



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GUÍA DE
PRÁCTICA CLÍNICA SSA-156-08 DE PREVENCIÓN,
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA
EN NIÑOS DE DOS MESES A CINCO AÑOS EN EL
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, POR PARTE
DEL MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 1**

TESIS

PRESENTADA POR

Luis Humberto Madera Pinedo

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Hilda Mónica López Cervantes

Aguascalientes, Ags., febrero de 2018



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 1, AGUASCALIENTES

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. LUIS HUMBERTO MADERA PINEDO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SSA-156-08 DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS DE DOS MESES A CINCO AÑOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1.”

Número de Registro: **R-2017-101-026** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

El Dr. Luis Huberto Madera Pinedo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

A T E N T A M E N T E

DRA. HILDA MÓNICA LÓPEZ CERVANTES



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. LUIS HUMBERTO MADERA PINEDO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SSA-156-08 DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS DE DOS MESES A CINCO AÑOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1.”

Número de Registro: **R-2017-101--026** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

El Dr. Luis Huberto Madera Pinedo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a Usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Carlos Alberto Prado Aguilar

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

LUIS HUMBERTO MADERA PINEDO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SSA-156-08 DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS DE DOS MESES A CINCO AÑOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., a 11 de Enero de 2018.

DR. JORGÉ PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES RODRIGO MADERA LÓPEZ Y PETRA PINEDO PINEDO POR SU APOYO INCONDICIONAL Y POR EL ESFUERZO QUE REALIZARON PARA MI FORMACIÓN, PARA PODER LLEGAR A ESTA META.

A MI ESPOSA NOHEMÍ LILIANA MÁRQUEZ QUEZADA POR ESTAR A MI LADO, COMPARTIR ESTE SUEÑO Y AYUDARME A REALIZARLO.

A LA DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMIREZ POR SU DEDICACION Y ESFUERZO DURANTE ESTOS 3 AÑOS DE LA RESIDENCIA.

DEDICATORIA

**A MIS PADRES RODRIGO MADERA LÓPEZ Y PETRA PINEDO PINEDO POR
GUIARME PARA LLEGAR A SER QUIEN SOY.**

**A MI ESPOSA NOHEMÍ LILIANA MÁRQUEZ QUEZADA POR EL AMOR QUE
NOS TENEMOS, POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO.**

**A MIS HERMANOS RODRIGO, IZAMARA Y ALEJANDRO POR APOYARME Y
ESTAR SIEMPRE A MI LADO.**

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	1
INDICE DE TABLAS	3
INDICE DE FIGURAS	4
INDICE DE GRAFICAS	4
RESUMEN	5
SUMMARY	6
MARCO TEÓRICO.....	7
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	7
MODELOS Y TEORIAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES.....	11
CONOCIMIENTO	11
PIRÁMIDE DE MILLER	14
TAXONOMÍA DE BLOOM	16
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENOR DE 5 AÑOS.....	17
PREVENCIÓN PRIMARIA	19
EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGÍA.....	20
FACTORES DE RIESGO.....	23
CUADRO CLÍNICO DE LA DIARREA	24
DIAGNOSTICO.....	27
TRATAMIENTO DE LA DIARREA	30
TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN	30
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	34
TRATAMIENTO COADYUVANTE.....	38
JUSTIFICACIÓN	40
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	42
PANORÁMA DEL ESTADO DE SALUD	44
SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD	45
NATURALEZA DEL PROBLEMA.....	48
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	50

ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.....	50
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	51
OBJETIVO.....	51
GENERAL:.....	51
ESPECÍFICOS:	51
HIPÓTESIS.....	52
HIPÓTESIS VERDADERA	52
HIPÓTESIS NULA.....	52
HIPOTESIS ESPECÍFICAS VERDADERAS	52
HIPOTESIS ESPECÍFICAS NULAS	53
MATERIAL Y METODOS	54
TIPO DE ESTUDIO	54
UNIVERSO DEL ESTUDIO	54
TIPO DE MUESTREO	54
TAMAÑO DE LA MUESTRA	54
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	54
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	54
CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	55
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	55
PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
VALIDEZ APARENTE	56
VALIDEZ DEL CONTENIDO	56
VALIDEZ DE CONSTRUCTO	56
PLAN DE ANALISIS	56
LOGISTICA.....	57
ANALISIS ESTADÍSTICO	57
ASPECTOS ETICOS.....	57
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	58
HUMANOS.....	58
MATERIALES	58
FINANCIEROS.....	59
SE ANEXA LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	59

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	60
RESULTADOS	61
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	61
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO	66
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
CONCLUSIONES	71
GLOSARIO	72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73
ANEXOS	77
ANEXO A	77
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	77
ANEXO B	79
INSTRUMENTO	79
ANEXO C	82
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	82
ANEXO D	86
MANUAL OPERATIVO.....	86

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Enteropatógenos de acuerdo a grupo de edad	22
Tabla 2	Clasificación de la Severidad de la deshidratación	28
Tabla 3	Clasificación de la severidad de la deshidratación de la OMS	28
Tabla 4	Recomendaciones para la terapia contra patógenos específicos	36
Tabla 5	Recomendaciones para la terapia contra patógenos específicos	37
Tabla 6	Variables socio-demográficas	65

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Pirámide de Miller y los métodos de evaluación	1
		5
Figura 2	Pirámide poblacional del estado de Aguascalientes	4
		3
Figura 3	Pirámide poblacional de la unidad de medicina familiar No. 1	4
		5

INDICE DE GRAFICAS

Grafica	Edad en los Médicos	62
1		
Grafica	Genero de los Médicos	63
2		
Grafica	Estado civil de los médicos	63
3		
Grafica	Antigüedad de los médicos	64
4		
Grafica	Turno laboral	64
5		
Grafica	Médicos capacitados	65
6		
Grafica	Médicos certificados	65
7		
Grafica	Conocimiento general de los médicos	66
8		
Grafica	Conocimiento en prevención de los médicos	68
9		
Grafica	Conocimiento en diagnóstico de los médicos	68
10		
Grafica	Conocimiento en tratamiento de los médicos	69
11		

RESUMEN

ANTECEDENTES: Las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea.

OBJETIVO GENERAL: Determinar nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar 1.

MATERIAL Y METODOS: Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra será de tipo censal haciendo un tamaño de la misma de 40 médicos, 20 del turno matutino y 20 del turno vespertino. En donde se les aplicara un cuestionario basado en la GPC SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, el cual consta de 20 preguntas con respuestas SI o NO, el cual consta de 3 dimensiones: prevención, diagnóstico y tratamiento, la cual se le realiza validez de contenido y constructo.

RESULTADOS: Con respecto a los médicos en promedio general se encontró un nivel de conocimiento bueno con una calificación general de 80.22, de la misma el 57.5% tienen un conocimiento bueno, y el 42.5% tienen un conocimiento malo. En nivel de conocimiento en la dimensión de prevención, se obtiene un conocimiento bueno con el 72.5%. En conocimiento sobre diagnóstico se obtuvo que es bueno con un 85%. Y por último el conocimiento sobre tratamiento contrasta con los anteriores debido a que la mayoría fue malo con 87.5%.

CONCLUSION: Resalta las deficiencias en el conocimiento del médico en cuanto a tratamiento, el nivel de conocimiento es bajo en la mayoría de los médicos. Por tal motivo se necesita el médico muestre interés por mejorar el conocimiento para utilizarlo de manera eficaz y eficiente, permitir un reforzamiento posterior en las áreas de oportunidad identificadas, y que esto se traduzca en aprendizaje significativo y de esta manera reflejarse en una mejor en la atención médica.

SUMMARY

BACKGROUND: Diarrheal diseases are the second leading cause of death in children under the age of five, resulting in the death of 525,000 children each year. In the past, severe dehydration and fluid loss were the leading causes of death from diarrhea.

GENERAL OBJECTIVE: Determine level of knowledge on the clinical practice guide SSA-156-08 on prevention, diagnosis and treatment of acute diarrhea in children from two months to five years in the first and second level of care by the family physician assigned to the family medicine unit 1.

MATERIAL AND METHODS: An observational, descriptive and transversal study will be carried out. The sample will be of census type making a size of 40 physicians, 20 of the morning shift and 20 of the evening shift. Where a questionnaire based on the CPG SSA-156-08 of prevention, diagnosis and treatment of acute diarrhea in children from two months to five years in the first and second level of care, which consists of 20 questions with answers YES or NO, which consists of 3 dimensions: prevention, diagnosis and treatment, which is valid content and construct.

RESULTS: Regarding physicians in general average, a good level of knowledge was found with a general score of 80.22, of which 57.5% have a good knowledge, and 42.5% have a bad knowledge. In level of knowledge in the prevention dimension, good knowledge is obtained with 72.5%. In knowledge about diagnosis it was obtained that it is good with 85%. And finally the knowledge about treatment contrasts with the previous ones because the majority was bad with 87.5%.

CONCLUSION: Highlights the deficiencies in the knowledge of the doctor in terms of treatment, the level of knowledge is low in most doctors. For this reason, the doctor needs to show interest in improving knowledge in order to use it effectively and efficiently, allowing a posterior reinforcement in the areas of opportunity identified, and that this translates into significant learning and in this way reflecting in a better way. Medical care.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó una búsqueda de manera sistematizada en múltiples plataformas científicas, como Conricyt, elsevier, SienceDirect, PubMed, entre otras esto para integrar el marco teórico, identificar el estado del arte de la investigación. Durante la búsqueda, nos dimos cuenta que hay poca información en respecto a conocimiento del médico familiar enfocado a enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años por lo que se incluyen artículos de conocimiento en personal de salud.

POONAM Y MANJU VATSA (2013). En su estudio “Conocimiento, actitud y desempeño del personal de enfermería capacitado de IMNCI: una encuesta evaluativa”, realizaron un estudio transversal de conocimiento, la actitud y las consultas de los enfermos con niños menores de 5 años de edad, a niveles específicos de atención de la salud en términos de directrices IMNCI, en seis centros de salud comunitarios (CHC) de un distrito seleccionado de Haryana, India. Se utilizó para evaluar el conocimiento y la actitud de 183 personas de enfermería entrenado por la IMNCI hacia el programa de capacitación utilizando un cuestionario estructurado previamente probado. También se observaron 236 consultas totales, de niños enfermos que se presentaron en las instalaciones, por personal de enfermería convenientemente seleccionado. La mayoría del personal de enfermería tenía buenos conocimientos 94 (51,4%) y excelente actitud 98 (53,55%) puntuaciones relacionadas con el programa IMNCI. El personal de enfermería tuvo un mejor desempeño en la evaluación de niños enfermos (2 meses a 5 años) en áreas de fiebre (89,7%, IC 96,9-79,7), tos (89,2%, IC 96,7-81,6) e identificación del tratamiento (89,1%, IC 96,7- 83,7). Su desempeño en la identificación de clasificaciones relacionadas con diarrea (74,1%, IC 84,7-62,8), desnutrición (67,2%, IC 78,6-59,0), anemia (77,3%, IC 87,5-70,0), inmunización (78,9% IC 88,8-71,8) y (75,9%, IC 86,3-66,9) fue relativamente menor. Del mismo modo, en la evaluación de los lactantes (0-2 meses) el desempeño del personal de

enfermería fue mejor en las áreas de posible infección bacteriana grave (88.1%, IC 99.1-87.3), e identificando el tratamiento (86.7%, IC 94.9- 80,2) y baja en deshidratación (70,8%, IC81,8-52,6), problemas de alimentación (50,5%, IC 62,7-40,9), evaluación de la alimentación (50,6%, IC 62,8-39,8) e inmunización (70% 61.2). En conclusión el personal de enfermería capacitado de IMNCl tiene un buen conocimiento y actitud hacia el cuidado infantil y su desempeño puede mejorarse aún más con ejercicios, ejercicios y prácticas supervisadas.¹

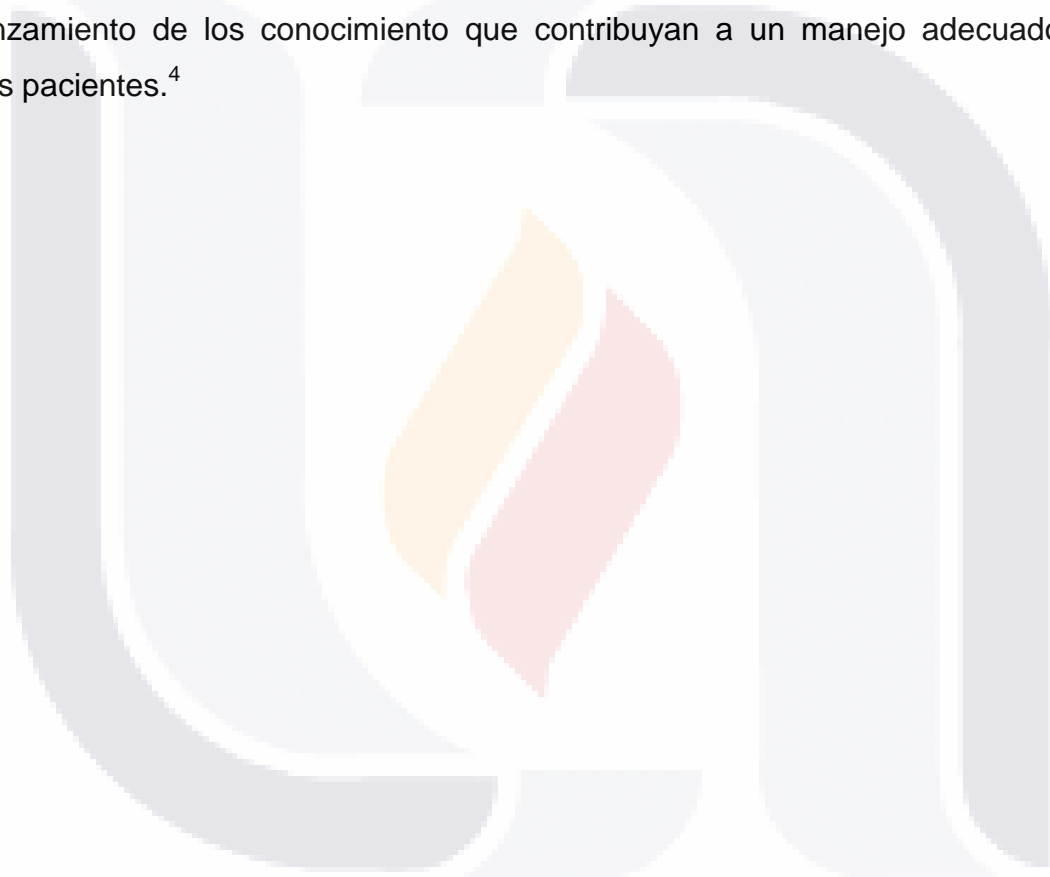
DE LA ROSA (2015). En su trabajo de investigación “Evaluación del conocimiento sobre el manejo efectivo de la diarrea en niños ¿Avance o retroceso?” Llevó a cabo un estudio transversal analítico durante el periodo comprendido de agosto de 2013 a febrero de 2014. Se incluyeron a médicos residentes de los tres años del curso universitario de pediatría del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se les aplicó un cuestionario a fin de evaluar los conocimientos sobre el manejo efectivo del paciente con enfermedad diarreica aguda. El presente estudio incluyó a 134 residentes en formación. Los resultados del presente estudio mostraron que los conocimientos de los médicos evaluados en el manejo efectivo del paciente con diarrea son deficientes en algunos aspectos. Conclusiones. Se requiere reforzar los conocimientos de los médicos en formación sobre el manejo efectivo del paciente con diarrea sobre todo en aspectos como, evaluación del estado de hidratación, selección del plan de tratamiento para corregir el estado de hidratación y en el empleo racional de antimicrobianos y el no uso de fármacos antidiarreicos. Sería conveniente la creación de espacios físicos planeados para favorecer que los médicos pediatras en formación se capaciten en la evaluación y manejo efectivo de los pacientes con diarrea.²

