

Archivos de Medicina Familiar

Volumen
Volume 7

Número
Number 1

Enero-Abril
January-April 2005

Artículo:

Criterios del médico familiar para la prescripción de antibióticos en niños con diarrea aguda

Derechos reservados, Copyright © 2005

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Criterios del médico familiar para la prescripción de antibióticos en niños con diarrea aguda

Family Physician Clinical Criteria for Prescription of Antibiotic to Children with Acute Diarrhea

Pérez-Muñoz MJ,* Bautista Samperio L,** Piña-Olvera MG.***

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la aplicación de los criterios clínicos que utiliza el médico familiar, para la prescripción de antibióticos en casos de enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años. **Diseño:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrolectivo. **Material y métodos:** De abril a octubre de 2003, en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94, se integró una muestra no aleatoria de 63 expedientes con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda (EDA) valorándose a través de la aplicación de una lista de cotejo diseñada exprofeso, la identificación de los criterios clínicos considerados por el médico familiar para la prescripción de antibióticos se evaluó a través de una lista de cotejo constituida por 17 parámetros en donde se establecieron dos categorías, "Sí aplica" con un punto de corte en 10 puntos y "No aplica" en 9 o menos puntos. Análisis estadístico con determinación porcentual para la variable de estudio y las variables confusoras; por medio de la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** En 5 (8%) expedientes se encontró evidencia que los médicos sí aplicaban los criterios clínicos para la prescripción de antibióticos y en 59 (92%) no lo hubo; se consideraron los factores de riesgo, semiología y exploración clínica en porcentajes bajos. El medicamento de indicación más frecuente fue trimetroprim-sulfametoxazol. **Conclusiones:** El estudio identificó que la evidencia registrada en el expediente clínico no demuestra una actividad satisfactoria en las acciones del médico familiar en la aplicación de criterios clínicos para la prescripción de antibióticos en pacientes menores de 5 años portadores de EDA.

Palabras clave: Diarrea aguda, Criterios clínicos, Prescripción antibiótica.

ABSTRACT

Objective: Our aim was to evaluate the application of clinical criteria used by the family physician for prescription of antibiotics for acute diarrheal disease (ADD) in children < 5 years of age. **Design:** We conducted an observational, descriptive, and cross-sectional study. **Materials and methods:** We made up a non-randomized sample at the Family Center from April to October 2003 by selecting 63 clinical records of patients with ADD that were evaluated through random access. Identification of clinical criteria consensus of the family physician for antibiotic prescription with the instrument was made up of seventeen parameters; two categories were established, including "It applies" with one cut-off point at 10 points, and "It does not apply" at 9 or fewer points. We carried out statistics analysis with percentile and median determination for the variable study and confounders and employed Fisher exact test to estimate the influence of the latter. **Results:** In five (8%) medical records, we found evidence that physicians applied clinical criteria for prescription of antibiotics, while we found that 59 (92%) physicians did not. Risk factor semeiology and clinical exploration were considered at low percentiles. The most frequently prescribed antibiotic was trimethoprim sulfamethoxazole. **Conclusions:** This study demonstrated that evidence registered in the patient's clinical record does not sustain the action of the family physician with regard to use of clinical criteria for prescription of antibiotics in patients < 5 years of age who are carriers of ADD.

Key words: Acute diarrhea, Clinical criteria, Prescription of antibiotics.

Recibido: 15/06/04

Aceptado: 17/12/04

* Especialista en Medicina Familiar.

** Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

*** Médico Familiar adscrito a la UMF. No. 94, IMSS.

Dirección para correspondencia:

