

Comportamiento clínico de la enfermedad diarreica aguda tratada con y sin antibióticos previo a su ingreso en niños menores de cinco años de edad

Víctor M. Sánchez-Narváez,⁽¹⁾ José M. Díaz-Gómez,⁽²⁾ Ezequiel Toledo-Ocampo⁽³⁾

diazgomezjm@yahoo.com

RESUMEN

OBJETIVO. Describir el comportamiento de la enfermedad diarreica aguda tratada con y sin antibióticos en niños menores de cinco años de edad previo a su ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo realizado en el Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, en Villahermosa Tabasco México durante el año 2001, se incluyeron 200 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y con enfermedad diarreica aguda, tratados con antibiótico (grupo 1) y sin antibióticos (grupo 2), previo a su ingreso hospitalario, se identificaron las características generales de los grupos, evolución clínica, bioquímica, antibióticos administrados y complicaciones.

RESULTADOS. Predominó el sexo masculino, con rango de edades de cero a 24 meses, procedentes del área rural 80%, los padres con analfabetismo y educación primaria terminada un 50%; la evolución de la enfermedad diarreica fue de uno a cinco días; como síntoma predominante, fue el vómito en el grupo uno 66%; grupo dos 44%; las complicaciones fueron: desequilibrio hidroelectrolítico 33% en el grupo uno, 13% el grupo dos, otras complicaciones como: hipoglucemia, hiponatremia, hipocalemia, en ambos grupos, con coproparasitoscópico positivo en un 28% en el grupo uno, con promedio de cuatro antibióticos utilizados, siendo en un 85% la ampicilina.

CONCLUSIÓN. La enfermedad diarreica sigue ocurriendo comúnmente en lactantes, predominando en el sexo masculino, procedían mayormente del medio rural, la evolución promedio de la enfermedad diarreica fue de seis a ocho días, en relación a los datos clínicos manifestaron deshidratación, vómitos, solo en grupo uno predominó el desequilibrio hidroelectrolítico que puede acompañarse de hipoglucemia, la cual fue mayor el grupo uno, la evolución clínica de estos pacientes puede ser significativa por su procedencia del área rural con el uso de antibiótico de

inicio.

Palabras claves: *Enfermedad diarreica, antibióticos, menores de 5 años.*

SUMMARY

OBJECTIVE. To describe the evolution of the acute diarrheic illness treated with and without antibiotics in children younger than five years old before their admission to the hospital.

MATERIAL AND METHODS. A descriptive study carried out in the Children Hospital of Villahermosa Tabasco México, Dr. Rodolfo Nieto Padrón during 2001, 200 patients that complied the criteria of inclusion and with an acute diarrheic illness were included, treated with (group 1) and without (group 2) antibiotics before their admission to the hospital, the general characteristics of the groups were identified, clinical development, biochemistry, administered antibiotics, and complications.

RESULTS. Most of them were male, between zero and 24 months old, 80% coming from a rural area, 50% with illiterate parents, and elementary education finished, the development of the diarrheic illness was from one to five days, as a predominant symptom, in the group one was vomit 66% and in group two 44%, the complications were unbalanced hydroelectrolytic 33% in group one, in group two 13%, other complications such as: hypoglycemia, hyponatremia, hypokalemia in both groups, with a positive coproparasitoscopic of 28% in the group one, with an average of four antibiotics used, using ampicillin 85% of the times.

CONCLUSION. The diarrheic illness keep appearing commonly in infants most of them male, they came from a rural environment, the average development of the diarrheic illness was from six to eight days, according to the clinical data they showed dehydration, vomits, only in the group

⁽¹⁾ Médico Pediatra, adscrito al Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón"

⁽²⁾ Jefe del Departamento de Investigación del Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón"

⁽³⁾ Médico adscrito al departamento de epidemiología del Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón"

one, the clinical development of these patients can be meaningful because they come from the rural area using the initial antibiotic.

Keywords: *Diarrheic illness, antibiotic, minors of five years.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diarreica representa más del 30% de ingresos hospitalarios sobre todo en países en vías de desarrollo con poblaciones de bajos recursos económicos.