MOTA HERNÁNDEZ Y COLS (1998). En su estudio “conocimientos y prácticas del manejo efectivo de casos de diarrea.” Con el objetivo de analizar los conocimientos y las prácticas de los médicos residentes sobre el manejo efectivo de casos de diarrea en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, se consideró conveniente efectuar un estudio observacional y transversal de la

calidad de atención proporcionada. Se analizaron un total de 24 casos de niños con diarrea atendidos en 3 servicios ambulatorios del hospital por médicos residentes de pediatría, quienes habían recibido capacitación previa en el Servicio de Hidratación Oral del Hospital, de los 6 componentes del manejo efectivo de casos, 4 fueron aplicados correctamente por todos los médicos residentes. La evaluación del estado de hidratación y la selección del tratamiento apropiado no fueron correctas en 2 casos, que correspondieron a los atendidos por médicos que no habían pasado por el servicio de hidratación oral. Los resultados de este estudio sugieren como útil e importante que los médicos residentes de pediatría, durante su formación, roten por un servicio docente-asistencial de terapia de hidratación oral para mejora la calidad de la atención de los pacientes con enfermedad diarreica.³

NIVÍN INDIRA (2010). En su artículo “Conocimientos de los pediatras acerca del uso de soluciones de rehidratación oral en niños menores de cinco años con deshidratación por diarrea aguda infecciosa en dos hospitales de emergencias de Lima”. Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos de los pediatras acerca del uso de soluciones de rehidratación oral para el manejo de la deshidratación leve-moderada en niños menores de cinco años con diarrea aguda infecciosa en dos hospitales de emergencias de Lima. Materiales y Métodos: Estudio analítico transversal, en el cual participaron voluntariamente médicos pediatras de dos hospitales de emergencias de la ciudad de Lima (uno del Ministerio de Salud y otro de la Seguridad Social), previamente informados del objetivo del estudio. Se aplicó un cuestionario auto administrado, previamente validado, anónimo, con preguntas que evaluaron conocimientos sobre el uso de las soluciones de rehidratación oral. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis bivariado entre tiempo de ejercicio como pediatra, edad y puntaje de conocimientos mediante el coeficiente de correlación de Pearson y comparación de medias para el nivel de percepción de conocimientos y puntaje de conocimientos. Resultados: El promedio general del puntaje de conocimientos fue de 40.19.6 (puntaje máximo posible 80 puntos). El 100% de los pediatras presentaron un nivel de conocimientos

inadecuado (63 puntos o menos). El tiempo de ejercicio como pediatra ($r = -0.095$, $p = 0.597$) y la edad ($r = -0.223$, $p = 0.212$) no se correlacionaron con el puntaje de conocimientos. No existe relación entre la percepción del conocimiento y su conocimiento, no hubo diferencia en el puntaje de conocimientos entre quienes dijeron que su conocimiento era regular (38.89.7) y quienes dijeron que era mucho (42.49.4) ($p = 0.305$). Conclusiones: Los hallazgos del presente estudio tienen importante repercusión en el ámbito del manejo de un niño con deshidratación por diarrea aguda infecciosa, debiéndose remarcar la necesidad de la renovación y afianzamiento de los conocimientos que contribuyan a un manejo adecuado de estos pacientes.⁴



MODELOS Y TEORIAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES

CONOCIMIENTO

A lo largo de los años se han propuesto diversas definiciones de conocimiento y aún hoy sigue siendo sin haber consenso a este respecto. El concepto de conocimiento es muy complejo y tiene connotaciones subjetivas (Sharratt & Usoro, 2003), lo que dificulta llegar a un acuerdo sobre su definición. El inicio de las aportaciones se sitúa en el siglo IV (A.C.), momento en el que comienzan los estudios sobre el concepto, y perduran hasta la actualidad (Figura 1). Fue el filósofo griego Platón, quien aventuró que el conocimiento es aquello necesariamente verdadero, mientras que la creencia y la opinión pertenece al mundo de lo subjetivo, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. Por su parte Aristóteles, discípulo de Platón, explicó que a través de la experiencia mediante los sentidos se obtiene conocimiento.⁵

El análisis filosófico del proceso de conocimiento y de sus productos constituye, la esencia de la llamada teoría del conocimiento. Al analizar el proceso de conocimiento encontramos como partes participantes al sujeto cognoscente, el objeto de conocimiento y el conocimiento como producto del proceso cognoscitivo. El proceso de conocimiento aparece, entonces, como una interacción específica entre el sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento, dando como resultado los productos mentales que llamamos conocimientos. Por medio del conocimiento el hombre trata de explicar los fenómenos que suceden ya sea en su interior psico biológico o en el ámbito de sus relaciones con los demás. Para alcanzar el conocimiento es necesario elaborar una serie de operaciones lógicas que permitan explicar las condiciones necesarias que posibilitan y permiten la existencia de una realidad determinada.⁶

El proceso cognoscitivo es complejo y como veremos se relaciona con nuestras percepciones y sensaciones. Se inicia cuando al enfrentarse con un fenómeno (objeto de conocimiento) que no puede ser explicado dentro o desde sus marcos

de conocimientos anteriores, el ser humano cae en un estado de incertidumbre que lo impulsa a buscar una solución. Todos poseemos un conjunto de ideologías y conocimientos (pre científico) a partir de los cuales analizamos y juzgamos; así, parecería que podemos darles pronta respuesta. Pero sí el fenómeno percibido no puede ser explicado desde nuestros marcos previos, surge una pregunta o problema. Sí no se trata de aclarar la duda, no se genera un conocimiento nuevo, pero si se trata de ir más allá de los marcos previos surge la posibilidad de generar un nuevo conocimiento. Esto se enmarca dentro del conocimiento científico. Cuando un investigador se enfrenta a un fenómeno con el fin de explicar sus determinantes y causas, organiza sus experiencias científicas relacionadas con ese fenómeno particular y trata de dar una respuesta coherente al problema. Esta respuesta puede ser, en un primer momento, una respuesta hipotética, que podrá ser verdadera o falsa y que debe ser sometida a comprobación. Cuando se verifica la hipótesis, es decir, se establece que las condiciones propuestas son todas y las únicas que intervienen, el nuevo conocimiento se sistematiza e integra al cuerpo de conocimientos científicos previos.⁶

La teoría del conocimiento, es el resultado de las investigaciones acerca de la relación que existe entre el sujeto y el objeto, es el estudio sobre la posibilidad, el origen y la esencia del conocimiento, es la identificación de los elementos interactuantes en el proceso de conocimiento, en donde éste se concibe como un proceso, inicialmente individual y secuencialmente social que inicia desde el origen de los seres humanos y concluye con el fin de éstos, por tanto el conocimiento es la base para la reflexión y ha sido objeto de reflexión para poder explicar sus orígenes, su esencia, su función y sus posibilidades y esa reflexión lleva a proponer teoría sobre el conocimiento.

A partir de los problemas que se plantea la teoría del conocimiento se han derivado diferentes corrientes, entre las más importantes:

- El racionalismo (sostiene que el conocimiento tiene su origen en el pensamiento) argumenta que el pensamiento es la gracia que da la divinidad para que el ser humano, por medio de los sentidos y la razón, pueda conocer.
- El empirismo, afirma que la única causa que da origen al conocimiento es la experiencia, entendida como la relación que tiene el individuo con su entorno. El proceso se inicia con la percepción sensorial de los objetos y la reflexión sobre lo asimilado, consolida el conocimiento.
- El intelectualismo parte de la idea de que tanto la razón como la experiencia son fuente del conocimiento en forma conjunta, a través del siguiente proceso: Se perciben imágenes sensibles de cosas concretas de la realidad, el entendimiento se activa a través de la razón, separando lo esencial del complejo percibido y sobre ello se emiten juicios, formando los conceptos básicos particulares que después de hacer una serie de operaciones se formularán en conceptos generales, los cuales son la base para la formulación de leyes lógicas del pensamiento.
- El apriorismo sostiene lo mismo que el intelectualismo, que la razón y la experiencia, son la fuente de conocimiento, sólo que esta corriente considera que en la razón se encuentra la base del conocimiento antes que en la experiencia.

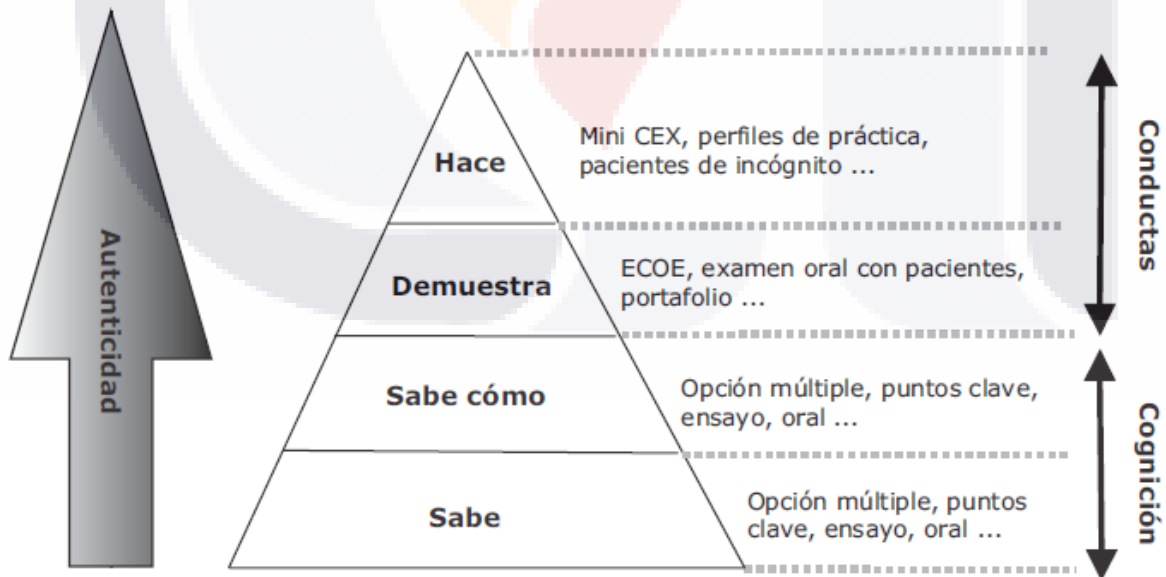
La filosofía de la ciencia, reflexiona sobre los métodos y el lenguaje científico, las teorías y los hechos, los conceptos y las leyes científicas, la predicción y la explicación, la racionalidad y el realismo, además se ocupa de las relaciones entre la ciencia, la tecnología y la sociedad, la contraposición entre paradigmas opuestos, el progreso científico y su influencia sobre el entorno, las comunidades y las instituciones científicas, la construcción de los hechos y de las representaciones científicas.⁷

PIRÁMIDE DE MILLER

Se presentó a la pirámide de Miller, del año 1990. Este es un modelo para la evaluación de la competencia profesional organizada como una pirámide de cuatro niveles. En los dos niveles de la base se sitúan los conocimientos (saber) y cómo aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el nivel inmediatamente superior (mostrar cómo), se ubica a la competencia cuando es medida en ambientes “in vitro” (simulados) y donde el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer. En la cima se halla el desempeño (hace) o lo que el profesional realmente hace en la práctica real independientemente de lo que demuestre que es capaz de hacer (competencia).⁸

La pirámide de Miller, como ya fue comentado, presenta 4 niveles de competencia, definidos como “sabe”, “sabe cómo”, “demuestra” y “hace”. En la Figura 1 se observan los cuatro niveles y algunos de los métodos utilizados para evaluar cada uno de ellos.

Figura 1. La pirámide de Miller y los métodos de evaluación.⁸



Nivel I. Saber: valor sobre todo los conocimientos, tanto teóricos como prácticos basado en la memoria.

Nivel II. Saber cómo: comprende también cómo se interrelacionan los conocimientos en la manera de integrarlos ante una situación concreta.

Nivel III. Demostrar cómo: valora también habilidades, el cómo se aplican las competencias que poseen ante una situación similar a la realidad.

Nivel IV. Hacer: evalúa el desempeño real de la práctica profesional.