Miriam Janet Pérez Muñoz. E-mail: miriamdoc8@hotmail.com

Introducción

La enfermedad diarreica es un síndrome de etiología multi-causal, con agentes infecciosos virales, bacterianos y parásitarios de distribución mundial, variando su frecuencia de un país a otro y aun entre distintas áreas de un mismo país. Afecta a todos los grupos de edad, observándose mayor frecuencia y daño en menores de 5 y mayores de 65 años. Como causa de morbilidad y mortalidad en México ocupa los primeros lugares en la población infantil; en 1998 se registraron 617,509 casos de EDA en niños menores de un año y 982,111 en el grupo de 1 a 4 años; con 3,255 muertes, la mayoría causada por deshidratación¹⁻⁴. En contraste en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la mortalidad por EDA en este año y grupo etario se reportó en cero; la tasa de incidencia hasta la fecha se ha mantenido en promedio de 0.17; actualmente ocupa el 4º lugar en demanda de consulta⁵. En el año de 1999 en el Hospital Infantil de México se realizó una evaluación del manejo efectivo de la diarrea, con lo que se evidenció que sólo al 39% de los pacientes se les realizó una evaluación clínica correcta y en el 78% se otorgó antibiótico de manera innecesaria⁶; en el año 2000 se reportó un estudio similar en el que la prescripción antibiótica injustificada osciló en 70 a 82%⁷.

Es importante recordar que los mecanismos de acción de los agentes infecciosos asociados con la EDA son diversos y por ende las manifestaciones clínicas. Desde 1967 la OMS ha señalado que el 90% de las diarreas se autolimitan entre 24 y 48 horas, por lo que la terapéutica va dirigida a la reposición de líquidos y sales perdidos^{3,8,9}. La NOM marca que se debe administrar tratamiento con antibiótico a las diarreas con características clínicas que nos orienten a pensar en etiología atribuible a: *Shigella*, amibiasis intestinal, giardiasis intestinal y cólera; así como también a todos los niños menores de tres meses, desnutridos o con inmunosupresión¹⁰. El propósito de este trabajo fue evaluar los criterios clínicos aplicados por un grupo de médicos familiares para la prescripción de antibióticos en niños menores de cinco años de edad con EDA.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, retrolectivo. Se desarrolló de abril a octubre de 2003. Muestra de 63 expedientes cuyos criterios de inclusión fueron: pertenecer a niños menores de cinco años de edad, adscritos y atendidos en la UMF No. 94 del IMSS con diagnóstico de EDA, sin datos de infección respiratoria, urinaria, patología primaria causante de diarrea ni complicaciones intestinales secundarias a EDA como: íleo paralítico y/o enterocolitis necrosante.

Se diseñó y aplicó una lista de cotejo para identificar los parámetros clínicos utilizados por el médico familiar para la prescripción de antibióticos en niños menores de cinco años con diagnóstico de EDA; el instrumento constó de tres bloques: el primero con datos generales del paciente y del médico que otorgó la atención; el segundo correspondió a la identificación de los factores de riesgo y datos clínicos específicos; el tercer bloque incluyó el tratamiento farmacológico prescrito. Se establecieron para la variable de es-

tudio dos categorías, "Sí aplica" con un punto de corte en 10 puntos y "No aplica" con nueve o menos puntos. La validez de constructo del instrumento la realizó el Jefe de Educación Médica e Investigación; la validez de contenido y criterio se efectuó por dos especialistas en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 94 y dos en Pediatría del Hospital General de Zona (HGZ) No. 29, IMSS. En una primera fase el instrumento se integró por 25 parámetros en la pos-validation quedó constituido por 17 parámetros. El análisis estadístico se efectuó por medio de estadística descriptiva y prueba exacta de Fisher para estimar la influencia en los resultados de contar o no con especialidad en medicina familiar y turno de atención como variables confusoras.

Resultados

El instrumento se aplicó a los 63 expedientes (100%) de ambos turnos. El número de médicos que otorgaron dicha atención fue de 30 con la siguiente distribución: 13 (43.3%) del turno matutino y 17 (56.5%) del vespertino; de ellos 10 médicos (33%) con especialidad y 20 (67%) sin especialidad en medicina familiar. La antigüedad promedio fue de 15.23 años, con un rango de < 1 a 24 años.

En 5 (8%) de los expedientes, los médicos registraron el número de parámetros suficientes para clasificarlos como "sí-aplicación" de criterios clínicos para la prescripción de antibióticos y en 58 (92%) en categoría de no-aplicación. En los cuadros I y II se observa la distribución de acuerdo al turno y especialidad de los médicos participantes como variables confusoras; con relación a la variable de estudio en la que se obtuvo diferencia no significativa de la prueba exacta de Fisher (0.1572 y 0.5912 respectivamente), con una p de 0.01.