El 48% de los casos de diarrea han recibido un tratamiento innecesario y sobre todo ineficaz con un promedio de cuatro medicamentos administrados por cada episodio diarreico, ocasionando un elevado costo en el tratamiento y poca respuesta clínica.¹

En México en 1980 se reportaron 1, 152 702 casos de diarrea con una tasa de 3, 180.3 por 100 000 habitantes y durante 1992 fueron 2, 065 958 casos con una tasa de 2, 542.7 por 100 000 habitantes, comparando con los años de 1988 se observa una disminución por la implementación de programas permanentes y acciones intensivas dirigidas a esta enfermedad y su notificación obligatoria a nivel nacional.²⁻³

Durante 1999 se reportaron 2,927 muertes por esta patología en nuestro país, 94% correspondieron a niños menores de cinco años de edad. Tabasco reportó 58, 729 casos con una tasa de mortalidad de 20.37 por cada 100 000 menores de cinco años de edad con una prevalencia de 28.2%.⁴ El comportamiento de la enfermedad diarreica tratada con y sin antibióticos, muestra la evolución, establece un pronostico de los pacientes y puede evitar complicaciones, sobre todo en niños menores de cinco años de edad.⁵⁻⁶

El objetivo fue describir el comportamiento de la enfermedad diarreica tratada con y sin antibióticos previo a su ingreso, en niños menores de cinco años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en niños menores de cinco años de edad, con diagnostico de enfermedad diarreica aguda ingresados al servicio de urgencias del hospital del niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, durante el periodo comprendido del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre del 2001.

Se incluyeron 200 niños, que cumplieron los criterios diagnósticos de enfermedad diarreica ingresados por primera vez al hospital, previo consentimiento por escrito de un familiar responsable. De los 200 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, se conformaron dos grupos de 100c/u. El grupo 1 fueron tratados con antibióticos previo a su ingreso, durante el cuadro agudo de la enfermedad. El grupo 2 sin antibióticos.

Al ingreso los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, menores de cinco años de edad, con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, tratados con y sin antibióticos antes de su ingreso; se realizo el seguimiento del comportamiento de la enfermedad diarreica y posterior al control de la enfermedad; fueron egresados del servicio de urgencias remitida la enfermedad, y se continuo el seguimiento clínico por consulta externa, los pacientes que por su gravedad de la diarrea se trasladaron a otro servicio del hospital, continuaron en tratamiento.

RESULTADOS

El grupo 1 tuvo una distribución de: 66 pacientes con edades de 0-12 meses con promedio 8 meses, distribuidos según el sexo: 59 masculinos, 41 femeninos; de 13 a 24 meses 25 pacientes. El 68% procedían de zonas rurales, 32% de zona urbana, todos con antibióticos previo a su ingreso durante el cuadro agudo de la enfermedad diarreica.

El grupo dos sin antibióticos, con edad de 0 a 12 meses, 44 pacientes, con un promedio de 6 meses, con una distribución según el sexo: 64 pacientes masculinos y 36 femeninos, 22 sujetos con edad de 13-24 meses, de 25 a 36 meses 22 pacientes, el 84% procedentes de medio rural, y 16% del medio urbano en ambos grupos la edad que predominó fue el primer año de vida (Tabla No. 1).

TABLA 1. Datos generales de los pacientes.

Edad en meses	Grupo 1	Grupo 2
	N	N
0 – 12	66	44
13 –24	25	21
25 – 36	2	22
37 – 48	2	6
49 – 60	5	7
Total	100	100
Sexo		
Masculino	59	64
Femenino	41	36
Total	100	100
Lugar de procedencia	%	%
Rural	68	84
Urbana	32	16
Total	100	100

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos
 Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

Del grupo uno, 74 madres tuvieron edad de 20 a 30 años y 17 menores de 20 años; en relación al esto civil 74 casadas, 17 en unión libre. Solo 48 estudiaron educación primaria

completa.

En grupo dos 37 madres menores de 20 años de edad, 56 madres de 20-30 años; 68 casadas, 17 en unión libre. 45 con educación primaria completa y 20 con educación secundaria (Tabla No. 2). En ambos grupos la edad materna predominante fue entre los 20-30 años. De acuerdo a la evolución clínica de la enfermedad; el grupo uno, 45 pacientes con 3-5 días de evolución de la diarrea al momento de su ingreso, y 44 pacientes de 1 a 2 días, 46 pacientes con estancia hospitalaria de 3-5 días, y 21 pacientes de 6-8 días, el motivo de egreso hospitalario en 94 pacientes fue por mejoría, se registraron 6 defunciones.

