

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA**

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.**

**“FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMÁTICA EN LOS  
TIEMPOS PARA LA VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, Y SEGUIMIENTO  
DE LA PATOLOGÍA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE  
GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN DEL INP DE ENERO A  
DICIEMBRE 2007”.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN**

**GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRIOLOGÍA PEDIÁTRICA  
PRESENTA**

**CÉSAR MALDONADO RIVERA**

**TUTORES**

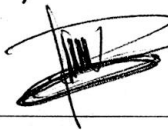
**ERICKA MONTIJO BARRIOS  
IGNACIO MORA MAGAÑA.**


**MÉXICO**

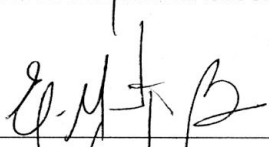
**MMIX**

FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMÁTICA EN LOS TIEMPOS PARA  
LA VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGÍA EN  
LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA  
Y NUTRICIÓN DEL INP, DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007

  
\_\_\_\_\_  
DR. JOSÉ N. REYNES MANZUR  
DIRECTOR DE ENSEÑANZA.

  
\_\_\_\_\_  
DRA. MIRELLA VAZQUEZ RIVERA  
JEFE DE DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO.

  
\_\_\_\_\_  
DR. JAIME ALFONSO RAMIREZ MAYANS  
PROFESOR TITULAR DE GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA.

  
\_\_\_\_\_  
DRA. ERICKA MONTIJO BARRIOS  
ADSCRITA AL DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA  
Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA.

  
\_\_\_\_\_  
DR. IGNACIO MORA MAGAÑA  
JEFE DE DEPARTAMENTO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.



## ÍNDICE

Introducción.....	2
Planteamiento del problema.....	7
Pregunta de investigación.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	11
Material y métodos.....	12
Resultados.....	17
Discusión.....	21
Conclusiones.....	26
Bibliografía.....	28
Tablas y gráficas.....	30

## INTRODUCCIÓN

La consulta externa de Gastronomía del Instituto Nacional de Pediatría durante el año 2007 recibió a más de 2400 pacientes, que son los reportados en las hojas diarias de los médicos del servicio, siendo seguramente aún más los citados y probablemente los atendidos por el servicio durante el mencionado periodo del año 2007. <sup>1</sup>

Conocer los diagnósticos más frecuentes en el servicio de gastroenterología y nutrición, así como los tiempos de espera para obtener el diagnóstico definitivo, entre otras cosas es muy importante, dado que se pueden mejorar estas situaciones y brindar así una mejor atención al paciente. Estos datos no se encuentran publicados ni reportados en el hospital.

En nuestro servicio se atienden patologías de gran importancia social por su prevalencia como son, la desnutrición y la obesidad. De la desnutrición, el INEGI en 2006<sup>2</sup> reportó una prevalencia que va desde el 2% antes de los 6 meses de edad hasta un 12.7% entre los 12 y 23 meses, lo que significa que la prevalencia aumenta según la edad, por lo que es necesario que nuestra institución reciba a estos pacientes a edad temprana y que nosotros implementemos medidas adecuadas para poder disminuir sus complicaciones, ya que no solo la repercusión es en el peso, sino en el desarrollo intelectual de los niños y la predisposición a enfermedades infecciosas <sup>3</sup> entre otras. Así mismo se sabe que las intervenciones nutricionales que se pueden realizar para disminuir esta enfermedad deben de ser lo más oportuno posible. <sup>4, 5, 6</sup>

Por otro lado nos enfrentamos a la patología más común en nuestros días que es la obesidad, la cual es debida al cambio de los hábitos alimentarios, como son la incursión de la comida rápida o la “americanización” de la dieta, donde se da una gran fuente de grasas y carbohidratos; según el reporte del INEGI del 2006 se tiene

una prevalencia de 5.5% entre los 6 y 11 meses de edad, del 4.7% a los 5 años de edad, incrementando al 18% entre los 9 y 11 años, con lo que se demuestra que la obesidad se mantiene constante durante los primeros 5 años de vida y que se eleva dramáticamente conforme la edad aumenta. <sup>2</sup>

Obviamente y como es de esperarse por las características de la alimentación y la falta de actividad física la mayor prevalencia de obesidad se encuentra en las áreas urbanas.<sup>2</sup>

Estas 2 entidades componen en gran parte la consulta externa del servicio de Gastronomía del INP por lo que se vuelve importante conocer cifras exactas de pacientes atendidos con estas patologías y sobretodo valorar la atención que se les brinda. De igual manera se quiere utilizar en caso posible las guías del servicio para la atención de los pacientes, así como acortar los tiempos de espera en la consulta.

En el servicio también se presentan patologías que requieren de un diagnóstico temprano como el caso de la Colestásis neonatal, para identificar oportunamente casos de Atresia de vías biliares y quiste de colédoco. Otras patologías que son vistas en el servicio de Gastroenterología son: dolor abdominal crónico, enfermedad ácido péptica; enfermedades hepáticas que van desde hepatitis infecciosa aguda hasta hepatitis autoinmune, además de patología diversa de intestino como puede ser sangrado de tubo digestivo bajo, enfermedad inflamatoria intestinal o constipación; de ésta última se refiere una prevalencia del 25% de la consulta del gastroenterólogo pediatra, en Estados Unidos y países Europeos. <sup>7</sup>, sin embargo en nuestro servicio no conocemos datos precisos.

Así tomando como ejemplo la constipación se espera que desde el abordaje hasta la resolución del problema transcurra un tiempo aproximado de 6 meses y de no resolverse, el médico debe plantear el reabordaje del paciente, por lo que vale la

pena revisar cada expediente utilizado el año pasado para detectar en el caso de los pacientes con constipación el manejo y la situación actual del paciente.

Debido a lo anterior, se decidió iniciar una búsqueda en la literatura mundial, realizándola en Pubmed con artículos que comprendieran a humanos de las edades entre los 0 y 18 años y en los últimos 5 años. Para estos límites se encontraron 365886 artículos. La búsqueda se realizó con la palabra "*outpatient*" o paciente externo: se encontraron 5703 artículos. Después redefiniendo la búsqueda se ligo la palabra "*outpatient*" con la palabra "*gastroenterology*" lo cual arrojó 87 artículos. De estos se disminuyo la cuenta a 36 artículos cuando se agrego a la búsqueda la palabra "*disease*". Finalmente de estos ninguno se refería a nuestra búsqueda que en español podría ser como: enfermedades y gastroenterología y pacientes de consulta externa.