Nivel de “SABE” y “SABE CÓMO”

En este nivel los exámenes son escritos. Este tipo de evaluaciones pueden ser clasificadas como de formato de respuesta o formato de estímulo, según dónde se ponga el énfasis de ítem

Nivel de “DEMUESTRA CÓMO”

Examen oral (el caso largo) Incluye una variedad de técnicas que estimulan al alumno a demostrar el razonamiento usado en la práctica profesional, en general como respuesta a las preguntas del docente

Nivel de Hace: La observación directa (El Mini-CEX)

Intuitivamente, evaluar a los estudiantes observándolos en “acción” es atractivo. En los ambientes clínicos, los docentes evalúan el progreso de los alumnos observándolos con los pacientes a menudo resumiendo sus observaciones en una escala global al final de un período de formación.⁹

TAXONOMÍA DE BLOOM

Según Benjamín Bloom y cols (1977), son tres los grandes dominios o las dimensiones que comprende la totalidad del desarrollo humano, más aún, cuando se pretende organizar la teoría y la praxis de la acción educativa. Tales dimensiones son:

- El dominio cognoscitivo (o cognitivo), como el asiento de la conducta racional y del desarrollo intelectual.
- El dominio afectivo, o el reino de lo axiológico y lo actitudinal.
- El dominio psicomotor, o la dimensión del desarrollo físico o corporal (coordinación neuro muscular)

Conocimiento capacidad de recordar o retener en la memoria un conjunto de hechos específicos y universales que es materia de aprendizaje en diversas asignaturas.

Comprensión se refiere a la capacidad del profesional para descifrar el significado de un mensaje y el poder transmitirlo con sus propias palabras; la comunicación puede darse en forma oral, escrita, mímica o gestual, o mediante otras señales extralingüísticas.

Aplicaciones el tercer nivel ascendente en el dominio cognoscitivo que comprende o incluye a los niveles precedentes en una concatenación dialéctica, pues implica la presencia orgánica de los niveles inferiores ya examinados que constituyen premisas.

Análisis la capacidad de analizar comprende la habilidad para descomponer el todo en sus partes constitutivas, tratando de descubrir las relaciones entre sus elementos así como su organización

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Síntesis en este nivel la destreza intelectual se orienta a un proceso simétricamente inverso al análisis, pues se trata de unir los diversos elementos del conjunto en un todo coherente y orgánico.

Evaluación es el nivel más alto del dominio cognoscitivo y está referido a la formación del pensamiento crítico-reflexivo, a la capacidad de autocrítica, y para ello se tiene que emplear criterios y pautas para valorar los diversos elementos constitutivos y la totalidad del objeto evaluado. Implica la combinación de los demás elementos anteriormente considerados en los niveles precedentes; conocimientos, comprensión, aplicación, análisis y síntesis.¹⁰

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENOR DE 5 AÑOS

La GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención, define como diarrea una alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las evacuaciones. Una disminución de la consistencia tornándose líquida o blanda y un incremento de la frecuencia de los movimientos intestinales mayor o igual a tres evacuaciones en un día. La diarrea infecciosa es debida a una etiología viral, bacteriana y parasitaria; se asocia frecuentemente con síntomas de náuseas, vómito y cólico abdominal. La diarrea aguda es un episodio de diarrea igual o menor a 14 días de evolución.¹¹

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea. En la actualidad es probable que otras causas, como las infecciones bacterianas septicémicas, sean responsables de una proporción cada vez mayor de muertes relacionadas con la diarrea. Los niños

malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.¹²

La OMS define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.¹²

De acuerdo con la GPC, en el año 2000, la 4ª causa de mortalidad nacional en niños menores de un año lo constituyeron las Enfermedades Infecciosas Intestinales, que en el 2005 permanecen en el mismo sitio con una tasa de 61.3 defunciones por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO. Por otro lado, también en el año 2000, las Enfermedades Infecciosas Intestinales del grupo de edad preescolar (1 a 4 años), toman el primer lugar de mortalidad nacional con una tasa de 7.96 por 100 mil habitantes y para el año 2005 persisten en el primer lugar, con una tasa de 7.9 por 100 mil habitantes. Al analizar las consultas por enfermedad diarreica en menores de cinco años a nivel nacional, podemos observar que en el año 2000 se atendieron 911 mil 493 niños con diarrea de los 5 millones 473 mil 660 menores de 5 años atendidos en consulta externa, lo que equivale a un 16.6%. Para el año 2006, el porcentaje de estas consultas disminuyó a un 13.20%, observándose una reducción del 3%. Lo anterior demuestra la necesidad de intensificar las acciones con el objetivo de disminuir la incidencia de infecciones intestinales y la mortalidad de las mismas. La deshidratación es una de las principales complicaciones que llevan a la muerte en estos casos.¹¹

Guarino A y cols. en “European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-base Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe (ESPGHAN/ESPID): update 2014”, refiere: “ La gastroenteritis aguda es

generalmente definida como una disminución de la consistencia de las heces (líquidas y semilíquidas) y/o un incremento en la frecuencia de las heces (típicamente ≥ 3 en 24 horas), con o sin fiebre o vómitos. Además, el cambio en la consistencia de las heces versus la consistencia previa de las heces es más indicativa de diarrea que solo el número, particularmente en los primeros meses de vida. Generalmente dura menos de 7 días y no más de 14 días”.¹³

PREVENCIÓN PRIMARIA

Intervenciones como suministro y calidad del agua, sanidad e higiene reducen la morbilidad por enfermedades diarreicas. El lavado de manos con jabón puede reducir el riesgo de enfermedad diarreica en un 42 a 47%, e intervenciones que promuevan el lavado de manos pueden salvar millones de vidas.¹¹

La vacuna GPI/HRV es altamente protectora para gastroenteritis severa por rotavirus y las hospitalizaciones relacionadas con éste. Probó ser segura con respecto al riesgo de invaginación intestinal.¹¹

La OMS recalca: “Entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

- El acceso a fuentes inocuas de agua de consumo;
- Uso de servicios de saneamiento mejorados;
- Lavado de manos con jabón;
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- Una higiene personal y alimentaria correctas;
- La educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones;
- La vacunación contra rotavirus.¹⁴

Gonzales C y cols reportan: El lavado de manos, la mejora en la calidad del agua y otras medidas higiénicas, deben ser aconsejadas a los padres y cuidadores para evitar la diarrea infecciosa. La vacunación contra el rotavirus está aconsejada en los lactantes. Se debe recomendar: alimentar con lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, evitar el uso de biberones, mejorar las prácticas de manipulación de los alimentos y desechar las excretas de manera apropiada.⁹

EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGÍA

Según la OMS: “la diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos”. Sobre la transmisión informa que: “la infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente”.¹²

La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte. Cada año mueren en el mundo cerca de 10 millones de niños menores de cinco años debido en gran parte a unas pocas enfermedades prevenibles y cerca de 2 millones de estas muertes (aproximadamente 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad diarreica. En el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió ocho Objetivos del Desarrollo para el Milenio (Objetivos Del Milenio - ODM), con el fin de disminuir la inequidad y la brecha entre los países pobres y desarrollados, en el 2015. El cuarto objetivo busca reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años, entre 1990 y 2015.¹⁵

En el 2010, la enfermedad diarreica aguda (EDA) contribuyó con el 10% de las causas de mortalidad en los niños menores de cinco años, sólo precedida por la neumonía; de continuar así, se estima que 760 000 niños fallecerán por EDA cada

año; sólo 35% de estos niños serán tratados con terapia de hidratación oral a base de electrolitos.

La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien, de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. En los países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermarse por EDA.

En la etiología de la EDA, el rotavirus es el causante del 40% de los ingresos hospitalarios en todo el mundo en los niños menores de cinco años de edad. Entre otros patógenos están Escherichia coli, Shigella, Campylobacter, Salmonella y Vibrio cholerae. El Cryptosporidium es un parásito frecuentemente identificado en los niños con inmunocompromiso.¹⁶

De acuerdo con la GPC, los agentes infecciosos son la causa más común de gastroenteritis aguda. Los virus, principalmente especies de rotavirus, son responsables del 70 al 80% de casos de diarrea infecciosa en el mundo desarrollado. Varios patógenos bacterianos explican el otro 10 a 20% de los casos; 10% puede ser atribuible a Escherichia coli diarreogénica.¹¹

Tabla 1: Enteropatógenos de acuerdo a grupo de edad.¹¹

Patrón edad-relacionado de los enteropatogenos más comunes		
Menor de 1 año	1-4 años	Mayor de 5 años
Rotavirus	Rotavirus	Campylobacter
Noravirus	Noravirus	Salmonella
Adenovirus	Adenovirus	rotavirus
Salmonella	Salmonella	
	Campylobacter	
	Yersinia	

Según Granada-Villar y cols. Los virus son la causa de la mayoría de los casos de gastroenteritis aguda en niños de todo el mundo. Las infecciones virales generalmente se caracterizan por fiebre baja y diarrea acuosa sin sangre. Las infecciones bacterianas pueden resultar en la infiltración del revestimiento de la mucosa del intestino delgado y del intestino grueso, que a su vez provoca inflamación. Por lo tanto, es más probable que los niños presenten fiebre alta y presencia de sangre y glóbulos blancos en las heces.¹⁷

Agentes etiológicos de la diarrea aguda infecciosa en niños.¹⁷

Virus

- Rotavirus
- Norovirus (Virus Norwalk-like)
- Adenovirus entéricos
- Calicivirus
- Astrovirus
- Enterovirus

Bacteria

- Campylobacter jejuni
- Nontyphoid Salmonella spp
- E coli enteropathogénica
- Shigella spp
- Yersinia enterocolitica
- E coli productora de toxina Shiga
- Salmonella typhi y S.paratyphi
- Vibrio cholerae

Protozoos

- Cryptosporidium
- Giardia lamblia
- Entamoeba histolytica

Helmintos

- Strongyloides stercoralis

FACTORES DE RIESGO

Según la OMS: “Cada episodio (de diarrea) priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas”

La OMS refiere además: “Por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados”.¹⁴

Guarino A y cols. Reportan que: “la lactancia materna predominantemente puede reducir el riesgo de gastroenteritis en lactantes europeos”. Además, reporta que: “los niños que asisten a guarderías tienen un mayor riesgo de enfermedad diarreica leve y severa que los niños en el hogar”.¹³

Reconocer como factores de riesgo para diarrea persistente:

- Desnutrición.
- Evacuaciones con moco y sangre.
- Uso indiscriminado de antibióticos.
- Frecuencia alta de evacuaciones (> 10 por día).
- Persistencia de deshidratación (> 24 h).

Reconocer los siguientes factores que incrementan el riesgo de deshidratación en niños con diarrea aguda:

- 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 la ofrecido o no tolerado los líquidos suplementarios.

- Lactantes que no han recibido lactancia materna durante la enfermedad.
- Niños con signos de desnutrición

El riesgo de deshidratación en niños está relacionado con la edad, los lactantes son más vulnerables debido a: Una mayor superficie corporal resultando en un incremento de las pérdidas insensibles. A que se alimentan principalmente con leche, lo que representa una gran carga osmótica que puede promover diarrea osmótica y la gran carga proteica que favorece una mayor cantidad de solutos a nivel renal. A que tienen una tendencia inherente a vómitos y diarrea más graves comparados con niños mayores y con los adultos.¹¹

Los factores asociados independientes a un riesgo incrementado de diarrea persistente (>14 días) fueron:¹¹

- Desnutrición
- Evacuaciones con moco y sangre
- Uso indiscriminado de antibióticos
- Frecuencia de evacuaciones > 10 al día
- Persistencia de deshidratación > 24 horas

CUADRO CLÍNICO DE LA DIARREA

Tres estudios transversales sugieren que la gastroenteritis viral se asocia con una duración más corta de la diarrea en comparación con la gastroenteritis bacteriana.¹¹

Se recomienda tomar en cuenta que:

- La gastroenteritis viral es de corta duración y está asociada a mayor riesgo de vómito y deshidratación.
- La gastroenteritis bacteriana se asocia más frecuentemente con dolor abdominal grave y a veces con diarrea sanguinolenta.

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación”, según reporta la OMS. ¹⁴

Los signos más útiles para deshidratación > 5% son:

- Tiempo de llenado capilar prolongado.
- Signo de lienzo húmedo.
- Patrón respiratorio anormal.

Según lo reportado en la guía de práctica clínica¹¹. La razón de probabilidad positiva (IC95%) para los siguientes signos clínicos para deshidratación > al 5% son:

- Llenado capilar prolongado 4.1 (1.7-9.8).
- Turgencia anormal de la piel 2.5 (1.5-4.2).
- Ausencia de lágrimas 2.3 (0.9-5.8).
- Patrón respiratorio anormal 2.0 (1.5-2.7).
- Aspecto anormal 1.9 (0.97-3.8).

La razón de probabilidad (IC95%) de 6.1 (3.8-9.8) para la presencia de dos de cuatro de los signos en deshidratación > al 5% son:

- Llenado capilar prolongado.
- Membranas mucosas secas.
- Ausencia de lágrimas.
- Apariencia anormal.

El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el niño con diarrea aguda sin deshidratación clínicamente detectable:

- Buena apariencia.
- Alerta y reactivo.
- Gasto urinario normal.

- Coloración de la piel sin cambios.
- Extremidades tibias.
- Tono ocular normal.
- Membranas mucosas húmedas.
- Frecuencia cardíaca normal.
- Patrón respiratorio normal.
- Pulsos periféricos normales.
- Tiempo de llenado capilar normal.
- Turgencia de la piel normal.
- Presión sanguínea normal.