En grupo dos la evolución clínica de la enfermedad, en 45 pacientes fue 3-5 días de evolución a su ingreso hospitalario, 44 pacientes de 1-2 días de evolución, la estancia hospitalaria en 68 pacientes fue de 1-2 días, en 23 pacientes de 3-5 días el motivo de egreso en los 100 pacientes fue por mejoría clínica (Tabla No. 3).

TABLA 2. Datos generales de las madres.

Edad en años	Grupo 1	Grupo 2
	N	N
< 20	17	37
20 – 29	74	56
30 – 39	9	7
Total	100	100
Estado civil		
Soltera	6	14
Casada	74	68
Divorciada	3	1
Unión libre	17	17
Total	100	100
Escolaridad		
Analfabeta	16	17
Primaria	48	45
Secundaria	24	20
Bachillerato	8	16
Profesional	4	2
Total	100	100

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos
Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

Los signos clínicos en el grupo uno: 3 pacientes registraron fiebre mayor de 38°C. 43 pacientes presentaron 8–10 evacuaciones líquidas en 24 horas, 42 pacientes de 5–7 evacuaciones líquidas en 24 horas; 30 pacientes registraron deshidratación con choque hipovolémico al momento de su ingreso.

Los síntomas clínicos: 41 pacientes manifestaron durante las primeras 5–7 horas, rechazo a la vía oral, 33 pacientes

presentaron desequilibrio hidroelectrolítico, encontrándose principalmente hiponatremia e hipokalemia, 10 pacientes con íleo metabólico, como infección agregada, 29 pacientes presentaron faringitis, 13 sujetos con bronconeumonía, 3 pacientes con meningitis y solo 2 pacientes registraron sepsis sin germen aislado (Tabla No. 4).

TABLA 3. Evolución de la enfermedad diarrea.

Días de evolución (previo ingreso)	Grupo 1	Grupo 2
	N	N
< 1	0	0
1 – 2	19	44
3 – 5	45	45
6 – 8	21	6
> 8	15	5
Total	100	100
Días de estancia hospitalaria		
< 1	0	0
1 – 2	17	68
3 – 5	46	23
6 – 8	21	5
> 8	16	4
Motivo de egreso hospitalario		
Mejoría	94	100
Defunción	6	0
Total	100	100

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos
Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

TABLA 4. Signos clínicos en pacientes del grupo 1 y 2.

Temperatura (axilar) °C	Grupo 1	Grupo 2
	N	N
< 36	0	0
36 – 37	75	87
37 – 38	22	13
> 38	3	0
Total	100	100
No. Evacuaciones en 24 horas		
< 5	3	9
5 – 7	42	45
8 – 10	43	40
> 10	12	6
Total	100	100
Estado de hidratación		
Deshidratación Sin choque	70	76
Deshidratación Con choque	30	24
Total	100	100

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos
Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

Los síntomas clínicos en el grupo dos: 17 pacientes con 5-7 vómitos en 24 horas, y 6 pacientes de 8-10 vómitos en 24 horas, 40 pacientes rechazo a la vía oral, 4 con distensión abdominal, 7 pacientes con íleo metabólico, 7 pacientes presentaron faringitis, 4 pacientes con meningitis, 4 sujetos bronconeumonía, y solo 3 manifestaron otitis media (Tabla No. 5) Los parámetros de laboratorio del grupo uno: la cuenta leucocitaria en 33 pacientes registró de 5 mil a 10 mil células por mm³, y en otros 33 pacientes de 10 mil a 15 mil células por mm³, la diferencial registrada para dicha celularidad fue a expensa de segmentados en 77 pacientes.

TABLA 5. Síntomas clínicos en pacientes del grupo 1 y 2

No. de vómitos en 24 horas	Grupo 1	Grupo 2
	N	N
< 5	24	38
5 - 7	41	17
8 - 10	7	6
> 10	4	0
Total	76	56
Alteraciones Metabólicas		
Desq. Hidroelectrolítico	33	13
Desq. ácido - base	32	14
Íleo	10	7
Total	75	34
Infecciones agregadas al ingreso		
Otitis media	0	3
Faringitis	19	7
Meningitis	3	4
Bronconeumonía	13	4
Sepsis	2	0
Total	37	18

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos

Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

TABLA 6. Datos del laboratorio grupo 1 y 2

Leucocitos (mm ³)	Grupo 1	Grupo 2
	N	N
< 5000	3	1
5000 - 10000	33	46
10000 - 15000	33	39
> 15000	31	14
Total	100	100
Linfocitos (5)		
< 50	72	50
50 - 80	28	46
> 80	0	4
Total	100	100
Segmentados (%)		
< 50	20	47
50 - 80	77	53
> 80	3	0
Total	100	100

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos

Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

En el grupo dos los leucocitos en 46 pacientes fue de 6 mil a 10 mil predominio de segmentados en 53 pacientes (Tabla No.6).