De esta manera nuestra búsqueda se tuvo que ampliar de nuevo retirando los límites, por lo que se encontraron 236 artículos relacionados con estas palabras, sin embargo solo 9 de ellos se refieren de alguna manera al tema que es de nuestro interés .

En primer lugar citaremos el artículo publicado por Moayyedi y cols en la revista Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002 <sup>8</sup> el cual fue realizado en el Reino Unido, en el servicio de Gastroenterología del NHS Hospital. El objetivo era valorar la atención del paciente en cuanto a los tiempos de espera para el diagnóstico final y el inicio de tratamiento definitivo. Para lo anterior se realizaron encuestas a los familiares, con revisión de expedientes, buscando con los resultados mejorar la calidad de atención. En la publicación se concluye que es más aceptable para un paciente tener un tiempo de espera de 2 meses para su valoración siempre y cuando se inicie su abordaje y estudios de manera inmediata, a diferencia de ser valorados de manera rápida pero con demora para la realización de estudios de abordaje.

Por lo tanto se demostró que las recomendaciones del sistema de salud de este país eran simplistas y no van de acuerdo con las necesidades del paciente.

Huang y cols reportan en un artículo publicado en Health Serv Manage Res en 1994, que los pacientes que acuden a consulta están dispuestos a esperar hasta 37 minutos para ser atendidos, e incluso hasta 63 en el caso de que el paciente llegue tarde a su cita. 9

Otro artículo al cual haremos referencia es el realizado por Pellicano y cols,<sup>10</sup> el cual se publicó el año 2007 en Italia, el cual tuvo como objetivo establecer el porcentaje de pacientes que ya no requerían de la especialidad, así como el porcentaje de pacientes que requerían ser hospitalizados, pues no tenían un adecuado diagnóstico. De esta forma se buscaba elaborar un diagnóstico del estado del servicio, para así diseñar un programa que lograra la eficiencia en el manejo de la consulta y de alguna forma reducir costos.<sup>10</sup> Este artículo es importante pues nuestro servicio carece de información sobre las diferentes patologías y el seguimiento de los mismos, por lo que se cree que actualmente son vistos pacientes que no requieren de un tercer nivel y que se dejan de ver pacientes que si lo requieren.

Existe un estudio documentado en Headington en Reino Unido en 2001, realizado por Bass y cols<sup>11</sup> en el que se estudiaron a 2530 pacientes que se atendieron por la consulta de gastroenterología en el Hospital John Radcliffe durante 11 meses. El objetivo fue determinar la frecuencia de las patologías en el servicio, dividiéndolas en patologías orgánicas o no orgánicas. Se revisaron los expedientes de pacientes que acudieron más de 4 veces al año al servicio (762). De los cuales el 59% de estos tenían enfermedad orgánica, 17% no acudieron y 21% no tenían ya enfermedad orgánica relevante. Lo anterior les permitió depurar sus archivos clínicos.

Un estudio más realizado en Reino Unido por Martin y cols <sup>12</sup> tuvo como objetivo valorar el tiempo que pasa entre que el paciente es enviado por otro servicio a valoración por gastroenterología. Los resultados fueron que en ocasiones es muy largo el tiempo y no se define adecuadamente el término urgente. Como conclusión este estudio propone un plazo para la valoración de máximo 2 semanas ya que cuando el paciente es enviado por médicos generales a ser vistos por el gastroenterólogo no siempre se hace de manera adecuada, por lo que se dejan evolucionar enfermedades graves. <sup>13</sup>

Otro de los problemas de la consulta externa es el que se aborda por Eaden y cols. <sup>13</sup> quien en la consulta externa de un hospital de Reino Unido reporta la opinión de los pacientes conforme a la información que le dan los médicos sobre su padecimiento. En este estudio más del 90% de los pacientes desearían recibir mayor información acerca de su enfermedad, así como de los resultados de laboratorio y de los medicamentos que están recibiendo.

También se ha reportado por Murdock y cols <sup>14</sup> los motivos de inasistencia al servicio de gastroenterología del hospital Ulster en Irlanda, en Reino Unido, entre las principales causas que se refieren: 30% el olvido de la cita y en un 3% también se encuentra el miedo a ser atendido por un médico residente. En nuestro caso la mayor parte de la consulta externa se brinda por residentes, que en ocasiones no tienen el respaldo en ese momento del médico adscrito del servicio,

Un artículo reportado por Downer y cols, <sup>15</sup> tiene como objetivo evaluar una maniobra para disminuir la asistencia al servicio de consulta externa. Dicha maniobra consistió en mandar mensajes de texto por celular a los pacientes para recordarles su cita. Con esto observaron una disminución del 23% de inasistencia de aquellos a los que no se mando mensaje comparado con 12% de aquellos que recibieron el mensaje de texto.



En este momento no contamos con una base de datos confiable para poder conocer la prevalencia de patologías en nuestro servicio, así como el tipo de patología que se ve en el servicio de Gastroenterología, para poder determinar si se ve solo patología de tercer nivel. De la misma forma no podemos en este momento saber los tiempos de espera para valoración, ni los tiempos para llegar a un diagnóstico final.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La consulta de gastroenterología exclusivamente y solo durante el año 2007 atendió al menos a 2400 pacientes reportados en hojas diarias, por lo que se asume incluso que se consultaron más pacientes seguramente pero no están todos reportados.

Esto equivale a que cada médico o residente haya visto al menos 154 pacientes nuevos en el año sin contar subsecuentes. Esto entre otras cuestiones como lo es el servicio de archivo, enfermería y estadística del hospital, no ha permitido que se cuente con una estadística confiable dentro del hospital para poder mencionar la frecuencia o prevalencia de las diferentes patologías vistas en el servicio.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles fueron las patologías que se diagnosticaron durante el año 2007 en el servicio de consulta externa de Gastroenterología pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría?

¿Cuál fue el tiempo de espera para la valoración inicial del paciente en el servicio de gastronomía del INP?

¿Cuál fue el tiempo que se toman los médicos para la realización de diagnóstico definitivo de la enfermedad dentro del servicio?

