

Tabla 1: Características generales de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar Número 11.

GENERO	No (%)
Femenino	12 (44.4%)
Masculino	15 (55.6%)
CAPACITACION	
Nunca	1 (3.7%)
En los últimos 6 meses	6 (22.2%)
En los últimos 2 años	12 (44.4%)
En los últimos 5 años	7 (25.9%)
Más de 5 años	1 (3.7%)
TRABAJA EN OTRA INSTITUCION	
Si	5 (18.5%)
No	22 (81.5%)
CATEGORÍA	
Médico familiar	18 (66.7%)
Médico general	9 (33.3%)
ANTIGÜEDAD	
De 1-5 años	6 (22.2%)
De 6-10 años	8 (29.6%)
Más de 10 años	13 (48.1%)

CONTRATO			
De base		22 (81.5%)	
Eventual (08)		5 (18.5%)	
TURNO			
Matutino	15 (55.6%)	Atención Medica Continua	2 (13.3%)
		Consulta Externa	9 (60.0%)
		ATM, y C. Ext.	4 (26.6%)
Vespertino	11 (40.7%)	Atención Medica Continua	1 (9.09%)
		Consulta Externa	9 (81.81%)
		ATM y C. Ext.	1 (9.09%)
Nocturno	1 (3.7%)	Atención Medica Continua	1 (100%)

Fuente: Lista de cotejo

## ANÁLISIS

**Objetivo 1:** Identificar las áreas y turnos con más deficiencias en el manejo de la diarrea aguda en pacientes menores de 5 años.

Tabla 2: Conocimiento de la GPC SSA-156-08 por área laboral.

AREA LABORAL	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
ATM	0	3	1	4
Consulta Externa	2	14	2	18
Consulta Externa y Atención Medica Continua	0	3	2	5
TOTAL	2	20	5	27

P=0.552

Fuente: Lista de cotejo

La mayor deficiencia en el contenido de la GPC prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en menores de 5 años fueron los médicos que laboran en ambos turnos y en la Consulta Externa con el 40% respectivamente.

Tabla 3: Conocimiento de la GPC 156 SSA-156-08 por turno.

TORNOS	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
Matutino	1	11	3	15
Vespertino	1	8	2	11
Nocturno	0	1	0	1
TOTAL	2	20	5	27

P= 0.980

Fuente: Lista de cotejo

El más alto porcentaje en deficiencia referente a la GPC SSA-156-08 se observó en los médicos del turno matutino con 20% y 18.18% en turno vespertino.

**Objetivo 2:** Identificar si existen diferencias en el nivel de conocimientos entre el médico familiar y el médico general.

Tabla 4: Conocimiento de GPC SSA-156-08 entre médico familiar y médico general.

CATEGORIA	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
Médico Familiar	1	14	3	18
Médico general	1	6	2	9
TOTAL	2	20	5	27

P=0.799

Fuente: Lista de cotejo

La diferencia en el nivel de conocimientos es relativamente del 6 al 10% entre ambas categorías sobresaliendo los de medicina familiar todo esto va de acuerdo al número total de médicos incluidos en el estudio de investigación.