La glicemia registrada en el grupo uno fue: 90 pacientes dentro de los parámetros normales; en 10 sujetos la glicemia por arriba de 180mg/dl; el sodio sérico en 7 pacientes fue menos de 130 mmo/l y en 5 pacientes fue mayor de 150 mmol/l; el potasio sérico en 37 pacientes las cifras fueron menores de 3 mmol/l, en pacientes registró potasio sérico por arriba de 5 mmol/l .

En el grupo dos: la glicemia en 7 pacientes por arriba de 180, g/dl, el sodio en 11 pacientes con cifras menores a 130 mmol/ y en 10 pacientes las cifras fueron por arriba de 150 mmol/l, el potasio sérico en 26 pacientes se registró por debajo de 3 mmol/l , y en 10 pacientes por arriba de 5 mmol/l. (Tabla No. 7).

TABLA 7. Grupo 1 y 2 electrolitos sericos

Glucosa (mg/dl)	Grupo 1	Grupo 2
	N	N
< 40	0	3
40 - 140	90	79
140 - 180	0	11
> 180	10	7
Total	100	100
Sodio (mmol/l)		
< 130	7	11
130 - 150	88	79
> 150	5	10
Total	100	100
Potasio (mmol/l)		
< 3	37	26
3 - 5	59	64
> 5	4	10
Total	100	100

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos

Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

En el examen coprológico 90 pacientes del grupo uno registró un Ph de 5-7; en 40 pacientes los azúcares reductores registrados fueron de + a ++ ; la sangre oculta en heces también fue de + a ++ en el 46 pacientes.

En el segundo grupo el PH del examen coprológico en 79 pacientes estuvo entre 5-7; los azúcares reductores registraron de + ++ en 57 pacientes; la sangre oculta encontrada en el examen microscópico de las heces también registró de + - ++ en 65 pacientes. (Tabla No. 8).

En 52 pacientes del primer grupo se registró la presencia de leucocitos en el examen microscópico de las heces, 6 casos reportaron leucocitos por arriba de 10 células por campo, la diferencial solo se reportó en 5 casos, a expensas de Polimorfonucleares, en 28 pacientes el coproparasitoscópico

TABLA 8. Examen coprológico grupo 1 y 2

PH	Grupo 1	Grupo 2
	N	N
< 5	0	14
5 - 7	90	79
>7	10	7
Total	100	100
Azúcares reductores		
+ - + +	40	57
+ + + - + + + +	1	7
> + + + +	0	0
Total	41	64
Sangre oculta		
+ - + +	46	65
+ + + - + + + +	6	7
> + + + +	0	0
Total	100	100

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos

Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

TABLA 10. Antibióticos en grupo 1

Antibiótico	%
Ampicilina	85
Tremtroprim - Sulfametoxazol	7
Eritromicina	5
Metronidazol	3
Total	100

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos

Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

fue positivo, registrándose 23 casos con quiste de *Entamoeba histolytica* y 5 casos de *Giardia lamblia*.

En el grupo dos: 61 pacientes se reportaron leucocitos en la materia fecal y solo 11 reportaron más de 10 células por campo con predominio de mononucleares; solo 2 pacientes reportaron coproparasitoscópico positivo (Tabla No. 9).

Los antibióticos utilizados en los pacientes del primer grupo en el 85% fueron del tipo de las penicilinas principalmente ampicilina, el 7% de los antibióticos que se administraron fueron sulfas (Trimetroprim-Sulfametoxazol), el 5% Macrólidos (Eritromicina), y el 3% Metronidazol (Tabla No. 10).

TABLA 9. Examen coprológico y coproparasitoscópico.