¿Cuál fue el tiempo de seguimiento de la patología en el servicio de gastroenterología pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría?

¿Los pacientes fueron valorados por los médicos adscritos; se les aplicó alguna de las guías diagnósticas del servicio o ingresaron a un protocolo de investigación?

Todo lo anterior en el periodo de 1 de enero al 31 de diciembre 2007.

## JUSTIFICACIÓN

La medicina actual ha tenido grandes cambios y uno de los principales es la mejor atención al paciente en todos los sentidos. En el INP este ha sido uno de los principales objetivos de la administración actual, inclusive el hospital ha sido actualmente aprobado como ISO 9001, la cual es la norma que ha sido elaborada por el Comité Técnico ISO/TC176 de ISO (Organización Internacional para la Estandarización) que especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad y que puede utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales.

Debido a que el servicio de Gastroenterología desea mejorar su atención a los pacientes en la consulta externa, creemos que en primer lugar debemos tener la frecuencia de las patologías vistas, para de ahí poder desglosar cuales verdaderamente requieren atención de tercer nivel y con esto poder depurar la consulta externa. Al disminuir el número de pacientes subsecuentes podremos tener mayor número de pacientes de primera vez.

También se podrán conocer otras situaciones, como son: tiempos que se pierden entre el envío del paciente desde su referencia y la primera valoración por gastronomía, con lo cual de considerarse necesario se pueden plantear estrategias para acortar tiempos de espera que pueden ser demasiado largos para las patologías de los pacientes.

En cuanto a los tiempos, también es necesario conocer si existe demora en el diagnóstico de las patologías ya siendo atendidos por el servicio de gastronomía.

Finalmente también es necesario conocer el tiempo de tratamiento de cada patología, valorando los resultados del mismo y la resolución o no del problema.

Se necesita conocer que médico adscrito da seguimiento a los pacientes y de no haber uno en específico, se pretende con esto poder asignar a cada paciente con un médico para el mejor abordaje, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

También se pretende conocer si el paciente está siendo manejado con base a las guías con las que cuenta el servicio para patologías específicas y de no ser así, integrar al paciente ya sea en su abordaje, tratamiento o seguimiento a estas guías con la finalidad de brindar una mejor atención al paciente y de mayor calidad.

Se busca conocer además cuántos pacientes se encuentran dentro de algún protocolo de investigación y si existen algunos que pudieran ser integrados a los diversos protocolos que existen dentro del servicio.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Determinar la frecuencia de las patologías que se presentaron en el servicio de gastroenterología pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de primero de enero 2007 a 31 de diciembre 2007.

### **Específicos secundarios:**

1. Conocer cuál fue el tiempo que transcurre entre que el paciente es enviado por otro servicio de nuestro Instituto u otro hospital hasta la valoración por gastronomía pediátrica.
2. Conocer el tiempo usado para llegar al diagnóstico definitivo de la enfermedad en el servicio de gastronomía pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría.
3. Conocer cuál es el tiempo que el paciente ha recibido tratamiento en el servicio.
4. Conocer si el paciente es conocido o se le está dando un seguimiento adecuado por alguno de los médicos adscritos de gastroenterología y nutrición pediátrica o solo por los médicos residentes subespecialistas
5. Identificar si existe solución de las patologías que se presentan en el servicio de no haber más complicaciones agregadas.

## **MATERIAL y MÉTODOS**

### **Diseño**

Se trata de un estudio longitudinal, observacional, retrospectivo.

### **Criterios de inclusión**

Se solicitaron al departamento de archivo clínico los números de expedientes de algunos de los pacientes atendidos en la consulta externa de gastronomía pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría el periodo de 1 de enero 2007 a 31 de diciembre de 2007.

### **Metodología**

Se introdujo la información en una base de datos de Excel, donde por medio de tablas dinámicas se obtuvieron los datos planteados en los objetivos.

Los datos que se vertieron en la tabla son:

- 1) Número de expediente. (numero progresivo que se le asigna a cada paciente)
- 2) Edad en meses. (variable cuantitativa continua, que representa el lapso de tiempo entre la fecha de nacimiento a la fecha de la consulta en gastroenterología)
- 3) Sexo (variable cualitativa nominal dicotómica, que divide a los grupos según su fenotipo en masculino y femenino)

- 4) Estado de la república donde proceden (variable cuantitativa nominal, que se refiere al sitio del país de donde provienen)
- 5) Servicio o departamento que envía (variable cualitativa nominal, que se refiere a que pediatra especialista refiere al servicio de gastronutrición)
- 6) Fecha de envío a gastroenterología y nutrición. Fecha en que el servicio tratante o de pediatría envía a un paciente a valoración de primera vez al servicio de gastroenterología.
- 7) Fecha de primera valoración por el servicio de gastroenterología.
- 8) Tiempo que se tardó en realizar el diagnóstico por parte del servicio (variable cuantitativa continua que se refiere al periodo entre la primera visita a la consulta y establecer la enfermedad del paciente)
- 9) Diagnóstico actual del paciente (variable cualitativa nominal, que se refiere a la enfermedad)
- 10) Duración del tratamiento (variable cuantitativa continua que indica el periodo que el paciente recibió un manejo específico por el servicio).
- 11) Saber si se ha establecido ya una solución para el paciente, ( variables cualitativa nominal dicotómica). Si, No,
- 12) Se usó una guía de seguimiento? ( variables cualitativa nominal dicotómica). Si, No.
- 13) ¿Qué guía de seguimiento se usó? (variable nominal)

14) ¿El paciente es parte de un protocolo? ( variable cualitativa nominal dicotómica) Si, No.

15) ¿Tiene el paciente un médico adscrito responsable del paciente? ( variables cualitativa nominal dicotómica) Si, No

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizo únicamente estadística descriptiva para cada uno de los objetivos marcados específicos primarios y secundarios. Los cuales serán: desviación estándar, porcentaje y proporciones.

## **ÉTICA**

Dado que se trata de un proyecto sobre frecuencia, tiempos de espera y en todos los casos la identidad del paciente no será necesaria. Dado que se trata de una revisión solamente de los expedientes clínicos, sin involucrar directamente a los pacientes, no se requiere de carta de consentimiento informado.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Se siguió el siguiente cronograma de actividades .