Tabla 5: Nivel de conocimiento de la GPC SSA-156-08 según la antigüedad

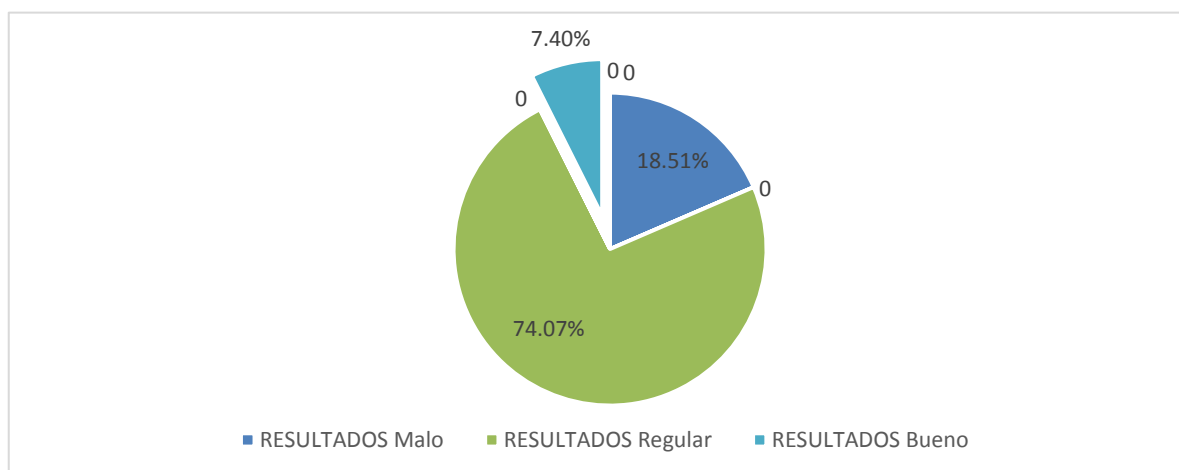
ANTIGÜEDAD	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
De 1 a 5 años	0	3	3	6
De 6 a 10 años	2	6	0	8
Más de 10 años	0	11	2	13
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>27</b>

P=0.038

Fuente: Lista de cotejo

Del total de médicos encuestados presentan mayores conocimientos aquellos que cuentan con una antigüedad entre 6 y 10 años, con significancia estadística relacionada al nivel de conocimiento por la antigüedad, pero aún hay personal con más años en la institución con más deficiencias en el contenido de la GPC SSA-156-08

Grafica 1: Resultados final de nivel de conocimientos sobre GPC SSA-156-08



Fuente: Lista de cotejo

Del total de médicos encuestados en la UMF No 11 de Tapachula Chiapas, el 18.51% mostró deficiencia en conocimiento del contenido de la GPC SSA-156-08, y sólo el 7.40% obtuvo buenos resultados y el resto 74.07% mostró un grado de conocimiento regular, cabe señalar que ningún médico obtuvo el 100% de aciertos.

## DISCUSIÓN

La importancia de la GPC SSA-156-08 en un consultorio médico sirve de guía para una buena atención en prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de 5 años es muy alta por lo cual se realizó este trabajo de investigación en la Unidad Medicina Familiar Número 11 de Tapachula Chiapas, el objetivo es valorar el grado de conocimiento sobre el contenido de la GPC por el personal que se encuentra en áreas de Consulta Externa y Atención Médica Continua, ya que a diario asisten pacientes pediátricos con enfermedad diarreica aguda y sus complicaciones.

Se aplicaron cuestionarios a 30 médicos de los diferentes turnos y áreas laborales de los cuales 27 cumplieron con los criterios de inclusión y 3 se excluyeron del estudio, en total fueron 12 del género femenino y 15 del género masculino con una edad media  $43.07 \pm 8.5$  (33-60 años) distribuidos de la siguiente manera en el Turno Matutino 15 médicos (ATM-2, C.Ext.-9, 4 en ambos turnos) y en el Turno Vespertino un total de 11 médicos (ATM-1, C.Ext.-9, 1 en ambos turnos), en el Turno Nocturno 1 médico, del total de encuestado 18 son médicos familiares y de esto 4 con licenciaturas el resto con posgrado, 9 médicos generales en su mayoría personal eventual, con una antigüedad de 1 a 5 años 6 médicos, de 6 a 10 años 8 médicos, y con más de 10 años de antigüedad 13 médicos respectivamente, más del 80% no trabaja en otra institución diferente al IMSS, solo 5 (18.5%) lo hace en la Secretaría de Salud, el 96% del personal médico activo ha tenido más de una capacitación referente a la GPC en los últimos 6 meses a 5 años, solo 1 médico no ha recibido capacitación.

Los conocimientos obtenidos en relación al área laboral los médicos con mayor deficiencia según los resultados obtenidos, posiblemente se deba a la rotación constante entre ambos turnos y eso influye a que haya diferencias reales en conocimientos en relación a los otros médicos y que además se debe considerar que la muestra es muy pequeña, en comparación con los otros grupos, con una  $P=0.552$  lo cual significa que no hay significancia estadística

En relación a los turnos con que se cuenta en la UMF No 11, ambos turnos matutino y vespertino cuentan con deficiencia en el conocimiento referente a enfermedad diarreica aguda según el contenido de la GPC, esto probablemente se deba a falta de interés o a la poca iniciativa del propio médico ya que más del 90% del personal han recibido más de una capacitación referente al tema, y sin embargo no se reflejó en los resultados, con una  $P=0.980$ , no hay significancia estadística.