De acuerdo a la guía de práctica clínica, Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención.¹¹

Tabla 2. Clasificación de la Severidad de la deshidratación.¹⁵

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DESHIDRATACIÓN		
SIN DESHIDRATACIÓN	DESHIDRATACIÓN LEVE-MODERADA	DESHIDRATACIÓN GRAVE
Pérdida de peso < 3%	Pérdida de peso del 3-8%	Pérdida de peso ≥ 9%
Sin signos	Ordenado por el incremento de la severidad: <ul style="list-style-type: none"> • Membranas mucosas secas. • Ojos hundidos (mínimas o sin lágrimas) • Turgencia de la piel disminuida (prueba de pinchamiento 1-2 segundos) • Estado neurológico alterado (somnolencia, irritabilidad) • Respiración profunda (acidótica) 	Incremento marcado de los signos del grupo leve a moderado más: <ul style="list-style-type: none"> • Perfusión periférica disminuida (fría/marmórea/palidez periférica; tiempo de llenado capilar > 2 segundos) • Colapso circulatorio

Tabla 3. Clasificación de la severidad de la deshidratación de la OMS.¹⁵

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DESHIDRATACIÓN DE LA OMS		
SIN DESHIDRATACIÓN	ALGUNOS DATOS DE DESHIDRATACIÓN	DESHIDRATACIÓN GRAVE
No hay suficientes signos para clasificar como algunos o deshidratación grave.	Dos o más de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud, irritabilidad • Ojos hundidos • Bebe con avidez, sediento • Al pellizcar la piel regresa lentamente 	Dos o más de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • Letargia/inconsciente • Ojos hundidos • No puede beber o bebe poco • Al pellizcar la piel regresa muy lentamente (≥ 2 segundos)

La gravedad de la deshidratación es evaluada con más precisión en términos de pérdida de peso. La diferencia entre el peso de ingreso y post-rehidratación, como un porcentaje del peso corporal total, equivale al grado de deshidratación.¹¹

Los síntomas y signos del niño con diarrea aguda con deshidratación y datos clínicos de choque son:¹¹

- Disminución del nivel de conciencia: soporoso o comatosos
- Piel pálida o marmórea
- Extremidades frías
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Pulsos periféricos débiles.
- Tiempo de llenado capilar prolongado
- Hipotensión (choque descompensado).

DIAGNOSTICO

La GPC menciona que el diagnóstico de diarrea aguda se realiza por datos clínicos:¹¹

- Cambio en la consistencia de las evacuaciones

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Cambio en la frecuencia y número de evacuaciones
 - Presencia de evacuaciones con moco y sangre.
 - Ocasionalmente puede estar asociada con náusea, vómito y cólico abdominal

Guarino A y cols reportan que la gastroenteritis aguda no requiere un diagnóstico específico.¹³

Granado-Villar D reporta : “autores de varios estudios han evaluado la utilidad de las pruebas de laboratorio en la evaluación de los grados de deshidratación, y la evidencia releva que tales estudios son imprecisos y podrían distraer a los clínicos de enfocarse en los signos y síntomas que han demostrado su utilidad diagnóstica.¹⁷

Por su parte, Gonzales C y cols reportan: “No se debe solicitar exámenes de heces rutinariamente a todos los pacientes, puesto que el mayor porcentaje de episodios tienden a auto-limitarse. La prueba de leucocitos fecales aislada, tiene un pobre valor diagnóstico” y con respecto a la investigación microbiológica para el diagnóstico etiológico informa: “está indicada en las siguientes condiciones:

- Si hay sangre y/o moco en las heces.
- Si el paciente tiene menos de 3 meses (por riesgo de bacteriemia).
- Si se sospecha de sepsis de origen gastrointestinal.
- Si hay incertidumbre en el diagnóstico etiológico de diarrea infecciosa.
- Si se sospecha de brote de diarrea infecciosa (en guarderías y salas de hospitalización): para identificar el germen y conocer la epidemiología.
- Si es un niño inmunocomprometido
- Si la diarrea no ha mejorado a los 7 días o se considera que evoluciona desfavorablemente.
- Si el niño ha estado en zonas endémicas.⁹

Guarino A y cols reportan: Las pruebas de laboratorio podrían ser consideradas en niños deshidratados si iniciaron terapia de rehidratación endovenosa, si hay signos y síntomas de hipernatremia y en caso de shock. El bicarbonato sérico, nitrógeno ureico en sangre y el bajo pH combinado con un exceso de base alto correlaciona mejor el porcentaje de pérdida de peso. Ninguna de las pruebas de laboratorio estudiados puede estimar con precisión el porcentaje de pérdida de peso en la práctica pediátrica general.¹³

En el niño con diarrea, con o sin vómito, es de utilidad la toma de electrolitos séricos, urea, creatinina y bicarbonato en las siguientes circunstancias:¹¹

- Deshidratación grave con compromiso circulatorio.
- Deshidratación moderada con sospecha de hipernatremia:
 - Irritabilidad.
 - Aumento del tono muscular.
 - Hiperreflexia, convulsiones.
 - Somnolencia o coma.
- Niños con deshidratación moderada, con antecedentes o
- hallazgos físicos que son incompatibles con episodios sencillos
- de diarrea.
- Niños con deshidratación moderada, con diagnóstico poco claro
- con otros factores de comorbilidad.
- Niños con deshidratación clínica, sin choque que requieran
- rehidratación intravenosa o por gastroclisis.
- Cuando hay anuria ≥ 12 h.

El grupo desarrollador de la GPC considera que la presencia de anuria u oliguria menor de 12 hrs es indicación para la toma de exámenes de laboratorio. Diversos autores están de acuerdo que el niño con diarrea aguda usualmente no requiere investigación microbiológica de las heces debido a que la mayoría es de origen viral.¹¹

TRATAMIENTO DE LA DIARREA

TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN

De acuerdo con la GPC, una Solución de Rehidratación Oral (SRO) conteniendo 60mmol/l de sodio, glucosa 90mmol/l, potasio 20mmol/l y citrato 10mmol/l, con una baja osmolaridad de 240mmol/l, es segura y efectiva para la prevención y el tratamiento de la deshidratación en niños con diarrea aguda.¹¹

Se reconoce que la SRO hipo osmolar es más rápida en la corrección de la deshidratación, la acidosis y más segura que el tratamiento intravenoso. El uso de SRO parece reducir el riesgo de convulsiones durante la corrección de deshidratación hipernatrémica.¹¹

Granados-Villar informan: La mayoría de los casos de gastroenteritis aguda en niños se auto limitan y no requiere el uso de medicaciones. Un paso inicial crítico en el manejo de la gastroenteritis aguda usualmente inicia en casa con la temprana reposición de fluidos.

Además, reporta: La introducción de las soluciones de rehidratación oral (SRO) ha disminuido significativamente la morbilidad y mortalidad asociada a gastroenteritis aguda en todo el Mundo. La SRO es la piedra angular de la terapia en el manejo de los casos no complicados de diarrea.¹⁷

Gonzales C y cols reportan: La terapia de rehidratación oral es el tratamiento de elección para niños con deshidratación leve moderada secundaria a diarrea aguda infecciosa.⁹

Entre las medidas clave para tratar las enfermedades diarreicas, la OMS refiere: La SRO se absorbe en el intestino delgado y repone el agua y electrolitos perdidos en las heces.¹⁴

La SRO de baja osmolaridad (concentración de Na de 75 mmol/l y de glucosa de 75 mmol/l) debe ser usada para rehidratar niños con gastroenteritis aguda. La SRO de baja osmolaridad (<270 mOsm/l) es preferible a las soluciones con una alta osmolaridad (>311 mOsm/l). Se recomienda la SRO de baja osmolaridad porque se asocia con una baja incidencia de falla para rehidratar y también una gran reducción en el gasto fecal.¹¹

En los niños que se internan por deshidratación secundaria a diarrea, se recomienda el uso de la SRO de baja osmolaridad porque se asocia a menor uso de hidratación IV no planificada, menor Volumen de evacuaciones y menor cantidad de vómitos que con las SRO estándar.¹¹

En 1975, la OMS presentó por primera vez una SRO con una osmolaridad de 311 mOsm/l y una concentración de sodio de 90 mOsm/l. En 2002 la OMS recomendó la nueva formulación de SRO con baja osmolaridad y concentración de sodio (245 mOsm/l y 75 mOsm/l respectivamente).

La fórmula actual de la solución de electrolitos orales adoptada en el 2002 por la OMS contiene: ¹¹

- Glucosa 75 mmol/L
- Sodio 75 mmol/L
- Potasio 20 mmol/L
- Cloruros 65 mmol/L
- Citrato 10 mmol/L
- Relación molar sodio/glucosa de 1:1
- Carga osmolar de 245 mOsm/L

Guarino y cols reportan: No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de la adición universal de SRO enriquecidos. Continúan esfuerzos por mejorar la eficacia de la SRO. Estos incluyen la adición a las SRO de zinc y

prebióticos (fructooligosacaridos y oligosacáridos), polímeros de glucosa, L-isoleucina o miel.¹³

Granado-Villar D y cols. Reportan: los jugos de frutas, las bebidas deportivas, té, y gaseosas deben ser evitadas en el manejo de la gastroenteritis aguda. Muchas de estas bebidas tienen una alta osmolaridad debido a su alto contenido de azúcar y contienen poco Na⁺ y K⁺; por consiguiente, el uso de estos líquidos pueden empeorar la condición del paciente mediante aumento del gasto fecal e incrementando el riesgo de hiponatremia.¹⁷

Los niños con riesgo de deshidratación o deshidratación leve con diarrea deben recibir los líquidos habituales, incrementando la cantidad y evitar las bebidas carbonatadas. Por otra parte, la OMS recomienda: la rehidratación con fluidos intravenosos en caso de deshidratación severa o estado de choque.¹¹

El uso de sonda nasogástrica para administrar SRO es común pero no una práctica universal. Puede permitir la rehidratación oral en niños que no pueden tomar la SRO. Si el niño vomita persistentemente la SRO, la infusión continua a través de SNG puede mejorar la tolerancia, pero no hay estudios de este método de administración. Puede incomodar y estresar al niño. Este asunto debe de balancearse contra la alternativa del tratamiento IV, que se asocia a inadaptabilidad y complicaciones tales como la flebitis o celulitis.

En niños con deshidratación clínica, incluyendo deshidratación hipernatrémica se recomienda:¹¹

- Uso de soluciones de baja osmolaridad (240-250 mOsm/l) para la rehidratación oral.
- Dar 50ml/kg para reponer el déficit de líquidos durante 4h, así como los líquidos de mantenimiento.
- Dar SRO frecuentemente y en pequeñas cantidades.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Considerar la sustitución con líquidos habituales (incluyendo alimentos lácteos o agua, pero no jugos de frutas o bebidas carbonatadas), si se rehúsa a tomar cantidades suficientes de SRO y no tiene síntomas o signos marcados.
 - Considerar dar SRO vía sonda nasogástrica si están incapacitados para beber o sí tienen vómito persistente.
 - Monitorear la respuesta a la terapia de rehidratación oral con valoraciones clínicas regulares.

Guarino A y cols. Informan: Se requieren fluidos intravenosos en los siguientes casos: shock, deshidratación con nivel de consciencia alterado o acidosis severa, empeoramiento de la deshidratación o falta de mejoría pese a la terapia de rehidratación oral o enteral, persistencia de vómitos pese a la apropiada administración de fluidos por vía oral o sonda nasogástrica, severa distensión abdominal e íleo.

Gonzales C y cols reportan: Está indicada la terapia de hidratación endovenosa en pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa y deshidratación que presentan: deshidratación severa / deshidratación severa con shock; deshidratación moderada e incapacidad de ser hidratado por vía enteral (VO o sonda nasogástrica) por vómitos persistentes o flujo de deposiciones “alto” (10mL/k/h); pacientes con co-morbilidades asociadas al tracto gastrointestinal (intestino corto, ostomías del intestino anterior); pacientes con íleo metabólico.

Las recomendaciones de hospitalización por consenso Delphi son las siguientes:

- Niños con choque.
- Niños con gastroenteritis aguda con deshidratación grave (>9% del peso corporal).
- Niños con deshidratación leve a moderada deben ser observados en el hospital por un periodo por lo menos de 6h para asegurar una rehidratación exitosa (3-4h) y el mantenimiento de la hidratación (2-3 h).

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Niños con mayor riesgo de deshidratación de acuerdo a su edad (lactantes <6 meses), evacuaciones líquidas frecuentes (> de 8 en 24h) o vómitos (>4 en 24h), deben ser vigilados en un hospital por lo menos 4-6h para asegurar el mantenimiento adecuado de la hidratación.
 - Anormalidades neurológicas (letargia, crisis convulsivas, etc.)
 - Falla al tratamiento con SRO.
 - Sospecha de condición quirúrgica.
 - Niños cuyos padres o cuidadores que no son diestros en el manejo de la condición del niño en el hogar deben ser ingresados.¹¹

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

El tratamiento anti-biótico no debe ser dado en la vasta mayoría de niños sanos con gastroenteritis aguda, solamente para patógenos específicos o cuadros clínicos definidos. Hay contraindicaciones en algunas condiciones.¹¹

Los objetivos de la terapia antibiótica en niños con gastroenteritis bacteriana son:

- Mejorar los síntomas clínicos:
 - Duración de la diarrea.
 - Vómito.
 - Fiebre.
 - Cólico abdominal.
- Prevenir complicaciones.
- Erradicar el patógeno entérico para disminuir la transmisión.

El tratamiento antibiótico no debe darse rutinariamente en gastroenteritis por *salmonella*. No debe de ser utilizado en niños sanos porque puede inducir el estado de portador sano. Sin embargo, hay algunos individuos con mayor riesgo de sepsis. Los lactantes menores tienen un mayor riesgo de desarrollar gastroenteritis por salmonella y los menores de 6 meses tienen mayor riesgo de propagación sistémica. Otros con mayor riesgo probable de sepsis son aquellos

con estados de inmunodeficiencia incluyéndose lactantes y preescolares con HIV/SIDA y desnutridos. En tales casos se recomienda el tratamiento antibiótico. Otro grupo de niños de alto riesgo para recibir el tratamiento incluye asplenia anatómica y funcional, tratados con corticoesteroides o inmunosupresores, enfermedad intestinal inflamatoria, aclorhidria.¹¹

Tabla 4. Recomendaciones para la terapia contra patógenos específicos.¹⁵

PATOGENOS	PACIENTES INMUNOCOMPETENTES	PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS
PARASITOS <i>Giardia</i>	Metronidazol 7 a 10 días.	Igual
<i>Cryptosporidium sp</i>	Si es grave, considerar paromomicina por 7 días como para los huéspedes Inmunocomprometidos	Paromomicina 14 a 28 días, altamente activo en la terapia antiretroviral incluyendo Inhibidores de la proteasa es garantizado para pacientes con SIDA.
<i>Isospora sp</i>	TMP/SMZ por 7 a 10 días	TMP/SMZ por 10 días, seguido por TMP/SMZ 3 veces a la semana o semanalmente sulfadoxine y pirimetamina indefinidamente para pacientes con SIDA
<i>Cyclospora sp</i>	TMP/SMZ por 7 días	TMP/SMZ por 10 días seguido de TMP/SMZ 3 veces a la semana indefinidamente.
<i>Microsporidium sp</i>	No determinado	Albendazol por 3 semanas, altamente activo en la terapia antiretroviral incluyendo Inhibidores de la proteasa es garantizado para pacientes con SIDA.
<i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol por 5 a 10 días mas diiodohidroxiquinoleina por 20 días o paromomicina por 7 días.	Igual.