FECHA	ACTIVIDAD
1 de marzo a 30 de septiembre del 2008	Realización de protocolo
1 septiembre al 30 de Noviembre del 2008	Envío a aceptación por el comité de investigación.
1 Diciembre de 2008 al 28 de Febrero del 2009	Se realizó la recolección de datos.
1 de Marzo del 2009 al 31 de Marzo del 2009	Se realizó el análisis de la información y reporte de la misma

## TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La tabla de recolección de datos esta diseñada en Excel, aquí se demuestran las variables que se revisarán de cada expediente, con sus abreviaturas determinadas y antes señaladas.

Exp	Edad	Sexo	Edo	SerDepEnvia	Fecha Envio	Fecha GNT	durDx	Dx Actual	Dur_Trat	Solucion	Guia_Seguim	Prot	Med_Resp	Seg

## RESULTADOS

En este trabajo se revisaron 546 expedientes completos (*Gráfica 1*) de los pacientes que se tienen reportados por el archivo clínico que acudieron el año pasado al servicio de gastroenterología pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría; sin embargo 46 de estos pacientes al revisar el expediente se demostró que durante el periodo de tiempo estudiado no tuvieron una cita con el servicio. Se cuenta con una base de 2404 expedientes en la lista otorgada por el servicio de archivo, como pacientes que acudieron por lo menos alguna vez durante el año de 2007.

De estos expedientes se logró obtener la estadística sobre la frecuencia de enfermedades del servicio, así como obtener los tiempos de espera para la valoración y seguimiento de los pacientes, entre otros datos importantes para el servicio.

Con el objetivo general de la revisión se logró determinar la frecuencia de patologías que se presentaron en el servicio. Los diagnósticos se dividieron en 2, el diagnóstico primario y el secundario.

De estos los 10 diagnósticos primarios fueron:

- 1) 51 pacientes fueron diagnosticados con algún tipo de desnutrición.
- 2) 41 pacientes con obesidad,
- 3) 36 con acidosis tubular renal,
- 4) 35 con alergia a la proteína de la leche de vaca
- 5) 34 pacientes con constipación funcional crónica.
- 6) 23 pacientes con reflujo gastroesofágico,
- 7) 18 con dolor abdominal crónico recurrente,
- 8) se encontraron 8 pacientes con hepatitis autoinmune,
- 9) 5 pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica y
- 10) 4 pacientes con galactosemia.

Además se encontraron 91 pacientes sanos, es decir al paciente no se le encontró patología alguna para continuar el tratamiento por gastroenterología y finalmente a 41 pacientes no se logró establecer un diagnóstico debido a diferentes causas como el no acudir a citas subsecuentes, o bien tenían el diagnóstico realizado pero no se sabe en el momento actual su situación debido a que no acudieron a la cita.

Suman 255 pacientes los 10 diagnósticos principales primarios, lo que se refiere a un 51% y se eleva el porcentaje a 77.4% de los pacientes si se consideran a los pacientes sanos y a aquellos en los cuales no se cuenta con el diagnóstico primario. (Gráfica 2).

De igual manera se lograron conocer los objetivos secundarios.

Para el primer objetivo secundario que fue, conocer el tiempo que transcurre entre que el paciente es enviado por otro servicio hasta la valoración por gastronomía; los resultados fueron los siguientes:

46 expedientes no pertenecían a la consulta de gastroenterología, 94 pacientes fueron vistos el mismo día que fueron referidos y con un total de 103 pacientes durante la primera semana después de su envío, lo que equivale a un 18.8% de los expedientes revisados, 3.1% fueron atendidos en la segunda semana después de su envío (17 pacientes). 9 pacientes mas fueron atendidos en la tercera semana después del envío (2%). 1 paciente mas en la 4 semana (0.18%).

Entre 1-2 meses se hallaron 111 pacientes ( 20%), así como entre 2-y 3 meses se encontraron 77 pacientes (14%). 21 pacientes (4%) fueron atendidos 3 meses después de solicitada la valoración y 21 (4%) después del 4 mes solamente, sin embargo, de estos expedientes revisados en 140 (26%) casos no se puede concluir cuanto tiempo paso para el envío pues no se especifica de que servicio

fue enviado o del servicio que refirió , no se especifica en la nota, el momento en que es enviado a valoración. (*Gráfica 3 y Tabla 1*).

Para el segundo diagnóstico secundario, que se refiere al tiempo usado para llegar al diagnóstico de la enfermedad los resultados fueron los siguientes:

Se pudo constatar que 233 pacientes ( 47%) requirieron solo de 1 consulta para realizar el diagnóstico y para recibir un tratamiento. Y contando a los pacientes antes mencionados fueron un total de 261 que fueron diagnosticados en la primera semana (52%). 26 pacientes requirieron 2 semanas para realizar el diagnóstico , en 11 pacientes se necesitaron 3 semanas para el diagnóstico y en 4 más se logro el diagnóstico antes del mes. En 77 casos se necesitó 1 mes para lograr el diagnóstico (15%), en 40 pacientes se necesitaron 2 meses (8%), en 21 casos 3 meses (4%), 24 casos mas requirieron tiempos mayores a 4 meses para su diagnóstico y finalmente de 36 casos no se logró en la revisión del expediente establecer en que momento de las revisiones del paciente se logró el diagnóstico. (*Gráfica 4*).

Los resultados obtenidos para el tercer objetivo secundario, que era conocer el tiempo que el paciente ha recibido tratamiento en el servicio, los resultados fueron los siguientes:

Se dividieron los tiempos de tratamiento en: menos de 1 mes para los cuales existieron 9 pacientes, entre 1 y 3 meses existieron 15 pacientes, entre 4 y 6 meses hubo 43 pacientes; 68 pacientes más que recibieron un tratamiento entre 7 meses y un año. 123 pacientes más recibieron tratamiento entre 1 y 2 años. 78 pacientes más entre 2 y 3 años. 35 más recibieron tratamiento entre 3 y 4 años. 18 pacientes recibieron tratamiento entre 4 y 5 años y entre 5 y 6 años , existieron 16 pacientes. Entre 6 y 7 años recibieron tratamiento 8 pacientes y 27 más recibieron tratamiento por más de 7 años y hasta por 17 años en algunos casos.