La diferencia entre el médico familiar y general se encontró que el nivel de conocimientos es relativamente del 6-10% sobresaliendo los médicos familiares pudo influir el nivel de estudio o el interés a la lectura durante la residencia médica, pero debemos mencionar que el porcentaje es mínimo en cuando a conocimiento entre ambos grupos de médicos, con una  $P=0.799$ .

De acuerdo a la antigüedad el nivel de conocimientos se obtuvo el siguiente resultados el personal médico de 6 a 10 años conocen mejor el contenido de la GPC SSA 156-08, mientras que los más deficientes fueron los de menor antigüedad de 1 a 5 años, con una significancia estadística  $P=0.030$

En cuanto al cumplimiento de la GPC de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de 5 años los resultados finales fueron en el estudio de investigación los siguientes solo el 7.40% conocen el contenido de la GPC, el 74.07% correspondió como regular en conocimientos, mientras que el 18.51% desconocen en contenido de la Guía de Práctica Clínica sobre enfermedad diarreica aguda.

## **CONCLUSION**

El cumplimiento por parte de los médicos (MF y MG) que brindan atención a pacientes menores de 5 años con enfermedad diarreica agudas se considera como deficiente por los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, menos del 10% conoce el contenido de la GPC SSA-156-08, el 74% lo conoce de forma regular y el resto se calificó como mal en conocimiento sobre la guía. Esto muy probablemente está relacionado con el desconocimiento de la GPC o en su caso el poco interés a la lectura de la misma.

La mayoría del personal encuestado presentan falta de interés ya que el 99% ha tenido alguna vez capacitación referente a enfermedad diarreica o el contenido de la GPC, sin embargo no se demostró ningún impacto o relevancia de ello en los resultados arrojados, el género con más deficientes fue el masculino con un 26.66%, mientras que el género femenino obtuvo 16.66% de médicos con buen conocimiento respecto al tema de estudio.

Probablemente por desconocimientos, la mayoría de los pacientes considera a la diarrea como una urgencia médica de todos los casos, por la cual se espera que el área con mayor conocimiento fuese ATM, sin embargo los resultados arrojados mostraron que los médicos que laboran en ambas áreas, es decir, en ATM y CE mostraron más deficiencias.

La GPC es una herramienta que sirve para llegar a un buen diagnóstico y tratamiento lo cual es básico para cualquier medico sin importar el área, turno, especialidad, genero, y antigüedad en el servicio siempre y cuando brinde atención médica en el primer nivel.

Debido al alto índice de pacientes con enfermedad diarreica aguda que se presentan en la UMF No 11 es indispensables contar con los conocimientos básicos y fundamentados basados en la GPC o la NOM-031 en sus apartados correspondientes, y así apegarse al tratamiento correcto según el agente patógeno.

Por los resultados finales obtenidos consideramos importante capacitar y evaluar al personal médico de la UMF No 11, y evaluar el grado de conocimiento sobre las diferentes GPC, ya que estas fueron desarrolladas en consenso por personal experto en el tema, se ha demostrado que su utilización y puesta en práctica permite para brindar una buena atención y llegar a un diagnóstico y tratamiento específico ya que muy frecuentemente se indican antibióticos de forma injustificada, lo que favorece el desarrollo de resistencia en los agentes patógenos y flora residente, sabiendo que hasta en un 80% de las diarreas en menores de 5 años son de origen viral y que no requieren más que tratamiento sintomático y sintromático para evitar complicaciones.

Finalmente la intención de este trabajo de investigación fue obtener la información necesaria y aportar recursos para el diseño de estrategias que permiten el mejoramiento de la atención a toda paciente menor de 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda por el personal médico de primer nivel de atención.