Tabla 5. Recomendaciones para la terapia contra patógenos específicos. ¹⁵

RECOMENDACIONES PARA LA TERAPIA CONTRA PATÓGENOS ESPECIFICOS		
PATOGENOS	PACIENTES INMUNOCOMPETENTES	PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS
<i>Shigella sp</i>	Trimetoprim-Sulfametoxazol [TMP-SMZ (si es susceptible ^a)] dosis pediátrica 5 y 25mg/kg respectivamente, 2 veces al día por 3 días (si es susceptible) ^a o fluoroquinolona ^b 2 veces al día por 3 días (v.g. ofloxacina, norfloxacina o ciprofloxacina).	7-10 d.
<i>Salmonella sp no typhi</i>	No recomendado rutinariamente, pero si el paciente esta grave o es < 6 meses o >50 años de edad o tiene protesis, enfermedad valvular cardiaca, malignidad o uremia, TMP-SMZ (si es susceptible) o fluoroquinolona ^b como anteriormente se señalo, 2 veces al día por 5-7 días, ceftriaxona 100 mg/kg/día en 1 o 2 dosis.	x 14 d o prolongar si hay recaída
<i>Campylobacter sp</i>	Eritromicina x 5 d ^c .	Igual, pero requiere prolongar el tratamiento
<i>Escherichia coli sp</i> Enterotoxigenica	TMP/SMZ, 2 veces al día por 3 días (si es susceptible) o fluoroquinolona ^b 2 veces al día por 3 días.	Igual
Enteropatógena	Igual que el anterior	Igual
Enteroinvasiva	Igual que el anterior	Igual
Enteroagregativa	Desconocido	Considerar fluoroquinolona como para <i>E. coli</i> enterotoxigenica
Enterohemorrágica (STEC)	Evitar medicamentos antimotilidad: el papel de los antibioticos es poco claro y debe evitarse la administracion ^d	Igual
<i>Aeromonas/Plesomonas</i>	TMP/SMZ, 2 veces al día por 3 días (si es susceptible) o fluoroquinolona ^b 2 veces al día por 3 días.	Igual
<i>Yersinia sp</i>	Los antibioticos no son requeridos usualmente; para infecciones graves o asociadas a bacteriemia tratarlas como un huesped Inmunocomprometido usando terapia combinada con doxicilina, aminoglicosido, TMP/SMZ o fluoroquinolona ^b .	Doxicilina, aminoglicosido (en combinacion) o TMP/SMZ o fluoroquinolona ^b
<i>Vibrio cholerae 01 o 0139</i>	Doxicilina o tetraciclina o TMP/SMZ o fluoroquinolona ^b	Igual
<i>Clostridium difficile</i> toxigenico	Los antibioticos que lesionen deben ser evitados si es posible. Metronidazol por 10 días.	Igual

Granado-Villar y cols reportan: Los antibióticos no están indicados en casos de gastroenteritis aguda viral o no complicadas. Tratar gastroenteritis debido a E. coli productora de toxina Shiga con antibióticos podría incrementar el riesgo de síndrome urémico hemolítico. El uso de antibióticos está reservado para el tratamiento de enteritis complicada por septicemia y en casos de cólera, shigelosis, amebiasis, giardiasis, y fiebre entérica.¹⁷

A su vez, Guarino y cols refieren: La terapia antibiótica para la gastroenteritis bacteriana no es necesario rutinariamente pero solamente para patógenos específicos o en entornos clínicos definidos. El tratamiento de primera línea para la shigelosis es la azitromicina por 5 días.⁸ Sobre gastroenteritis por salmonella refieren: la terapia antibiótica no es efectiva sobre los síntomas y no previene las complicaciones. Respecto a la gastroenteritis por Campylobacter, la terapia antibiótica es recomendada principalmente para la forma disentérica y para reducir la transmisión en guarderías e instituciones. En cuanto a la E. coli diarrogénica: los antibióticos no deberían ser dados rutinariamente el tratamiento no es específico podría tener efectos adversos. La terapia antibiótica para E. coli productora de toxina shiga no está recomendado. La terapia antibiótica para E. coli enterotoxigénica está recomendado. Sobre Clostridium difficile informa: La enfermedad leve se resuelve por discontinuación del antibiótico usado. Para enfermedad moderada o severa, la primera línea de tratamiento es metronidazon oral; la vancomicina oral está reservado para cepas resistentes”. En cuanto al cólera: “la terapia antibiótica es recomendado para la gastroenteritis por Vibrio cholerae.¹³

Las recomendaciones del tratamiento antibiótico son:

- No dar antibióticos rutinariamente a niños con gastroenteritis.
- Dar tratamiento antibiótico a todo niño:
 - Con sospecha o confirmación de sepsis.

- Con infección bacteriana con diseminación extraintestinal.
- Menores de 6 meses con gastroenteritis por salmonella.
- Desnutrido o inmunocomprometido con gastroenteritis por salmonella.
- Con Enterocolitis pseudomembranosa asociada a *Clostridium difficile*, giardiasis, shigelosis disenteriforme, amebiasis disenteriforme o cólera.
- Niños que han viajado recientemente al extranjero, buscar la asesoría del especialista para el tratamiento antibiótico.

Los antibióticos deben ser considerados para el tratamiento de diarrea invasiva, definida como diarrea de inicio agudo, muco-sanguinolenta (con leucocitos polimorfonucleares en heces cuando está disponible el estudio) con fiebre alta.¹¹

TRATAMIENTO COADYUVANTE.

La UNICEF y la OMS recomiendan la suplementación de Zinc, 10mg, en menores de 6 meses de edad y 20mg en lactantes mayores de 6 meses de edad y preescolares por 10 a 14 días, como un tratamiento universal para niños con diarrea.

Se han recomendado que los probióticos sean considerados como una terapia adjunta, porque se ha visto que disminuyen la duración de la diarrea. Los probióticos pueden ser más efectivos para la diarrea por rotavirus comparado con todas las demás causas de diarrea. Los parámetros que influyen la decisión familiar puede incluir el costo, grado del potencial beneficio, disponibilidad y eficacia no verificada de los productos comerciales.¹¹

Granado-Villar y cols reportan: En casos de diarrea aguda y crónica, hay una pérdida significativa de zinc debido al incremento del gasto intestinal. Estudios que

comparan la suplementación de zinc con placebo han revelado una reducción en la frecuencia de las heces y disminución de la duración de la diarrea.¹⁷

Guarino A y cols refieren: En una reciente revisión que compara suplementación de zinc oral con placebo en niños de 1 mes a 5 años con diarrea aguda, quienes son principalmente de países donde la deficiencia de zinc es común. Interesantemente en niños menores de 6 meses, la suplementación con zinc no afectó el promedio de la duración de la diarrea y pudo incrementar el riesgo que la diarrea persista hasta el día 7. En niños mayores de 6 meses, el zinc redujo la duración de la diarrea y el riesgo que la diarrea persista hasta el día 7.¹³

Guarino A y cols refieren: el tratamiento activo con probióticos, en complemento a SRO; es efectiva en reducir la duración y la intensidad de los síntomas de gastroenteritis, el uso de los siguientes probióticos debería ser considerado en el manejo de los niños con gastroenteritis aguda como complemento a la terapia de rehidratación.¹³

JUSTIFICACIÓN

El médico de primer contacto es el pilar de la atención médica en los servicios de salud de México, por tal motivo el médico debe prestar sus servicios de una manera integral, humanista y con calidad, para cubrir así las necesidades en salud.

El aspecto preventivo en los temas de salud es el enfoque necesario para evitar futuras complicaciones en cualquier condición nosológica de la población.

En mayo 2017, la OMS informa: “Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año”.¹⁴

En el 2010, la enfermedad diarreica aguda (EDA) contribuyó con el 10% de las causas de mortalidad en los niños menores de cinco años, sólo precedida por la neumonía; de continuar así, se estima que 760 000 niños fallecerán por EDA cada año; sólo 35% de estos niños serán tratados con terapia de hidratación oral a base de electrolitos.¹⁶

El Médico Familiar, como médico de primer contacto necesita estar en constante capacitación, para así mantener actualizados sus conocimientos de acuerdo a las enfermedades que más aquejan a nuestra población.

Las estrategias de mejora continúan en el ámbito de recursos humanos de las instituciones de salud, requieren la identificación de áreas de oportunidad, sobre las cuales se puede tomar acciones para el fortalecimiento de las mismas y con ello mejora los servicios de salud ofrecidos.

Siendo la enfermedad diarreica aguda una de las principales causas de atención en consulta externa, la cual de no tratar adecuadamente y a tiempo, puede llegar a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sufrir complicaciones como deshidratación e inclusive la muerte del menor de cinco años.

Por tal motivo contar con un adecuado conocimiento sobre la enfermedad por parte del médico familiar, contribuye a un adecuado tratamiento y con esto, evitar complicaciones.

Debido a esto considero la importancia de realizar un estudio de investigación para determinar el nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica ssa-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar no. 1, lo que demostrará si nuestros médicos familiares tienen un conocimiento adecuado sobre la enfermedad.

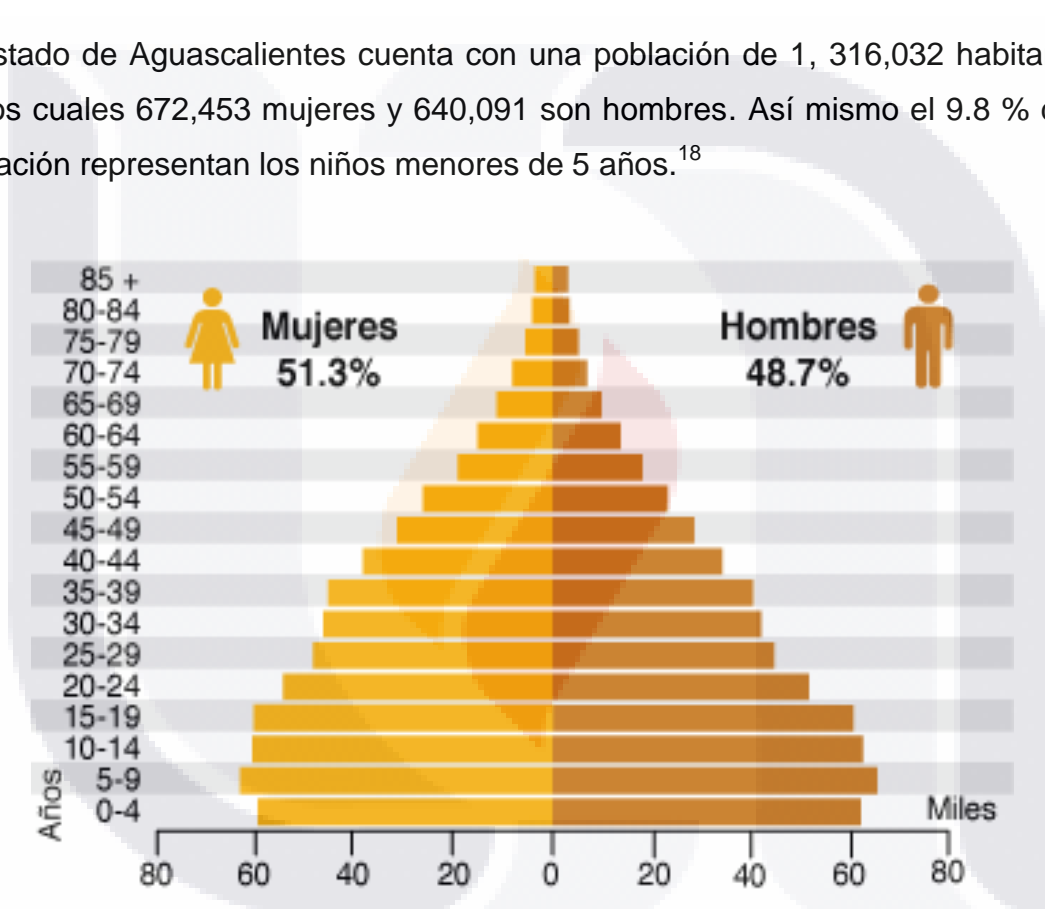
Con este estudio se podría considerar los posibles resultados como áreas de oportunidad para futuras intervenciones para la mejora de la atención y la prevención de la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años, disminuyendo el impacto epidemiológico y económico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Según el censo de población y vivienda 2015 realizado por el INEGI, México cuenta con una población de 119, 938,473 habitantes. De los cuales 61 millones son mujeres y 58 millones son hombres.

El estado de Aguascalientes cuenta con una población de 1, 316,032 habitantes, de los cuales 672,453 mujeres y 640,091 son hombres. Así mismo el 9.8 % de la población representan los niños menores de 5 años.¹⁸



Pirámide poblacional del estado de Aguascalientes. Fuente INEGI 2015.¹⁸

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución de seguridad social más grande de América Latina, considerado como pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana, donde el primer nivel de atención a la salud se lleva a cabo en las Unidades de Medicina Familiar, en el cual el Médico Familiar atiende a cerca del 80% de los derechohabientes.