Respecto a los parámetros clínicos –incluidos los porcentajes de si hubo registro– fueron: en factores de riesgo los 63 (100%) expedientes; con relación a la identificación de signos y síntomas: del número de evacuaciones 54 (85.7%); color de las evacuaciones: 37 (58.7%); náuseas o vómito: 25 (39.7%); anorexia o hiporexia: 21 (33.3%); temperatura de 38 > °C a 14 (22.2%); dolor abdominal o distensión: 11 (17.5%); aspecto de las evacuaciones: 9 (14.3%); irritabilidad: 2(3.2%); de los parámetros sin registro se obtuvo: flatulencia: 63 (100%); pujo o tenesmo rectal: 63 (100%).

Con respecto a la exploración física se registraron los siguientes datos: estado de hidratación 60 (95.2%); peristalsis 63 (100%). Los parámetros sin registro fueron: timpanismo: 63 (100%). Con relación a los auxiliares de diagnóstico se encontró: 3 (4.8%) con registro, 60 (95.2 %) sin registro. En 63 (100%) de los expedientes se prescribió medicamento; de acuerdo al tipo la distribución fue para trimetoprim con sulfametoazol (TSM) en 25 (39.7%) expedientes; ampicilina 24 (38.1%) y metronidazol 14 (22.2%). El cuadro II muestra la distribución por turno.

Discusión

El problema de salud pública que representa la EDA se manifiesta por la elevada demanda de consulta que se

Cuadro I. Aplicación de criterios clínicos por médico con o sin especialidad.

Variables	Aplica Cx	%	No aplica Cx	%	Total
Médico con especialidad	1	3.33%	12	40.00%	13
Médicos sin especialidad	4	13.33%	13	43.33%	17
	5	16.66%	25	83.33%	30

Fisher: 0.5912

Fuente: Médicos registrados en expedientes de la UMF No. 94 año 2003.

N = 30 médicos (familiares y no familiares).

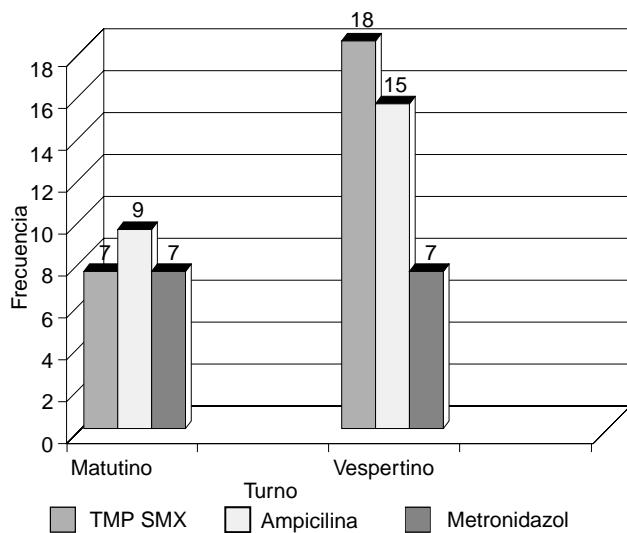
Cuadro II. Aplicación de criterios clínicos por turno de atención médica.

Variables	Aplica Cx	%	No aplica Cx	%	Total
Turno matutino	2	3.17%	21	33.33%	23
Turno vespertino	3	4.76%	37	58.73%	40
	5	7.93%	58	92.06	63

Fisher: 0.1572

Fuente: Expedientes de la UMF No. 94 año 2003.

N = 63 expedientes de pacientes con EDA



Fuente: Expedientes de la UMF. No. 94, año 2003.

N= 63 expedientes.

Figura 1. Fármacos utilizados.

observa en las unidades de atención médica; aunado a ello existe la necesidad de una adecuada evaluación del manejo farmacológico de la misma; en la práctica médica persisten conceptos erróneos que perpetúan los altos índices de morbilidad y mortalidad por EDA, así como el uso y/o abuso de antibióticos que causan diarreas prolongadas y complicaciones.