Pudo influir en los resultado finales del trabajo de investigación que al momento de la encuesta el personal médico se encontraban estresados por la carga de trabajo o el número de pacientes que se atiende constantemente, ya que estas fueron los comentarios verbales de los tres médicos que no aceptaron participar en el trabajo de investigación y que posiblemente sea una de los factores que contribuyó en los resultados.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Mota R. y H. Diarrea Aguda. Urgencias en pediatría. Sexta edición 2010. Capítulo 21 pag.104-108.
- 2.- NOM-031 SSA-2-1999 para la atención a la salud del niño. En su apartado (Prevención y control de las enfermedades diarreica); 7-7.3.2
- 3.-GPC. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primero y segundo nivel de atención. Pág.1-89
- 4.- Reyna J. Sánchez E. Esteven A. Hernández L.C. Vesta R. Enfermedad diarreica por rotavirus en brote epidémico. Rev. Panamá salud pública 2012, 31(2):142- 147
- 5.- GPC. Ministerio de salud, Hospital Santa Rosa. Servicio de medicina pediátrica 2010:31-40.
- 6.- Leyva S. Práctica Médica Efectiva. Enfermedad diarreica en niños. Vol. 3 Núm. 6: 2001; 1-4
- 7.- Botas I. Ferreiro A. Soria B. Deshidratación en niños. An Med (Méx) 2011; 56 (3): 146-155
- 8.- Costa J. Polanco I. Gonzalo C. GPC. Gastroenteritis aguda en el niño 2010. Sociedad española de gastroenterología e Infectología pediátrica y nutrición. Pág. 1-18
- 9.- Jiménez S. Rodríguez J. Deshidratación aguda. Departamento de pediatría, servicios de salud. Bol. Pediatr. 2006-46(1):84-90
- 10.- Doldan O. Hidratación parenteral en pediatría. Centro medico la costa Asunción-Paraguay. Pediatr. 2009; Vol.36 (2): 138-143.
- 11.- Voyer L. Tratamiento de la deshidratación por gastroenteritis. Epitafio para la Gastroclisis o volver a empezar. Arch Argent Ped. 2012; 110(2):100-104

- 12.- Busto A. Diarreas bacterianas. Revista de medicina Vol. 9 No.1, 2010: 53-57.
- 13.- García D. Carreño M. Alcayaga S. Ulloa J. Descripción clínica y epidemiológica de un grave brote de salmonelosis transmitida por alimentos. Rev. Chil Infect 2012; 29 (2): 132-137
- 14.- Triviño X. Guiraldes E. Menchaca G. Diarrea Aguda. Pág. 1-12
- 15.- Gonzales C. Bada C. Rojas R. Bernaola G. Chávez C. GPC. Sobre diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en el Perú, Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-3: 258-277
- 16.- Hernández C. Líquidos y electrolitos. Universidad libre de Barranquilla Colombia. Pág. 1-4.
- 17.- Declaración conjunta de la OMS y el UNICEF. Tratamiento clínico de la diarrea aguda. Pág. 1-8.
- 18.- Hernández C. Aguilera M.G. Castro G. Situación de las enfermedades gastrointestinales en México. Enf. Inf. Microbiol. 2011 31(4):137-151
- 19.- De Armas L. Ponce A. Comportamiento de la Epidemia en el Centro y tratamiento del cólera en la comuna de Plaisance, Haití. Escuela latinoamericana de medicina la habana cuba. 2011; Pág. 47-56
- 20.- Gastroenteritis (Diarrea y Rehidratación Oral) Pág. 57-65.
- 21.- Abián J. Abián P. La deshidratación en edad escolar. Journal of sport and health research. 2012, 4(3): 223-232
- 22.- Muñoz V. Breto J.R. Ros A. Rodríguez A. Casados B Hernández M. Nogueira J.M. Gastroenteritis Aguda Infecciosa en urgencias de un hospital urbano. Valencia España. An Pediatr (Barc). 2008; 68 (5): 432-438