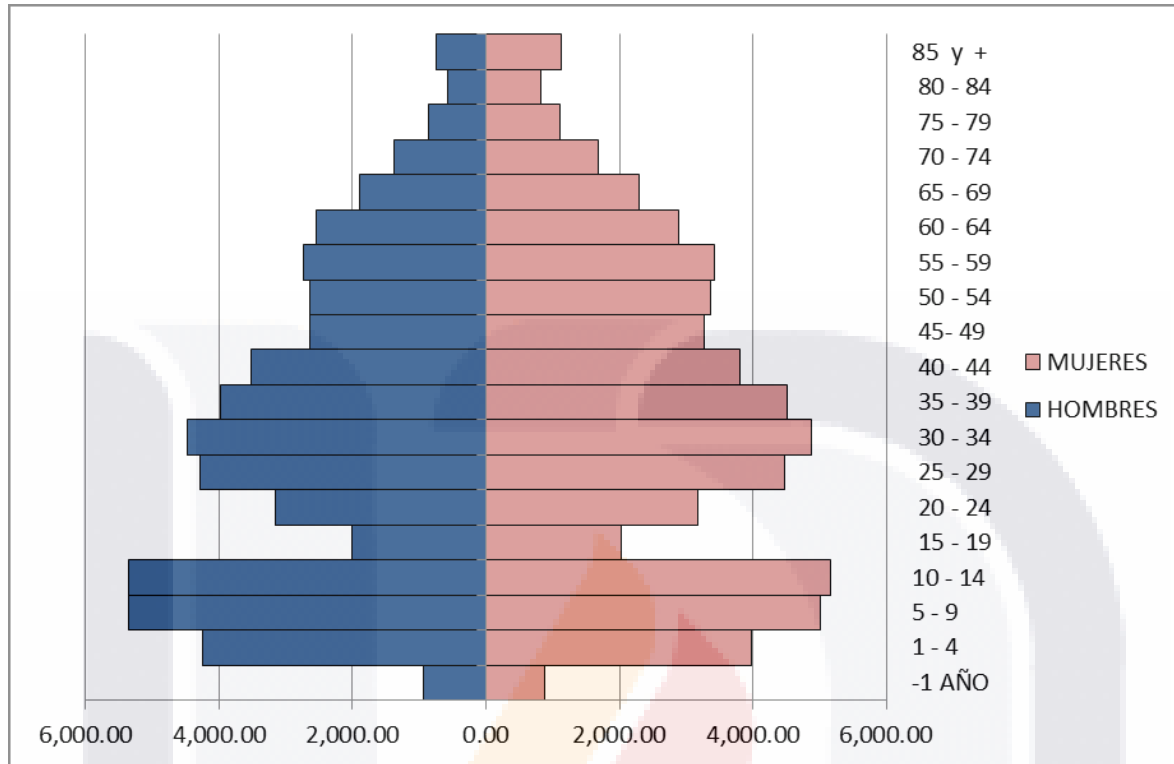
En el estado de Aguascalientes se cuentan con 11 Unidades de Medicina Familiar, de las cuales seis son Urbanas (UMF 1, UMF 7, UMF 8, UMF 9, UMF 10 y UMF 11) las cuales brindan alrededor de 7,835 consultas al día.

La Unidad de Medicina Familiar No. 1 cuenta con los servicios de medicina familiar, estomatología, salud en el trabajo, nutrición, trabajo social, medicina preventiva, optometría, diabetimss, planificación familiar y enfermera materno-infantil. Se cuenta con 20 consultorios que dan servicio en turno matutino y vespertino.

Los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar 1 son atendidos por 40 médicos divididos en dos turnos matutino y vespertino, de los cuales 14 (35%) son hombres y 26 (65%) son mujeres. Los médicos de la UMF 1 otorgan en promedio 960 consultas por día. La Unidad de Medicina Familiar No. 1 tiene una población de niños menores de 5 años de 69,219 derechohabientes, de los cuales 35,442 son hombres y 33, 777 son mujeres.

Dentro de los principales motivos de consulta durante el 2016 en la Unidad de medicina Familiar No.1, el rubro de diarrea y gastroenteritis infecciosa se ubicó en el 9° lugar con, 3,832 consultas, así como en el 7° lugar como consulta de primera vez con 2,415 consultas.

Pirámide Poblacional de la Unidad de Medicina Familiar N° 1 del IMSS 2016.
Fuente Diagnóstico de Salud UMF No. 1 IMSS 2016.



PANORÁMA DEL ESTADO DE SALUD

Las enfermedades diarreicas en México ocupan uno de los primeros lugares como causa de morbilidad en población menor de cinco años de edad, generando el 20% de la demanda de consulta en los servicios de salud y el 10% de las hospitalizaciones pediátricas. Este grupo de edad presenta entre 2 y 4 episodios diarreicos al año.¹⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año, se producen unos dos mil millones de casos de diarrea en todo el mundo. Las enfermedades diarreicas son una causa principal de morbilidad, mortalidad y un factor importante de desnutrición en la niñez. En estas regiones los niños menores de tres años padecen en promedio 3.3 episodios de diarrea al año; pero en algunas áreas el promedio sobrepasa los 9 episodios al año. La morbilidad con diarrea en estos

niños representa cerca de un 15% de sus días. Cerca de un 80% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de 2 años y del total de todas defunciones, el 18% se relacionan con la diarrea.¹⁴

La enfermedad diarreica constituye una de las primeras causas de mortalidad infantil en el mundo. En el 2008, la cantidad mundial de muertes por diarrea en niños menores de 5 años fue estimada en 1.87 millones (intervalo de confianza al 95%: IC 95%: 1.56-2.19) lo cual constituye el 19% de las muertes en niños; las regiones de África y el sureste asiático explican casi el 78% de las muertes (1.46 millones) de todas las muertes por diarrea ocurridas en el mundo en desarrollo; 73% de estas muertes, están concentradas sólo en 15 países.¹⁴

Dentro del estado de Aguascalientes para el año 2000 se reportaron 75,317 casos de diarrea, para el 2005, 82,158 y para el 2010 118,248, colocándolo dentro de los estados que continua con incremento en la incidencia de diarreas. Los casos se reportan en todo el país por unidad en el “Sistema de Notificación Semanal”, las muertes se capturan en el “Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones”, ambos forman parte del SINAVE “Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica”.¹⁹

En base a estos antecedentes que se acaban de mencionar, se considera que la enfermedad diarreica aguda continua siendo un problema de salud en México y a nivel mundial, por lo cual se abordará como problema prioritario.

SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD

Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología. La presente guía explica cómo ha disminuido la tasa de mortalidad; gracias al uso y distribución de soluciones de hidratación, así como la promoción de aumentar la lactancia materna, mejorar la nutrición, mejorar estado sanitario e higiene y aumentando en la cobertura de vacunación contra el rotavirus.²⁰

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Guía de Práctica Clínica Gastroenteritis Aguda en el Niño. Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica-Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEGNHP-SEIP). Tiene como definición diarrea una disminución en la consistencia de las heces y/o un aumento en el número de deposiciones (hasta de 3 en 24 horas).(21) El diagnóstico se realiza valorando las siguientes situaciones: evaluar historia familiar de diarrea, característica de las deposiciones, antecedente de la ingesta de alimentos posiblemente contaminados, en lactantes el agente más común es el rotavirus. La principal complicación es la deshidratación que lleva a causar la muerte en muchas de las ocasiones. Hace énfasis en la rehidratación que es la clave para la recuperación ya que la enfermedad se auto limita en la mayoría de los casos, no se debe interrumpir alimentación regular. No se recomienda el uso de antibióticos. El lavado de manos con agua y jabón es la principal medida higiénica.²²

Guía Práctica Clínica Ibero- Latinoamérica sobre el manejo de la Gastroenteritis Aguda en menores de 5 años. En esta guía se destaca que la mortalidad disminuyó el 75% entre 1980 y 2008 gracias al énfasis en la promoción e implementación de la solución de rehidratación oral, pero los casos relacionados siguen siendo muy elevados en la actualidad y presentando aun un alto número de mortalidad, mayormente en grupo etario menores a 5 años. El objetivo final de la guía es apoyar en la toma eficiente de decisiones sobre la salud, a todos los profesionales involucrados en la atención integral del niño con GEA y en el tratamiento integral del menor de 5 años.²³

Norma Oficial Mexicana NOM 031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. La norma oficial mexicana para la atención a la salud del niño abarca diferentes puntos dentro de los cuales se trata la prevención y control de las enfermedades diarreicas. El saneamiento ambiental y la educación para la salud de la población, en particular de las madres, han comprobado ser las más importantes medidas de prevención. Sobresale la lactancia materna como factor importante para la reducción de la incidencia por diarreas en los niños menores

de seis meses y, en general, el uso de agua potable, la eliminación adecuada de excretas, el lavado de manos y el manejo correcto de las heces, en niños con diarrea. Vacuna contra el sarampión, que reduce la mortalidad por diarrea hasta en un 22%. Cloración del agua y procedimientos de desinfección, promoción de la higiene en el hogar, con énfasis en el lavado de manos, manejo higiénico de los alimentos. Las medidas de control recomendadas en esta guía son administración de líquidos, la madre o responsable del niño identifique oportunamente la presencia de complicaciones.²⁴

Guía de Práctica Clínica SSA 156-08 Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de dos meses a cinco años en primer y segundo nivel de atención. La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional, para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible y estandarizar las acciones nacionales sobre: Prevención. Se lleva realizando intervenciones como suministro de agua y calidad del agua, sanidad e higiene, lavado de mano con agua y jabón, cloración doméstica, eliminación apropiada de excretas a través de fosas sépticas y red de drenaje, promover la higiene. Recomendar la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. Inmunización contra rotavirus. Diagnóstico. Con base en las características de las evacuaciones con sangre, sin sangre, con moco o la ausencia de él, número de deposiciones y consistencia, tiempo de duración de las evacuaciones. Síntomas asociados: náuseas, vómito o cólico abdominal Etiología de la diarrea en relación a sus características siendo en su mayoría de origen viral 70 a 80%, bacteriano de 10 a 20% y en su minoría parasitaria. Hidratación vía oral mediante SRO en cuanto se presente un cuadro de diarrea.¹¹

Tras analizar las guías anteriores, podemos encontrar ciertas discrepancias entre los lineamientos de cada una de éstas y la práctica médica real. Dentro de la práctica diaria en los consultorios no siempre se lleva a cabo el lavado de manos de manera rutinaria con cada paciente, debido a diversas razones como falta de tiempo, omisión involuntaria, falta ocasional de recursos. La correcta realización

de esta práctica puede disminuir de manera comprobada en un alto porcentaje el número de cuadros enterales. Otros de los factores que pueden afectar es no administrar las soluciones de rehidratación oral a todo paciente que presente diarrea; si eso se hiciera se podría disminuir una de las principales complicaciones que es la deshidratación. La omisión en la recomendación de medidas higiénicas en casa como cloración de agua, manejo de las excretas, el lavado de las manos, lavado correcto de alimentos y desinfección de los mismo puede propiciar el incremento en número de episodios. Es fundamental que el médico de primer nivel de atención tenga presen en cada una de sus consultas el dar las recomendaciones pertinentes.

NATURALEZA DEL PROBLEMA

Las enfermedades diarreicas son un problema de salud que llama la atención a nivel internacional, no sólo en países en vías de desarrollo, sino en países desarrollados, ya que en ambos ocurren muertes por diferentes agentes etiológicos. Estas muertes se presentan con mayor frecuencia en los sectores de la población más vulnerables como son niños menores de 5 años.

Con base en esta información y múltiples estudios existentes, podemos observar que este tipo de padecimientos representan una urgencia en la capacitación del entorno familiar y médico, encaminado a los menores de 5 años, ya que pueden estar expuestos a diferentes agentes patógenos, el manejo y control de éstos no se encuentra en sus manos, lo que los convierte en un blanco con mayor vulnerabilidad.

En México, una de las primeras casusas de morbilidad en menores de 5 años y que generan el 20% de la consulta y el 10 % de las hospitalizaciones pediátricas con las enfermedades diarreicas agudas. Los niños padecen entre 2 y 4 episodios diarreicos por año. Según la OMS ocurren dos mil millones de casos de diarrea al

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

año, causando el 80% de las muertes en menores de 2 años como consecuencia de deshidratación.¹⁹

La evolución de enfermedades diarreicas agudas en México en los últimos 30 años ha tenido un incremento en la tasa de casos de EDA; a pesar de ello de 1999-2010 la tasa presenta un descenso de 5.7 casos por cada 100,000 habitantes.¹⁹

Los casos presentados en Aguascalientes para el año 2000 son 75,317 casos, para el 2005 de 82,158 casos y para el 2010 de 118,248 casos, esto nos coloca dentro de los estados de la República Mexicana que a pesar de tener un descenso en la tasa en los últimos años, Aguascalientes continúa con incremento en los casos de diarreas.¹⁹

En la literatura científica encontrada, menciona “Fayerberg que existe brechas significativas en el conocimiento y la práctica de los profesionales, se debe incluir educación médica continua sobre la enfermedad diarreica aguda”. Así mismo “Paredes comenta que el conocimiento del médico de primer contacto influye en la frecuencia de prescripción de antimicrobianos y medicamentos antidiarreicos.”

En base a lo anterior, el nivel de conocimiento o desconocimiento del médico familiar sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, puede derivar en una mala atención médica con posibles complicaciones. Por tal motivo, determinar el nivel de conocimiento de la misma, nos orienta a trabajar en las deficiencias que pudiera existir.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la OMS las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños mal nutridos o inmuno deprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.¹⁴

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) se tiene un registro de un notable descenso en la mortalidad por diarreas en las últimas décadas, aun así, esta enfermedad continúa siendo una de las principales causas de mortalidad infantil. En México, en los niños de 1 a 4 años de edad las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el 5° sitio como causa de muerte en 2010 (266 muertes con tasa de 3.5 por 100 000 nacimientos estimados).²⁵

Las muertes a nivel nacional para el 2010 se presentaron un total de 3165 muertes con una tasa del 2.9 por cada 100,000 habitantes de ese total de predilección fue por menores de 1 año con 585 casos, en el estado de Aguascalientes para el año 2010 un total de 35 muertes de las cuales 6 muertes en menores de 1 año y 1 muerte en el rango de edades 1-4 años.¹⁹

ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

La falta de conocimiento actualizado, para realizar un buen diagnóstico, otorgar tratamiento adecuado y concientizar a la población en medidas de prevención, pueden detonar en complicaciones como deshidratación y muerte de los menores de 5 años que acuden a consulta por enfermedad diarreica. Por tal motivo es

importante saber el nivel de conocimiento de nuestra población de estudio, para en base a esto llevar acabo intervenciones que estén enfocadas a mejorar las condiciones de salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar no. 1?