46 pacientes no fueron atendidos por el servicio de gastroenterología y en 58 de los 59 casos no se pudo determinar el tiempo de tratamiento debido a que faltaron a citas y uno más fue transferido a otro hospital por cumplir la mayoría de edad. (Gráfica 5).

Para el cuarto objetivo secundario, que se trató de calcular que porcentaje de pacientes fue seguido o tratado por un médico adscrito y que porcentaje por un médico residentes los resultados obtenidos fueron los siguientes: 124 pacientes de los 500 expedientes revisados son seguidos por un médico adscrito (25%) y el restante 75% son manejados por médicos residentes de la subespecialidad ya sean de cuarto o de quinto año de la misma. (Gráfica 6).

Finalmente en el quinto objetivo secundario, que se considero el saber si existía solución de la patología del paciente, los resultados fueron los siguientes: 143 pacientes se les ha solucionado el problema o al momento de llegar a la consulta de primera vez ya se encontraban sin datos de patología gastrointestinal, a 125 pacientes no se les ha logrado solucionar la patología siendo por ejemplo estos en su gran mayoría los pacientes con desnutrición u obesidad. 70 de los pacientes no acudieron a su cita subsecuente en el año por lo que no se sabe si el paciente está sano actualmente. 35 pacientes se encuentran estables, es decir cursan con una patología crónica la cual se encuentra controlada y finalmente 126 pacientes están en mejoría de su patología gastrointestinal. Y un paciente más falleció durante el año estudiado de los expedientes revisados, esto suma 500 expedientes ya que 46 más no eran pertenecientes a la consulta de gastroenterología. (Gráfica 7).

## DISCUSIÓN

Con base en nuestro objetivo primario: conocer la frecuencia de enfermedades que se presentan en la consulta externa del Servicio de gastroenterología y nutrición en el Instituto Nacional de Pediatría, se determinó que las patologías que más frecuentemente se ven en la consulta externa son Desnutrición y Obesidad. Lo cual concuerda con lo reportado en el INEGI y en otras bibliografías que dejan estas dos patologías como problemas de salud actual. Esto nos hace reflexionar sobre la conducta que debemos normar en el servicio, pues no se tienen guías de manejo para estas enfermedades y mucho peor, si para desnutrición hemos encontrado tratamiento, para Obesidad no se ha determinado en nuestro hospital ni en el mundo un abordaje de tratamiento tal que permita la curación de la misma.

Tomando en cuenta nuestros resultados, observamos que el 100% de los pacientes vistos en la consulta externa de Gastroenterología y nutrición han sido referidos por otro servicio dentro del hospital, lo que significa que el sistema de filtro para nuestro servicio está funcionando adecuadamente.

Actualmente sabemos que la mayoría de los pacientes vienen referidos por el servicio de consulta externa de Pediatría por lo que sería de mucha utilidad trabajar en conjunto para evitar valoraciones que podrían quedarse en pediatría o en otro nivel.

Hablando de los objetivos secundarios y en específico del tiempo de espera de la valoración por el servicio de gastronomía pediátrica se pudo analizar que solo un 25% de los pacientes se pudo valorar antes del mes de enviada la interconsulta para su valoración. Un 20.3% se pudo valorar entre 1 y 2 meses después de su envío y 21% después de 2 meses. Esto equivale a un 66% de los pacientes ya que en un 26% no se logró determinar cuál fue el tiempo de espera para la valoración del paciente.

En este caso solo menos de la cuarta parte de los pacientes pudo ser valorada antes del mes de enviada la interconsulta. Esta cifra puede considerarse buena si se considera el número de pacientes que el servicio atiende cada año, sin embargo, al tratarse de enfermedades, esta cifra puede en algunos casos ser insuficiente para la atención de los pacientes ya que en algunos casos la patología del paciente se puede ver agravada por los tiempos de espera para la primera valoración y posteriormente para el seguimiento de los pacientes con los estudios solicitados y/o el tratamiento establecido desde la primera consulta.

En cuanto al segundo objetivo secundario que fue el establecer el tiempo para la realización del diagnóstico de la enfermedad del paciente los resultados muestran que un 60% de los pacientes tienen hecho el diagnóstico antes del mes de seguimiento. En aquel 5% de pacientes que se realizó el diagnóstico de la enfermedad después de 4 meses se puede mencionar que se trataron de enfermedades como acidosis tubular renal, colitis ulcerativa, enfermedad celíaca o enfermedades metabólicas en su mayoría.

También en ocasiones el diagnóstico se ve demorado debido a que los propios pacientes no acuden a su cita o solicitan que su cita sea diferida por un mayor tiempo debido a que acuden de diversas partes de la república, siendo estas, en ocasiones, muy lejanas o con medios de transporte ineficaces, así como el problema también económico que en ocasiones representa a la familia el trasladarse hacia el Hospital.

Para el tercer objetivo secundario, que era conocer los tiempos de tratamiento, se puede decir que esta es una situación variable ya que pueden ser tan cortos como el diagnóstico de una parasitosis intestinal, que reciba tratamiento y una cita subsecuente cercana a su primera valoración y resolverse su situación. Hasta enfermedades complejas como sería una enfermedad metabólica o una



enfermedad crónica que por obvias razones necesita un tratamiento más prolongado.

Esta situación se vuelve difícil de analizar en este momento ya que no es el propósito de este estudio, sin embargo, se vuelve de un gran interés para estudio futuro ya que con la información aquí obtenida se pueden establecer los tiempos de duración de tratamiento para cada una de las enfermedades diagnosticadas y, valorar así, si existe manera de acortar el tiempo de tratamiento en algunas de ellas.

Para el cuarto objetivo secundario que fue el determinar qué número de pacientes son seguidos por un médico residente y cuantos por un médico especialista del servicio se demostró que un 75% de los pacientes son valorados, diagnosticados y tratados por los médicos residentes, los cuales, son en base pediatras certificados, sin embargo al tratarse de patologías específicas de la subespecialidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica en ocasiones esto no es suficiente, por lo que es necesario el seguimiento cercano por los médicos adscritos para que esto se traduzca en una mejor calidad de atención a los pacientes y por lo tanto en, un pronto diagnóstico, un adecuado tratamiento y un mejor seguimiento para mejorar así la salud de los pacientes y de igual manera mejorar al servicio de gastroenterología y al Instituto en sí.