- 23.- Organización panamericana de la salud. Tratamiento de la diarrea. Manual clínico para los servicios de salud 2008 pág. 1-65
- 24.- NOM O16-SSA2 2009 para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera pág. 1-16.
- 25.- Maya L.C. Líquidos y electrolitos en pediatría. Departamento de pediatría Hospital de La Misericordia. Pag.1-87.
- 26.- Castillo A. Plaza J. García V. García O. Gutiérrez C. Sainz de baranda C. Gastroenteritis Aguda en Niños Hospitalizados. 2005-2010 Análisis Epidemiológico, Microbiológico y Clínico .Rev. Clín. Med. Fam. 2011; 4 (2): 112-119.
- 27.- Paipilla S.E. Lozano J. M. Galindo M. Merchán G. Martínez Á. Guías Para el Manejo del Niño con enfermedad diarreica aguda. Universidad de Bogotá. Pág. 1-31.
- 28.- Suarez L. Cano B. Manejo Actual de la Gastroenteritis Aguda Con Solución de Rehidratación Oral, Nutr. Clín. Diet. Hosp. 2009; 29(2):6-14





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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha Tapachula, Chiapas a 20 de noviembre del 2014.

Nombre del estudio:

**CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE PREVENCIÓN,  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS POR EL PERSONAL MÉDICO DE LA UMF No 11 DE  
TAPACHULA CHIAPAS.**

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

No amerita participación de pacientes.

Posibles riesgos y molestias:

ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Capacitación sobre gastroenteritis en menores de 5 años en lo subsecuente

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

SI

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autorizo que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr.: Luis Aguilar Maximino

Colaboradores:

Dra.: Karla Paola Villalobos granja, Dr. Héctor Armando Rincón León  
(asesores)

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

**DR. LUIS AGUILAR MAXIMINO**

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso d  
emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio Cel. 9621386537

Testigo 1

Testigo

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

\* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

**Clave: 2810-009-013**



**CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS POR EL PERSONAL MÉDICO DE LA UMF 11 TAPACHULA CHIAPAS.**



**CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Buenos (días, tardes, noches) gracias por permitirnos la entrevista. El siguiente cuestionario es parte de un proyecto de investigación del cual formará parte. Todo lo que conteste será absolutamente confidencial y se usara exclusivamente con fines estadísticos. Los datos que nos proporcione solo serán utilizados para reunir información que nos permita en un futuro mejorar la calidad en la atención a la salud. Es necesario informarles que este cuestionario no tiene la intención de evaluar por lo que no tendrá ninguna repercusión laboral. Le gustaría participar:

**INSTRUCCIONES:** Coloque la respuesta correcta en el espacio en blanco según creas conveniente.

**FICHA DE IDENTIFICACION**

N/P	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1	Sexo	1)- Femenino 2)- Masculino	
2	Edad		
3	Adscripción	1)- UMF 11	
4	Capacitaciones relacionadas al tema	1)- En los últimos 6 meses 2)- En los últimos 2 años 3)- En los últimos 5 años	
4 a	Numero de capacitaciones		
5	Categoría	1)- Médico familiar 2)- Médico general	
6	Tipo de contrato	1)- De base 2)- Eventual 3)- De confianza	
7	Área laboral	1)- Consulta externa 2)- Atención medica continua 3)- 1 y 2	
8	Antigüedad en el servicio	1)- Menos de un año 2)- de 1-5 años 3)- de 5 a 10 años 4)- Más de 10 años.	
9	Nivel de escolaridad	1)- Especialidad 2)- Licenciatura	
10	Turno	1)- Matutino 2)- Vespertino 3)- Nocturno 4)- Jornada acumulada	
11	Trabaja en otra institución	1)-si 2)-no	



## CUESTIONARIO



N/ P	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1	De qué trata la GPC SSA-156-08	1)- Para la atención a la salud del niño 2)- Para vigilancia, prevención control y tratamiento de la diarrea aguda. 3)- Expediente clínico. 4)- Enfermedad transmitidos por vectores	
2	Definición de diarrea aguda	1)- Presencia de 3 evacuaciones líquidas o blandas en 24 horas con duración menor de 2 semanas. 2)- Presencia de 3 evacuaciones blandas en 24 horas con duración mayor a 2 semanas. 3)- Presencia de más de 3 evacuaciones líquidas en 24 horas por más de 20 días.	
3	Son factores de riesgos para adquirir la enfermedad diarreica aguda.	1)- Desnutrición 2)- Ser menor de 5 años 3)- No haber recibido lactancia materna 4)- Todos los anteriores	
4	Cuáles son las acciones específicas e inespecíficas de la prevención de la diarrea aguda.	1)- Lavados de manos con jabón, almacenamiento y cloración segura de agua potable, eliminación y buen manejo de excretas. 2)- Baño diario, alimentación balanceada, y excretas al aire libre. 3)- Ninguna de las anteriores	