OBJETIVO

GENERAL:

Determinar el nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 1

ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Medir el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, de acuerdo a la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1
- Medir el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico, de acuerdo a la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la

diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1

- Medir el nivel de conocimiento sobre tratamiento, de acuerdo a la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS VERDADERA

El nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1 es bajo.

HIPÓTESIS NULA

El nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1 es alto

HIPOTESIS ESPECÍFICAS VERDADERAS

1.- El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención, descrito en la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1 es bajo.

2.- El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico, descrito en la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1 es bajo.

3.- El nivel de conocimiento sobre tratamiento, descrito en la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1 es bajo.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS NULAS

1.- El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención, descrito en la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1, NO es alto.

2.- El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico, descrito en la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1, NO es alto

3.- El nivel de conocimiento sobre tratamiento, descrito en la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1, NO es alto.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes

TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado para este protocolo será Censal lo que indica a todos los Médicos Familiares de la UMF 1 en ambos turnos

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra son los 40 Médicos Familiares de ambos turnos matutino y vespertino, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal Médico Familiar adscritos a la UMF No.1
- Personal Médicos Familiar de ambos turnos
- Que acepten participar en el estudio previa firma de carta de consentimiento bajo información.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Personal Médico Familiar no adscritos a la UMF No.1
- Que no acepten participar en el estudio previa firma de carta de consentimiento bajo información

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Encuestas incompletas

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se investigó en revistas científicas, artículos que nos ayudaran a estructurar el protocolo de investigación, así mismo se utilizaron guías de práctica clínica, en específico la Guía de Práctica clínica SSA- 156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención y en páginas de internet dedicadas a la salud.

Se realizó un cuestionario con base en la guía de práctica clínica SSA 156-08 Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. Se obtuvieron 20 preguntas para evaluar en nivel de conocimiento de médicos de primer contacto. El instrumento consta de un apartado para las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, cantidad de años trabajando en la institución, horario de trabajo) y otro apartado con las 20 preguntas que abarcan las dimensiones de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en el menor de cinco años. . Estos ítems son validados previamente mediante un análisis factorial para determinar la varianza de cada ítem y se analizara la confiabilidad determinando alfa de cronbach que reporta 0.735, para valorar el área cognitiva o conocimiento del médico familiar.

VALIDEZ APARENTE

Se realizó una prueba con la cooperación de 20 médicos familiares, esto para valorar si el cuestionario era entendible y claro. Esta aplicación del cuestionario será efectuada por el médico residente con una duración de aproximadamente 2 días, con la ayuda de Médicos Familiares y Médicos Generales del Hospital General de Zona No. 1

VALIDEZ DEL CONTENIDO

La validez del contenido se llevó a cabo con un grupo de expertos, 2 pediatras, 3 médicos familiares a los cuales se les otorgó el instrumento de manera independiente para analizar que cada pregunta fuera adecuada para la dimensión que se quiere medir, así mismo que mencionaran si cada enunciado era entendible, se continuó hasta saturar el contenido, con el objetivo de evaluar la comprensión y viabilidad del contenido; algunos expertos comentaron que los ítems del cuestionario eran entendibles y congruentes; otros comentaron que les faltaba profundidad o presentaban más de una aseveración por ítem; se procedió a replantear el cuestionario con las observaciones hechas por los especialistas.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Se realiza mediante un análisis factorial para determinar la varianza de cada ítem y se analizara la confiabilidad determinando alfa de cronbach que reporta 0.735, validez que demuestra que el instrumento es aceptable y puede ser reproducible.

PLAN DE ANALISIS

Se utilizarán medidas de estadística descriptiva como tasas y frecuencias a cada variable, así como medidas de tendencia central, moda, mediana y medidas de dispersión como la desviación estándar. Para este análisis descriptivo se utilizará el programa SPSS V21.

LOGISTICA

Posterior a ser aceptado por el Comité local de investigación. Se acudirá a la Unidad de Medicina Familiar No.1 sede de nuestro estudio en donde se le dará a conocer al director de la unidad el objetivo de nuestro estudio. Con el fin de solicitar permiso para la realización del mismo. Al obtener las autorizaciones pertinentes acudirá el tesista cada uno de los médicos familiares al inicio de la jornada laboral, sin interferir con sus actividades, se procede a entregarles el instrumento en donde se les dará a conocer el estudio así como su objetivo y justificación. Posteriormente se le entrega carta de consentimiento informado, al tener la autorización del mismo se dejara el instrumento para su llenado a cada médico familiar. El tesista recopilara al final de la jornada los instrumentos para realizar posteriormente el vaciado de la información para el proceso y análisis de los datos.

ANALISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se llevará a cabo con el programa SPSS versión 21 para Windows. Se realizará un análisis estadístico descriptivo para variables cualitativas. Los resultados se presentarán en forma de tablas y gráficos según corresponda.

ASPECTOS ETICOS

Esta investigación atiende a los principios básicos para la investigación médica en seres humanos tal como se especifica en la declaración de Helsinki según lo señalado inicialmente en la 18ª asamblea de la asociación Médica Mundial celebrada en Helsinki.

De igual manera se apega íntegramente a los lineamientos establecidos por el Reglamento de la Ley General de Salud de los estados Unidos Mexicanos en Materia de Investigación en Salud, acorde a lo cual se considera con riesgo menor que el mínimo.

Este proyecto será sometido al Comité Local de Investigación para su aprobación y corrección de acuerdo a las recomendaciones emitidas.

Los datos recabados serán confidenciales y de uso exclusivo para la realización de la investigación. Todos los participantes serán incluidos previa firma de carta de consentimiento bajo información.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

HUMANOS

Investigador: Dra. Hilda Mónica López Cervantes, adscrita como Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes.

Colaborador: Residente de tercer grado de la especialidad en Medicina Familiar, Luis Humberto Madera Pinedo

MATERIALES

- Los proporcionados por la UMF No 1, como son el aula para aplicar el cuestionario
- Computadora portátil
- Artículos varios (hojas, grapas, engrapadora, USB, plumas, lápices, borradores)
- Impresora
- Fotocopias
- Alimentos
- Transporte.

FINANCIEROS

Categoría	Costo unitario	Factor multiplicador	Costo total
Pluma	\$ 2.5	2	\$5
Lápiz	\$3	10	\$30
Hojas (paquete)	\$70	1	\$70
Fotocopias	\$0.50	45	\$22.5
Engrapadora	\$40	1	\$40
Grapas (caja)	\$25	1	\$25
USB	\$65	1	\$65
Computadora	\$5000	1	\$5000
Impresora	\$1000	1	\$1000
Trasporte			\$300
Alimentos	\$50	2	\$100
Total			\$6657.5

El tesista absorbe los gastos generados por la investigación.

SE ANEXA LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se realizó una carta de consentimiento informado, dónde el personal del personal médico se pretende que acepte participar de forma anónima, voluntaria y confidencial en la aplicación del instrumento de investigación, dónde se especificará que su participación no tendrá repercusión en su actividad laboral. (Anexo A).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						
ACCIONES A REALIZAR	ENERO- FEBRERO 2017	MARZO- ABRIL 2017	MAYO- JUNIO 2017	JULIO- AGOSTO 2017	SEPTIEMBR E-OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE -DICIEMBRE 2017
1.- ELECCION DEL TEMA	X					
2.- BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA.	X					
3. SOLICITUD DE ASESORES	X					
4.- REVISIÓN DE LA LITERATURA		X				
5.- DISEÑO DE PROTOCOLO		X	X			
6.- ANTECEDENTES			X	X		
7.- JUSTIFICACIÓN			X	X		
8.- INTRODUCCIÓN			X	X		
9.- HIÓTESIS			X	X		
10.- MATERIAL Y MÉTODOS			X	X		
11.- ELABORACIÓN DE INSTRUMENTO				X		
12.- ENVIO DE PROTOCLO AL COMITÉ LOCAL					X	
13.- APROBACIÓN DEL PROTOCOLO						X
14.- CAPTURA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS						X
15.- ELABORACION DE TESIS						X

RESULTADOS

En este apartado se describen los resultados de las variables socio-demográficas, las tres dimensiones que midieron el nivel de conocimiento de los médicos sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar no. 1 del IMSS, delegación Aguascalientes; exponiendo tres esferas, prevención, diagnóstico y tratamiento.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Con respecto a la edad, se categorizaron en rangos de edad que van de 25-35 años; 36-45 años; 46-55 años; más de 56 años; se obtuvo que de los 40 médicos encuestados, el 43.9% se incluyeron en el rango de 25-35 años, el 22% dentro de 46-55 años; el 19.5% fueron de 36-45 años y por último el 12.2% fueron más de 56 años (Gráfico 1, Tabla 1). El 60% fueron del sexo femenino y 40% fueron del masculino (Gráfico 2, Tabla 1). En lo que respecta a estado civil el 45% son casados y el 55% son solteros (Gráfico 3, Tabla 1). Dentro del rubro de años laborados en la institución el rango de menos de 5 años el 30%, de 5-10 años 35%, de 11-15 años el 10%, y más de 15 años el 25% (Grafico 4, Tabla 1).

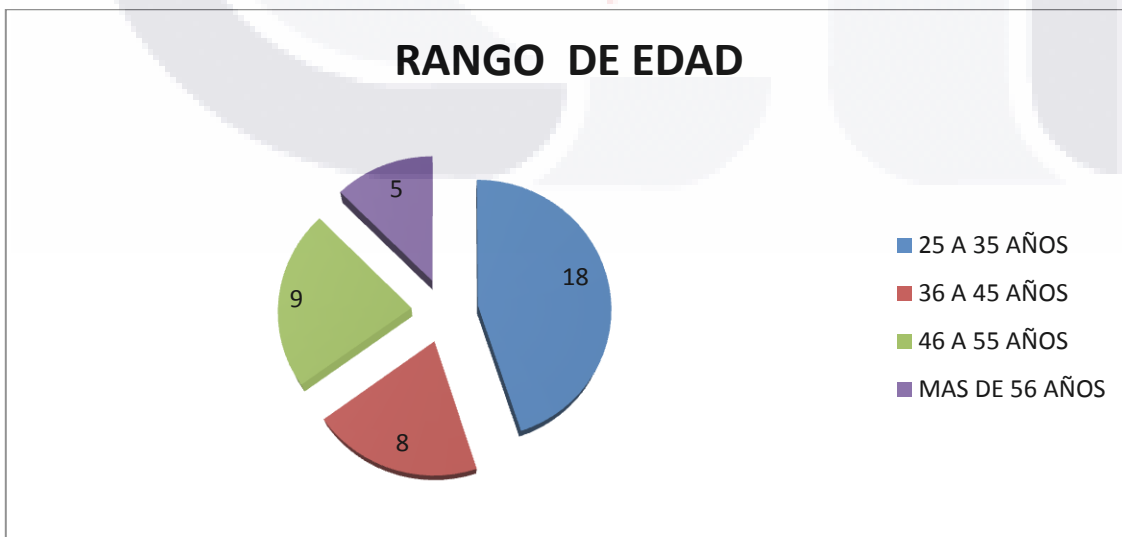


Grafico 1. Rango de edad

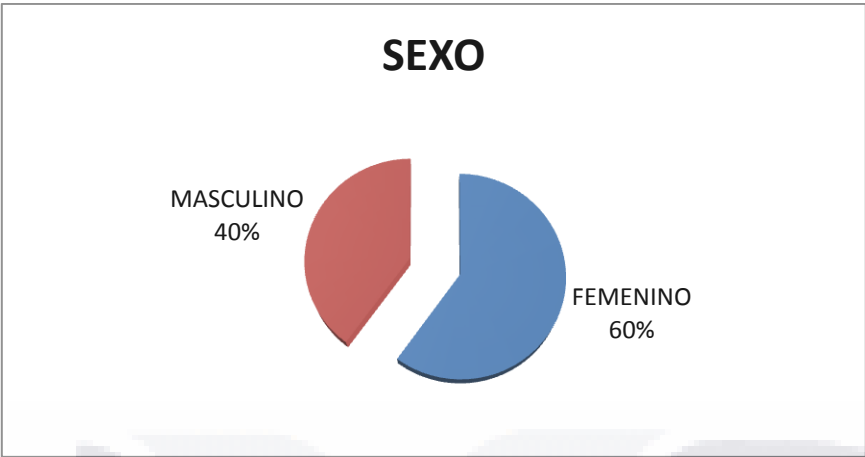
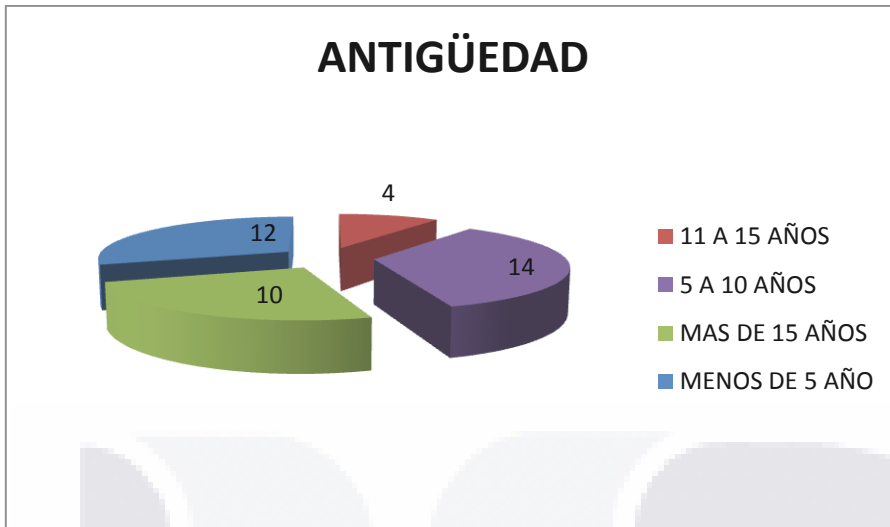


Grafico 2. Sexo

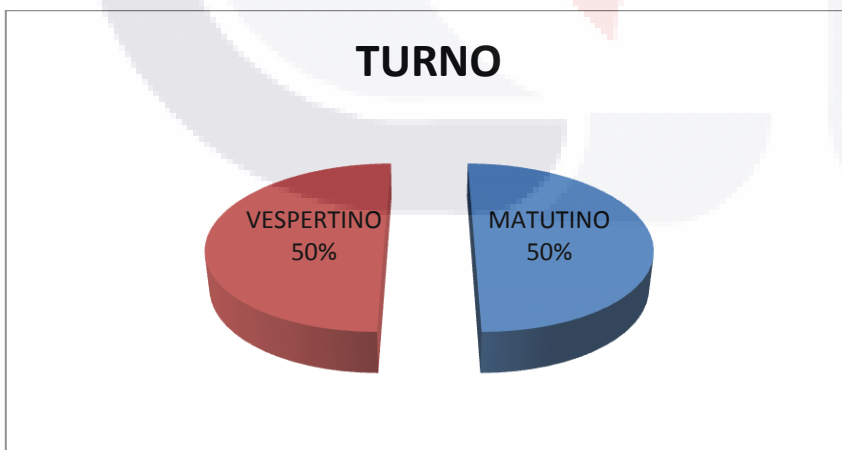


Grafico 3. Estado Civil.