Al analizar el quinto y último objetivo secundario que fue el saber si existía una solución adecuada para la patología de los pacientes. El resultado fue que en el 29% de los pacientes se había logrado la solución a su problema. Sin embargo en 25% de los casos esto no se logró y siendo aquí las patologías más comunes de nuevo la desnutrición y la obesidad, el resto de los pacientes no se ha resuelto el problema pues son patologías crónicas.

Por otra parte en el campo de la obesidad, en la mayoría de los casos el que no se haya podido establecer una solución al paciente depende de gran manera al poco apego a la dieta, el poco ejercicio y la falta de apego de los padres y niños a las órdenes médicas.

Entre otras patologías a las que en algunos casos no se pudo establecer una solución fueron por ejemplo acidosis tubular renal, constipación funcional crónica o alergia a las proteínas de la leche, por lo que, estos resultados, una vez más se vuelven de sumo interés para estudios subsecuentes y tratar de establecer así, las guías para el tratamiento de los pacientes y poder identificar cuando una patología está requiriendo mayor tiempo del esperado para poder solucionarla y así, considerar iniciar nuevamente el abordaje del paciente.

El solucionar una patología en nuestros pacientes, es muy importante, sobre todo por ser pacientes pediátricos, que se encuentran en pleno desarrollo físico y mental. Con base en los resultados obtenidos se puede decir que 25% de los pacientes se encuentran en sus primeras etapas de la vida; y que solo 13% son adolescentes.

Por lo que el establecer una solución a nuestros pacientes, se traduce en una mejor calidad de vida futura y un mejor desarrollo físico e intelectual e incluso familiar.

Si bien el establecer una solución es primordial, el hacerlo apegado a las guías del servicio es una cuestión de gran relevancia ya que estas guías están justamente diseñadas para lograr una consulta externa de calidad.

Sin embargo, de los 500 expedientes correspondientes a la consulta de gastroenterología solo en 4 de ellos se especifica en alguna de las notas que se están utilizando las guías del servicio para el diagnóstico y/o tratamiento del

paciente y de igual manera solo en 3 casos se mencionan en las notas del servicio, que el paciente es parte de algún protocolo de investigación perteneciente al servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica.

Valdría la pena el analizar a profundidad las causas de faltas a la consulta externa de gastronomía y en caso de corroborarse que en ocasiones se trata de olvido de las citas, tratar de implementar un método como los señalados en la introducción a través de llamadas telefónicas o mensajes vía teléfono celular, para asegurar la asistencia a su cita.

Se tienen que realizar ajustes a los métodos diagnósticos, o la manera de seguimiento de los pacientes, estas pueden ser preguntas que se pudieran formular en un futuro, en base a este estudio realizado, ya que la totalidad de información obtenida en esta revisión de los expedientes puede ser explotada de manera amplia para poder mejorar y lograr acercarnos a la perfección de un prototipo de consulta externa y con esto, exponer nuestros aciertos y errores con el objeto de siempre lograr una mejor calidad de atención a los pacientes y asegurar seguir siendo uno de los grandes iconos en la pediatría a nivel nacional.

De igual manera este reporte de los hallazgos en los expedientes se pueden incluso exponer a nivel Nacional y porque no, a nivel mundial, ya que como también, se comento en la introducción, solo se pudieron hallar 9 estudios en el mundo que expusieran situaciones similares a las que aquí se analizaron, lo que cobra mayor relevancia para fomentar el estudio, el análisis y el ajuste de la consulta externa de diferentes lugares, siempre con el único objetivo de lograr una calidad de atención de los más adecuada para los pacientes.

## CONCLUSIONES

Esta revisión de expedientes de los pacientes de la consulta de gastronutrición del Instituto Nacional de Pediatría, además de lograr cubrir los objetivos planteados, resultan sumamente útiles con la intención de recabar información y poder realizar investigaciones futuras en el servicio.

Existe una gran problemática de salud en patologías como son la desnutrición y la obesidad, las cuales, resultan ser las primeras causas de atención en el servicio, por lo que , con los resultados obtenidos , se pueden hacer ajustes en cuanto al diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

El conocer la frecuencia de las patologías del servicio es importante ya que con esto además de conocer estadística propia del hospital, puede servir en un futuro para complementar y afinar las guías del servicio para una solución más rápida y una mejor calidad de atención de los pacientes.

De igual manera se pueden hacer análisis más profundos acerca de las patologías, así como de los tiempos de espera para valoración y diagnóstico de los pacientes, además del seguimiento que se les está brindado. Por lo que este estudio sienta las bases para un seguimiento a mayor profundidad.

Lo reportado aquí, no se encuentra reportado en la literatura por lo que es gran relevancia, con la intención de compartir los aciertos y desaciertos que se presentan en la consulta externa del servicio para promover las mejoras pertinentes en diferentes servicios del hospital e incluso en otros hospitales, siendo así, el Instituto Nacional de Pediatría el modelo a seguir en la atención del paciente pediátrico.

Existen aún así cierta problemática con la que se tiene que luchar dentro del servicio como puede ser la falta de compromiso del paciente para acudir a su cita, o de apegarse a un tratamiento que suele demorar los tiempos de tratamiento de las patologías, o la recuperación de la salud.