5	Cuáles son los planes de hidratación oral	1)- Plan A y plan C 2)- Plan B y plan C 3)- Plan A y plan B	
6	Cual o cuales son los planes de hidratación parenteral	1)- Plan A 2)- Plan B 3)- Plan C	
7	En que consiste el plan A de hidratación	1)- Sol. Hartmann 50 ml la primera hora, 25 ml la segunda hora, 25 ml la tercera hora. 2)- Vida suero oral a libre demanda o 75 ml para menores de 10 kg o 150 ml para mayores de 10 kg por cada evacuación o vomito que presente. 3)- Vida suero oral 100 ml por kilogramo de peso por 4 horas cada 30 minutos.	
8	En que consiste el plan B hidratación	1)- Sol. Fisiológica 50 ml la primera hora, 25 ml la segunda hora, 25 ml la tercera hora. 2)- VSO a libre demanda o 75 ml para menores de 10 kg o 150 ml para mayores de 10 kg por cada evacuación o vomito presente 3)- VSO 100 ml por kilogramo de peso por 4 horas cada 30 minutos.	
9	Cuáles son las complicaciones de la deshidratación no tratada oportunamente.	1)- Evacuaciones diarreicas, vómito y fiebre. 2)- Insuficiencia renal, convulsiones, desnutrición y muerte. 3)- Deshidratación, hiporexia, dolor abdominal.	

10	Cuáles son los signos y síntomas del niño con diarrea sin deshidratación	<p>1)- Inquieto, irritables, ojos hundidos, llantos sin lágrimas.</p> <p>2)- Buena apariencia, gasto urinario normal, alerta y reactivo.</p> <p>3)- Inconsciente, hipotónico, taquicardia.</p>
11	Los signos y síntomas del niño con diarrea y con datos de deshidratación sin estado choque son.	<p>1)- Turgencia de la piel normal, extremidades tibias, tiempo de llenado capilar normal.</p> <p>2)- Mucosa seca, gasto urinario disminuido, sed aumentada.</p> <p>3)- Inconsciente, pulso débil o ausente, piel pálida o marmórea.</p>
12	Cuáles son los datos clínicos que presenta un paciente con choque hipovolémicos.	<p>1)- Llenado capilar prolongado, Inconsciente e hipotónico, hipotensión.</p> <p>2)- Inquieto, irritable, ojos hundidos, llantos con lágrimas.</p> <p>3)- Buena apariencia, gasto urinario normal, alerta y reactivo.</p>
13	Paciente con deshidratación severo el tratamiento inmediato es.	<p>1)- Sol. Hartman o fisiológica 20-30 ml/kg/ en carga.</p> <p>2)- Sol. Hartman o fisiológica 30-50 ml/kg/en carga.</p> <p>3)- Sol. Hartman o glucosada 5% 15-30 ml/kg/carga.</p>
14	Cuáles son los porcentajes de pérdida de peso para clasificar a la deshidratación en lactantes.	<p>1)- Leve 2%, moderado 5% severo 10%</p> <p>2)- Leve 5% moderado 10% severo 15%</p> <p>3)- Leve 5% moderado 8% severo 12%</p>