PH	COPROLÓGICO		COPROPARASITOSCÓPICO	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<5	0	14	Positivo	28
5 - 7	90	79	Quiste <i>histolytica</i>	23
>7	10	7	<i>Giardia</i>	5
				0
Azúcares reductores				
+ - + +	40	57		
+ + + - + + + +	1	7		
> + + + +	0	0		
Sangre oculta				
+ - + +	46	65		
+ + + - + + + +	6	7		
> + + + +	0	0		
Polimorfonucleares/campo				
<50	1	12		
>50	4	6		
Total	5	18		
Mononucleares/campo				
<50	4	6		
>50	1	12		
Total	5	18		

Grupo 1. Tratados con antimicrobianos

Grupo 2. Tratados sin antimicrobianos

DISCUSIÓN

En este estudio se identificó que el grupo más vulnerable son los lactantes sin diferencia en el sexo, su procedencia mayormente del medio rural. Tomando en cuenta la evolución de la enfermedad, su atención inicial con antibióticos y sin antibióticos, influye significativamente en la atención de la enfermedad diarrea aguda en el hospital del niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, sobre todo en los niños menores de cinco años de edad.

En ambos grupos predominaron las madres jóvenes de 20 a 29 años de edad, mayormente del área rural, siguen siendo los factores ambientales suficientes para favorecer la enfermedad, de igual manera el nivel educativo y como consecuencia la falta de higiene representan un factor de frecuencia de la enfermedad diarrea. Los días de hospitalización fue mayor en el grupo tratado con antibiótico atribuible a que se indica desde un inicio el antibiótico, siendo muy común esta prescripción para el tratamiento de las diarreas, representando de más uso las ampicilinas, semejante

Los signos clínicos como fiebre, vómitos y desequilibrio hidroelectrolítico y otras infecciones agregadas, continúan representando la manifestación y evolución de esta enfermedad.

Los electrolitos séricos como sodio, potasio son más representativos en el grupo sin antibióticos, el coprológico en ambos grupos sin diferencias, el grupo uno el coproparasitoscópico, fue positivo mayormente a *E. histolytica* y *Giardia lamblia* más notorio en pacientes que provenían de medio rural y tratados inicialmente con antibióticos, tomando en cuenta que son los principales parásitos que infectan a los niños menores de cinco años de edad. De esta forma se confirma que estos factores son predominantes, y su presencia se relacionan a lo que menciona la literatura como causas de incremento de morbilidad infantil.^{7,8}

Los lactantes fueron los más vulnerables a presentar diarrea dada la disminución de los anticuerpos maternos, además del inicio de la ablactación y la disminución del aporte de leche materna. Similar a lo descrito en la literatura.⁹

Comparado con otros estudios donde, se registra que el empleo de antibióticos en el tratamiento de diarrea aguda puede prolongar la diarrea o en ocasiones se puede enmascarar algunas complicaciones u otros padecimientos agregados, en los pacientes tratados con antibióticos fueron los que manifestaron evolución más tardía, días de estancia mayor en hospitalización.¹⁰⁻¹¹

Además la atención médica sobre todo en las zonas marginadas deberá ser desde un inicio preventiva, tomando en cuenta el clima tropical que mayormente prevalece en nuestro medio, y mejorar las condiciones higiénicas. La ingestión de alimentos contaminados por el déficit de

inadecuada conservación. Debido a que todos estos factores en conjunto incrementan las tasas de morbilidad infantil.

CONCLUSIONES

En el presente estudio concluimos lo siguiente:

1. Los factores biológicos, deficiente nivel escolar y educación preventiva en salud deficiente; influyeron en la enfermedad diarrea.
2. La edad materna y la falta de adecuada alimentación, el inicio de antibióticos sin un diagnóstico preciso de la etiología de la enfermedad diarrea; son factores de causa directa de mayor incidencia de la enfermedad diarrea aguda.
3. El uso de antibióticos, incrementa el gasto económico del hogar, hospital y sobre todo propicia una evolución tardía de la enfermedad diarrea.
4. Continua siendo un reto en salud la presencia de parasitosis en áreas marginadas.
5. El comportamiento de la enfermedad diarrea aguda tratada con y sin antibiótico aunado a todos estos factores, cada día incrementa la morbi-mortalidad infantil sobre todo en niños menores de cinco años de edad.