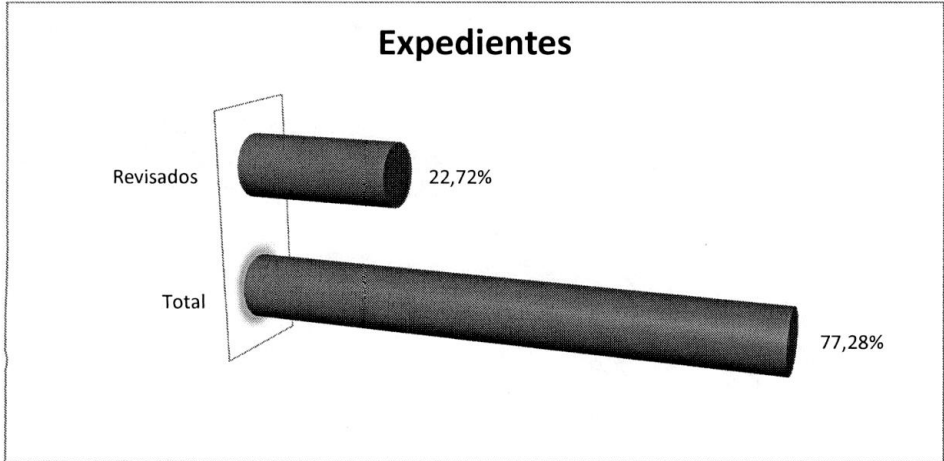
## BIBLIOGRAFIA

1. Información obtenida del servicio de Epidemiología del INP. Junio 2008.
2. INEGI.[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2006/MyH\\_x\\_1.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2006/MyH_x_1.pdf)
3. Bull World Health Organ vol.86 no.5 Genebra May 2008
4. Pollitt E, Gorman K, Engle PL, Rivera JA, Martorell R. Nutrition in early life and fulfillment of intellectual potential. J. Nutr. 1995;125:1111S-118
5. Rivera JA, Martorell R, Ruel MT, Habicht J-P, Hass JD. Nutritional supplementation during the preschool years influences body size and composition of Guatemalan adolescents. J Nutr 1995;125:1068S-1077S
6. Haas JD, Murdoch S, Rivera J, Martorell R. Early Nutrition and Later Physical Work Capacity. Nutrition Reviews 1996;54:S41-S48.
7. Willie, Hyams, Gastroenterología pediátrica. Mc Graw hill, 2da edición, 2004. Pag 49.
8. Moayyedi P, et. Al ; Establishing patient preferences for gastroenterology clinic reorganization using conjoint analysis. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002 Apr;14(4):429-
9. Huang XM. Patient attitude towards waiting in an outpatient clinic and its applications. Health Serv Manage Res. 1994 Feb;7(1):2-8.

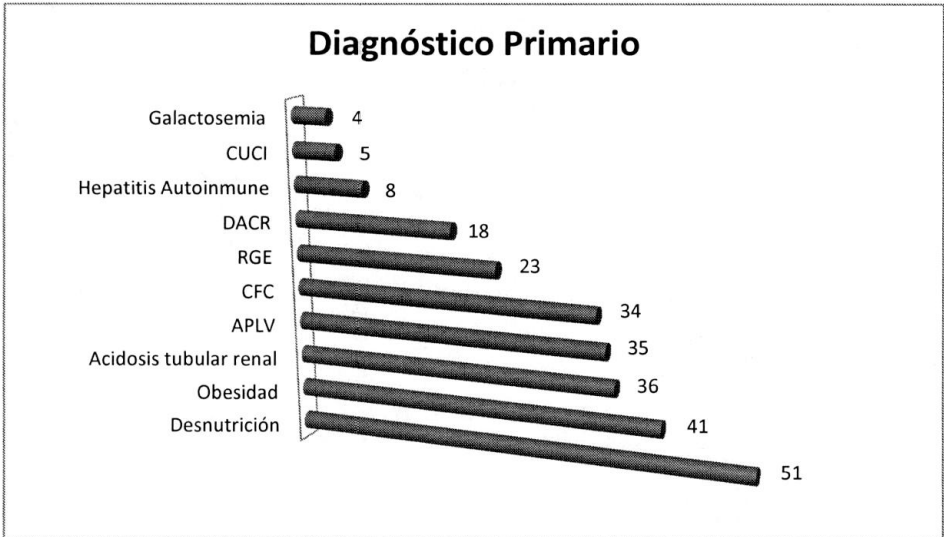
10. Pellicano R, et al. Gastroenterology outpatient clinic of the Molinette Hospital (Turin, Italy): the 2003-2006 report , *Minerva Med.* 2007 Feb;98(1):19-23.
11. Bass C, Hyde G, Bond A, Sharpe M. A survey of frequent attenders at a gastroenterology clinic. Department of Psychological Medicine, John Radcliffe Hospital, Headington, OX3 9DU, Oxford, UK. *J Psychosom Res.* 2001 Feb;50(2):107-9.
12. Martin JP, et. Al Referral patterns to a district general hospital gastroenterology outpatient clinic: implications for the 'two-week target'. *Int J Clin Pract.* 2002 Jan-Feb;56(1):26-8
13. Eaden JA, Ward B, Smith H, Mayberry JF. Are we telling patients enough? A pilot study to assess patient information needs in a gastroenterology outpatient department.. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1998 Jan;10(1):63-7
14. Murdock A, Rodgers C, Lindsay H, Tham TC. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *J R Soc Med.* 2002 Jun;95(6):284-6.
15. Downer SR, Meara JG, Da Costa AC. Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. *Med J Aust.* 2005 Oct 3;183(7):366-8.

## TABLAS Y GRÁFICAS.

Gráfica 1- Número de expedientes revisados y total de expedientes.



Gráfica 2- Diagnósticos principales.





Gráfica 3 – Tiempo de espera para valoración por gastroenterología.