15	Como se clasifica la deshidratación	1)- Grado I grado II grado III 2)- Leve, moderado y severo 3)- Plan A plan B plan C	
16	Cuáles son los porcentaje de pérdida de peso para clasificar la deshidratación en niños mayores	1)- Leve 3% moderado 6% severo 9% 2)- Leve 5% moderado 10% severo 15% 3)- Leve 2% moderado 4% severo 6%	
17	Cuáles son los planes de hidratación	1) - Plan A, plan B, plan C. 2)- Plan A y B oral y plan C parenteral. 3)- Plan 1 plan 2 plan 3 4)- Solo A y B son correcta	
18	Cuáles son los criterios para iniciar tratamiento antimicrobiano en niños menores de 5 años con diarrea aguda	1)- Que presenten más de 3 evacuaciones al día, deshidratación moderada y fiebre. 2)- Con sospecha o confirmación de sepsis, desnutridos o inmunocomprometidos, que han viajado recientemente al extranjero, menores de 6 meses de edad con salmonella. 3)- Pérdida de más del 15% del peso, intolerancia a la vía oral, fiebre.	
19	Tratamiento de elección y dosis para la disentería por shigella	1)- Metronidazol 30 mg/kg/ días 2)- TMP-10 mg/kg/día SMX 50 mg/kg/día 3)- Eritromicina 30 mg/kg/día	
20	Tratamiento de elección y dosis para la amibiasis intestinal.	1)- Metronidazol 30 mg/kg/día en tres dosis por diez días. 2)- Metronidazol 15 mg/kg/días en tres dosis por cinco días. 3)- Eritromicina 30 mg/kg/días en tres dosis durante tres días	

21	El tratamiento alternativo y dosis para la disentería por shigella es.	<p>1)- Tinidazol 50 mg/kg/día una vez al día, por 3 días.</p> <p>2)- Ampicilina 100 mg/kg/día, divididos en cuatro tomas por cinco día</p> <p>3)- Albendazol 400 mg por día, durante 5 días</p>	
22	El tratamiento de elección para la infección por rotavirus es	<p>1)- Hidratación oral, parenteral.</p> <p>2)- Antibiótico y antidiarreicos.</p> <p>3)- Antipirético y analgésicos.</p>	
23	La diarrea crónica es aquella que tiene duración de:	<p>1)- Mayor a una semana</p> <p>2)- Mayor a dos semanas</p> <p>3)- Mayor a 24 horas</p>	
24	Método de utilidad en caso de rechazo a la vía oral con deshidratación	<p>1)- Gastroclisis</p> <p>2)- Soluciones intravenosos</p> <p>3)- Sello venosos</p> <p>4)- Osteoclisis.</p>	
25	Cuáles son los signos clínicos para hospitalizar a un paciente por deshidratación	<p>1)- Irritabilidad, fiebre, evacuaciones semilíquidas.</p> <p>2)- Estado de choque, anomalías neurológicas, falla en el tratamiento con rehidratación oral.</p> <p>3)- Nauseas, fiebre, uresis normal.</p>	
26	Cuáles son las contraindicaciones absolutas de la rehidratación oral	<p>1)- Fiebre mayor de 38oC, evacuaciones más de 3 en 24 horas, Cefalea.</p> <p>2)- Íleo paralítico, deshidratación severa, alteraciones en el estado de conciencia.</p> <p>3)- llenado capilar normal, lágrimas al llanto.</p>	

27	La diarrea puede ser de etiología viral, bacteriano, parasitarias y otras como alérgicas, intoxicación o por medicamentos.	1)- Verdadero 2)- Falso
28	Según la GPC el Manejo de la diarrea aguda en menores de 5 años es con la Loperamida, Metoclopramida y sub-salicilato de bismuto.	1)- Verdadero 2)- Falso
29	Son criterios de envío a segundo nivel por diarrea aguda	1)- Deshidratación moderada y severa, menor de 6 meses, ocho evacuaciones o más en 24hrs, más de 4 vómitos en 24hrs, padres incompetente para su manejo. 2)- Intolerancia a la vía oral, fiebre mayor a 38oC, 3 o más evacuaciones en 24 horas. 3)- Vómitos de contenido gástrico, dolor abdominal, malestar general.
30	Definición de diarrea persistente	1)- Presencia de 3 evacuaciones líquidas o blandas en 24 horas con duración menor de 2 semanas. 2)- Presencia de 3 evacuaciones blandas en 24 horas con duración mayor a 2 semanas. 3)- Presencia de más de 3 evacuaciones líquidas en 24 horas por más de 20 días.