REFERENCIAS

1. Siska PT, Sutoto DA, Quick D y Col. Where does the tetracycline go? Health Center Prescribing in East Java and West Kalimantan, Indonesia. Child Survival Pharmaceuticals Indonesia, Ministry of Health, 1988.
2. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Encuesta Nacional de Salud, SSA, México, 1989.
3. Dirección General de Epidemiología. Boletín Semanal de Epidemiología, SSA, México 1980-1992.
4. Secretaría de Salud Tabasco, Departamento de Epidemiología, Tasa por 100 000 menores de 5 años de edad, México. 2001.
5. INEGI, Censo Nacional. México 1990.
6. Mansfield KG, Lin Ch Xia D, Newman JV, Mackey J Lakner AA, and Carville A. Enteropathogenic *Escherichia coli* and ulcerative colitis in cotton – top tamarins (*Saguinus Oedipus*) The Journal of Infectious Diseases 2001; 184 : 803-807.
7. Mancilla J, Valenzuela J, Acevedo E y Cols, Comportamiento clínico del cólera en un hospital pediátrico del sureste mexicano, Bol Med Hosp. Infant Mex 1998, Vol 55 No 2:81- 82.
8. Mota F, Disminución de la mortalidad por diarreas en niños, Bol Med Hosp. Infant Mex 2000, Vo 1 57 No 1: 32-39.
9. Mota F, Cabrales G, Soluciones caseras para hidratación oral en diarreas, Bol Med Hosp. Infant Mex 1998. Vol 55 No 2: 119 -121.

10. Hi-Dong J, John J, Charles D. Characterization of enterotoxigenic E. Coli Strain in patients with travelers diarrhea acquired in Guadalajara, Mex. 1992-1997. The Journal of Infectious Diseases 2000, Vol 181 No 2: 279-782.

11. Davies A, Jenkis HR, Management of Gastroenteritis

in Early Childhood Drug, 1992: 44: 57-64.

12. Olarte J, Laboratorio de bacteriología intestinal del hospital infantil de México: Contribuciones de la etiología de la diarrea aguda. Bol Med Hosp. Infant Mex. 1997. Vol 54 No. 12:591-597.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

Los derechos que a continuación se enumeran tienen como propósito hacer explícitos los principios básicos en los cuales se sustenta la práctica médica, reflejo, en cierta forma, del ejercicio irrestricto de la libertad profesional de quienes brindan servicios de atención médica los cuales constituyen prerrogativas ya contempladas en ordenamientos jurídicos de aplicación general. Consecuentemente, estos derechos no pretenden confrontarse con los de los pacientes, pues ambos se vinculan con un conjunto de valores universales propios de una actividad profesional profundamente humanista como la medicina.

Este esfuerzo colectivo, tanto para la integración de la Carta relativa a los derechos de los pacientes, como la que ahora hace explícitos los que corresponden al médico en el ejercicio de su actividad profesional, se inscriben en el marco de los compromisos asumidos a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, lo que, con toda seguridad, redundará en una mejor relación entre el médico y sus pacientes.

Con el presente decálogo, que por este medio se hace público, la CONAMED, en su carácter de institución coordinadora, deja constancia del esfuerzo conjunto de las instituciones y organizaciones participantes, haciendo énfasis en que los principios que se inscriben en la Carta, son resultado de un consenso nacional ante la propuesta planteada por el grupo conductor, en donde se reflejan derechos de carácter general ya regulados en diversas disposiciones jurídicas, que se hacía necesario identificar y plasmar en un documento de fácil lectura.

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.

El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Artículo 5.- A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícito.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 9.- La atención médica deberá llevarse a efecto de

conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional

El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar.

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 51.- Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el trabajador: VII.- La existencia de un peligro grave..., ya sea por carecer de condiciones higiénicas el establecimiento o porque no se cumplan las medidas preventivas y de seguridad que las leyes establezcan.

Ley General de Salud:

Artículo 166.- Los servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo, se registrarán por sus propias leyes y las demás disposiciones legales aplicables y se ajustarán a las normas oficiales mexicanas en materia de salud. En este caso, las autoridades sanitarias propiciarán con dichas instituciones la coordinación de acciones en materia de higiene y prevención de accidentes. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior (los establecimientos que presten servicios de atención médica) llevar a cabo las siguientes funciones: II.- Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación.

3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.

Es un derecho del médico, recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 132.- Son obligaciones de los patrones:

III.- Proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución del

Continúa en la página 220...