La utilización de la lista de cotejo en el análisis de expedientes de la UMF No. 94 mostró que sólo en el 8% de los mismos se aplican los criterios clínicos "ortodoxos", y la prescripción de medicamentos en el 100%. Estos resulta-

dos son aún más desalentadores si consideramos que Mota⁶ en 1999 reportó que el 39% de los pacientes con EDA recibieron evaluación clínica correcta y al 33% se les otorgó una prescripción adecuada. Al observar que no hay diferencia significativa en los resultados considerando las variables confusoras da margen a considerar que las diferencias esperadas con relación a la experiencia clínica y los años de formación de una especialidad son poco relevantes. Es necesario analizar este fenómeno; debido a que se esperaría observar en los expedientes clínicos de los médicos con especialidad, evidencias de acciones más fundamentadas y una descripción más objetiva sobre el motivo de consulta.

La identificación de factores de riesgo se registró en la totalidad de los expedientes, esto probablemente debido a que son elementos considerados regularmente en la nota médica de la atención del paciente pediátrico. Indicadores correspondientes al rubro de signos y síntomas, como pujo o tenesmo, flatulencia y timpanismo abdominal no fueron registrados por ningún médico; la falta de los dos primeros puede explicarse por la subjetividad de interpretación en el paciente pediátrico y más aún por la percepción o verbalización del familiar encargado del menor; sin embargo el de timpanismo es un dato estrictamente aplicado e interpretado por el médico y el no consignarlo podría sugerir una exploración incompleta. La referencia de los datos respecto a número de evacuaciones, peristalsis intestinal y estado de hidratación fueron los parámetros más frecuentemente observados. Aparentemente, en este grupo de médicos familiares se sigue privilegiando la asistencia con enfoque en el daño; consideramos que estos datos potencialmente se relacionan más con las complicaciones que con la propia EDA.

En el 92% de los expedientes no se fundamentó la prescripción de antibióticos; esta situación tal vez está relacio-

nada con las actividades que realiza el médico en su práctica profesional –al menos en el ámbito institucional– enfocada principalmente a una atención curativa. Por otra parte, puede ser la expresión de “una dinámica asistencial adquirida sin cuestionamientos” a lo largo de su experiencia laboral, o bien a la falta de una aplicación cotidiana de evidencias científicamente sustentadas. El orden por frecuencia de prescripción medicamentosa fue trimetoprim con sulfametoxazol, ampicilina y metronidazol; (*Figura 1*) lo cual no es posible avalar con los datos clínicos registrados en las notas médicas y menos aún si se recuerda que el agente etiológico predominante en este grupo de pacientes son los virus⁸⁻¹⁰.

Este grupo de médicos familiares deberían estar informados sobre las acciones a realizar en casos de EDA, basándose preferentemente en la norma oficial correspondiente¹⁰. En síntesis, en el desarrollo de esta investigación encontramos evidencias de que algunos de los médicos familiares que laboran en la UMF No. 94 no registran y/o no realizan una fundamentación adecuada que justifique la prescripción antibiótica.

Referencias

1. Mota HF. *Avances en enfermedades diarreicas y desequilibrio hidroelectrolítico*. UNICEF México. 1991: 68-89, 217-34.
2. Rubinstein A. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 1^a Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2001.
3. Behrman RE. *Nelson Tratado de Pediatría*. 16^a edición, México: Editorial Interamericana-McGraw-Hill. 2000.
4. Diarrea aguda en Pediatría. Servicios de urgencias Hospital Regional PEMEX Villahermosa. <http://orbita.starmedia.com/~atasta/hrvt/diarreasped.htm>
5. *Diagnóstico de salud, de la UMF 94, 2002*. (Documento Interno).
6. Mota F. Disminución de la mortalidad por diarrea en niños. *Boletín Médico Hospital Infantil de México* 2000; 57(1): 32-9.
7. Enfermedad Diarreica Aguda en Niños menores de 5 años. Boletín Práctica Médica Efectiva 2003. [bvs.insp.mx/componen/svirtual/boprame/v2n0400/bib.htm](http://www.bvs.insp.mx/componen/svirtual/boprame/v2n0400/bib.htm)
8. Palacios TJ. *Introducción a la Pediatría*. 6^a edición. México: Méndez editores. 1997.
9. Mota HF. Academia Mexicana de Pediatría. Diarrea aguda. Hospital Infantil de México Federico Gómez. 9-46 <http://www.drscope.com/privados/pac/pediatrica/pbl4/ref.html>
10. *Norma Oficial Mexicana NOM 031-SSA 2-1999, para la atención a la salud del niño*. México: SSA. 1999.