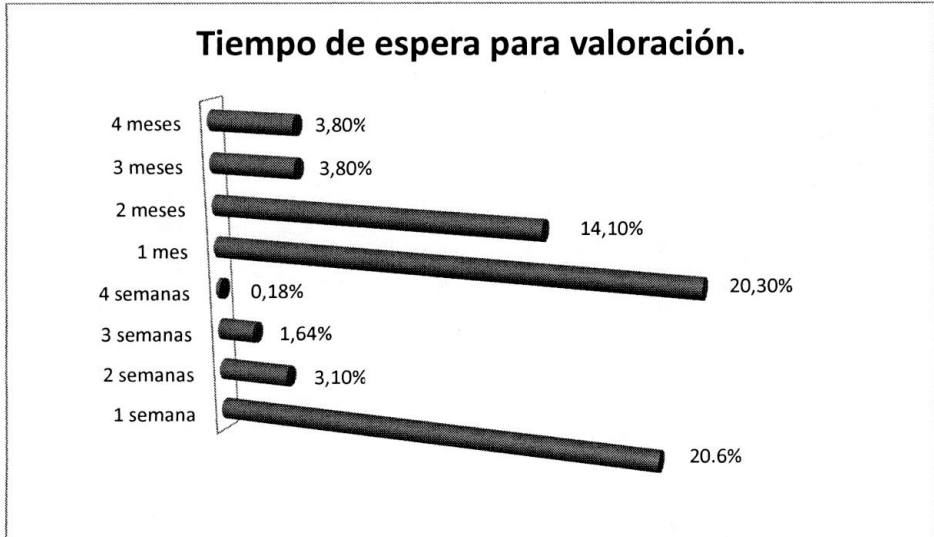
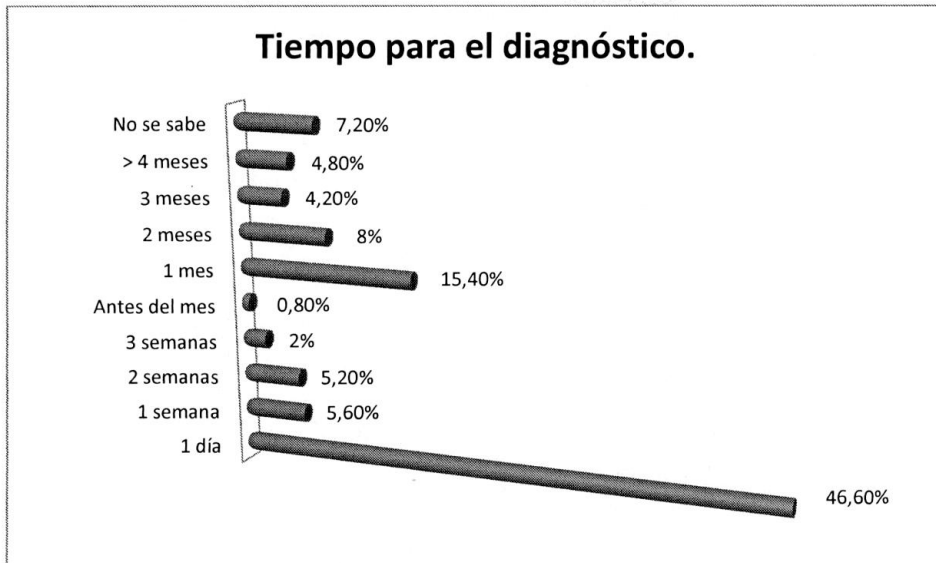


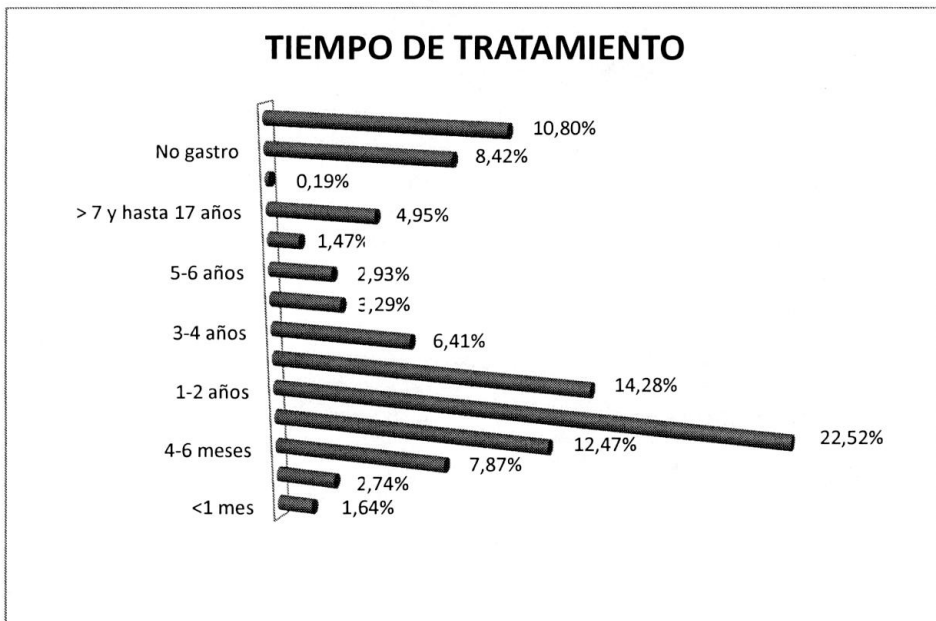
Tabla 1 – Tiempo de espera para valoración por Gastroenterología

Tiempo para envío	numero
1 semana	103
2 semanas	17
3 semanas	9
4 semanas	1
1 mes	111
2 meses	77
3 meses	21
Mas de 4 meses	20
Defunción	1
No dice	140
No gastro	46
Total general	546

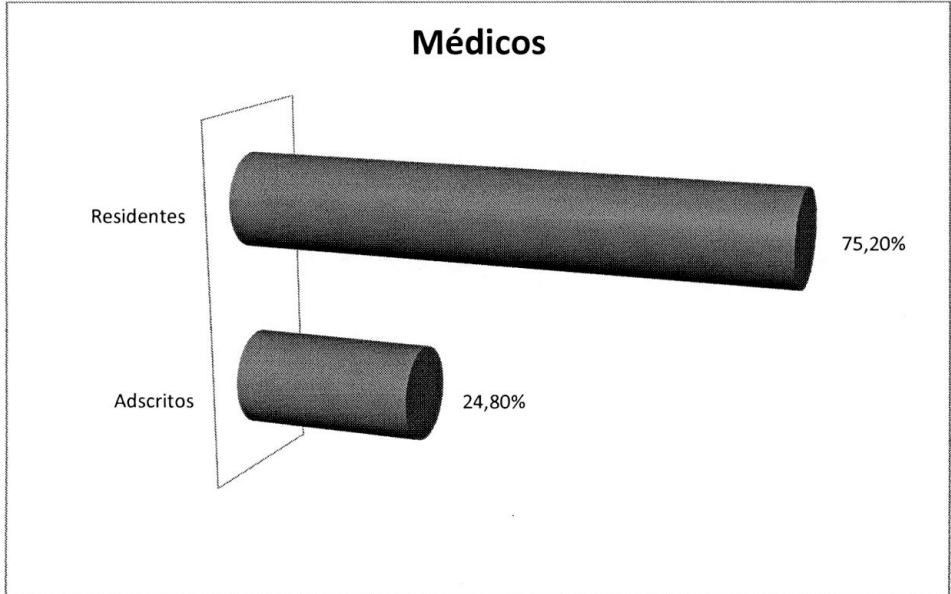
Gráfica 4- Tiempo para el diagnóstico.



Gráfica 5- tiempo de tratamiento que han tenido los pacientes



Gráfica 6- Médicos que dan seguimiento a los pacientes.



Gráfica 7 – Solución del problema