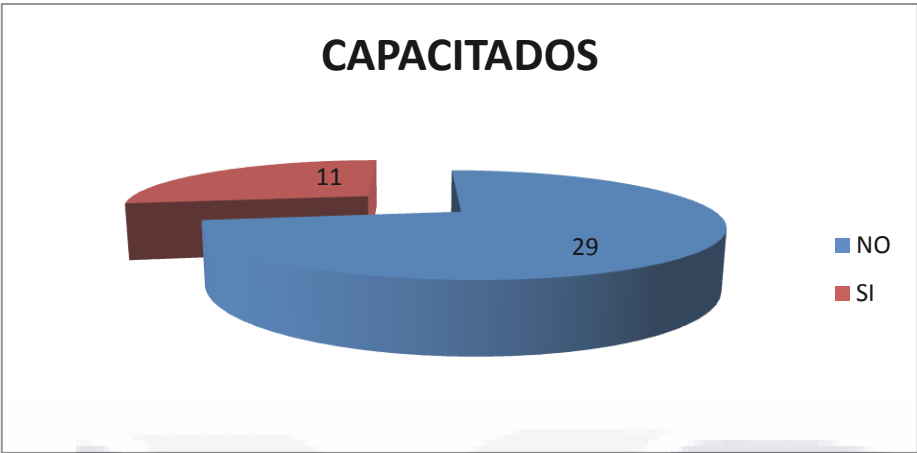


Grafica 4. Antigüedad de los médicos.

En lo que respecta al turno, 50% fueron matutinos y 50% vespertinos, (Grafica 5, Tabla 1). Se realizó un ítem donde se cuestionaba capacitaciones acerca de la GPC SSA-156-08 de diarrea, donde contestaron 72.5 % de los médicos no haber recibido capacitaciones y 27.5% si haber recibido (Grafica 6, Tabla 1). Se interrogo sobre si estaban certificados por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, se obtuvo el 65% no están capacitados y el 35% si lo están (Grafica 7, Tabla 1).



Grafica 5. Turno



Grafica 6. Capacitados.



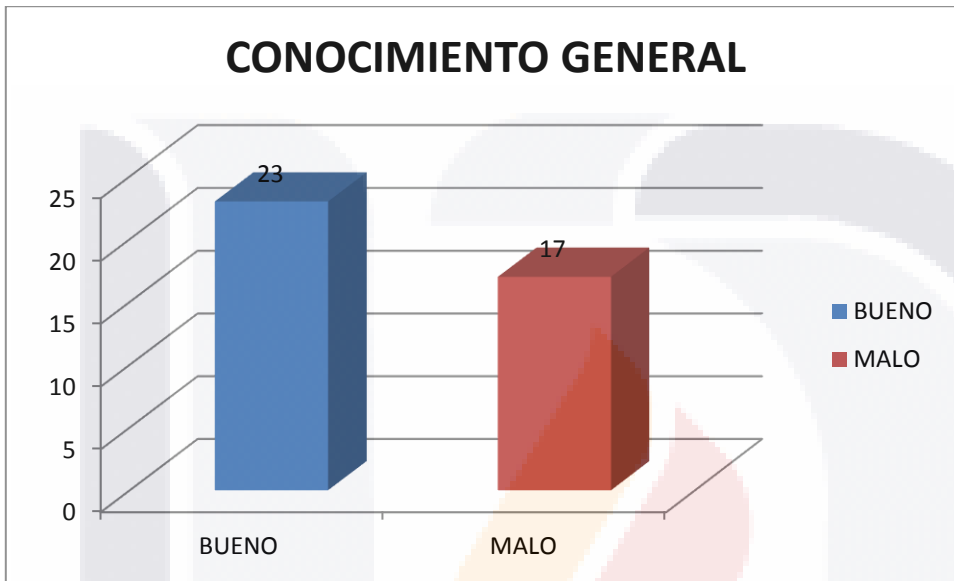
Grafica 7. Si están Certificados

Variables Socio-demográficas			
Ítem	Respuesta	Recuento	%
Edad	25-35 años	18	45%
	36-45 años	8	20%
	46-55 años	9	22.5%
	Más de 56 años	5	12.5%
Sexo	Femenino	24	60%
	Masculino	16	40%
Estado Civil	Soltero	18	45%
	Casado	22	55%
Antigüedad	Menos de 5 años	12	30%
	5 a 10 años	14	35%
	11 a 15 años	4	10%
	Más de 15 años	10	25%
Turno	Matutino	20	50%
	Vespertino	20	50%
Capacitaciones	SI	11	27.5%
	NO	29	72.5%
Certificación	SI	26	65%
	NO	14	35%

Tabla 1. Variables socio-demográficas de los médicos.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MÉDICO

Con respecto a los médicos en promedio general se encontró un nivel de conocimiento bueno con una calificación general de 80.22, de la misma el 57.5% tienen un conocimiento bueno, y el 42.5% tienen un conocimiento malo (Grafica 8)



Grafica 8. Conocimiento general de los médicos

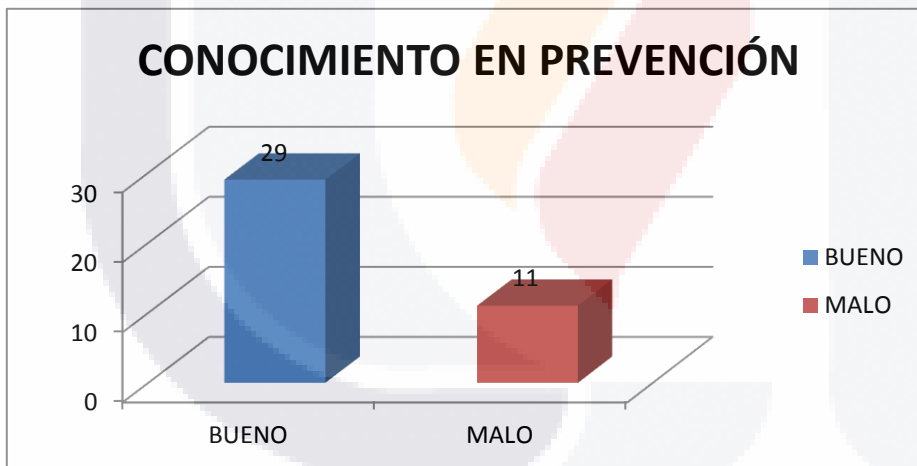
El instrumento tipo cuestionario descriptivo, estructurado con ítems dicotómicos, se divide en 3 dimensiones los cuales determinan el nivel de conocimiento, estos se dividen en:

1.- Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención, de la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1.

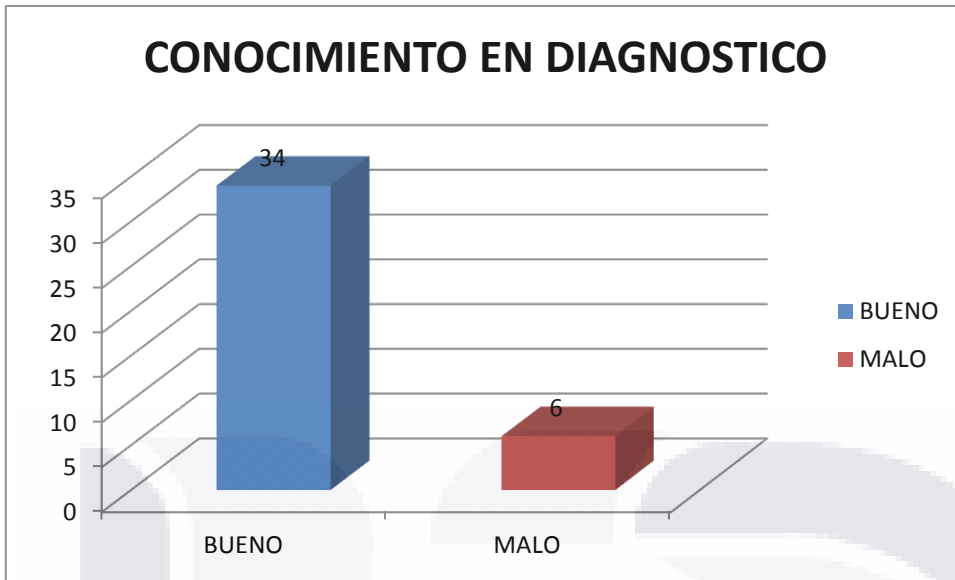
2.- Determinar el nivel de conocimiento sobre diagnóstico, de la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1.

3.- Determinar el nivel de conocimiento sobre diagnóstico, de la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, en los médicos familiares de la UMF No.1.

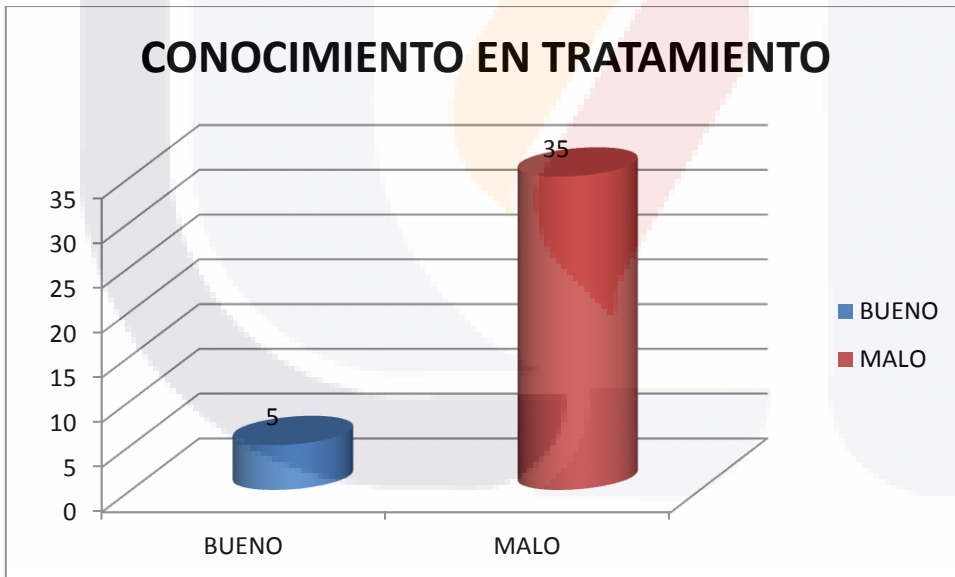
En lo concerniente a nivel de conocimiento en la dimensión de prevención, se obtiene que los médicos tienen un conocimiento bueno con el 72.5% y un conocimiento malo en el 27.5% (Grafica 9). En lo que respecta a conocimiento sobre diagnóstico se obtuvo que es bueno con un 85% de resultados, un conocimiento malo con 15% (Grafica 10). Y por último el conocimiento sobre tratamiento contrasta con los anteriores debido a que la mayoría fue malo con 87.5% y bueno en el 12.5% (Gráfica 11).



Gráfica 9. Conocimiento en la dimensión de prevención.



Grafica 10. Conocimiento en la dimensión de diagnóstico.



Grafica 11. Conocimiento en la dimensión de tratamiento.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se logra caracterizar las dimensiones del nivel de conocimiento del médico ante la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, obteniéndose así que el área cognitiva se encuentra en un nivel bueno en general.

Los resultados obtenidos en donde participaron 40 médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1. Analizado por rango de edad, el mayor porcentaje se obtuvo en un rango de 25-35 años con 18 médicos (45%) (Gráfica 1). De acuerdo a las características sociodemográficas analizadas, se encontró que el sexo femenino fue predominante con 24 participantes (60%) y 16 participantes del sexo masculino (40%) (Gráfica 2). En lo que respecta a los años de antigüedad de los médicos el rubro que predomina fue el de 5 a 10 años trabajando en el instituto con 14 médicos (35%).

El instrumento realizado dentro del marco de la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención. El cual se elaboró con la intención de medir el conocimiento en médicos de primer nivel.

Se realizó un instrumento que consta de 20 ítems el cual se divide en 3 dimensiones las cuales determinan el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento sobre la enfermedad diarreica aguda en niños de dos meses a cinco años.

En las tres dimensiones de manera global nos da un resultado de una frecuencia absoluta del 80%, de tal manera que lo ubica en un buen nivel de conocimiento. Evaluando de forma independiente cada una de las áreas del conocimiento, en la dimensión de medidas de prevención se obtuvo que el 72.5% de los médicos tuvo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un buen nivel de conocimientos, en la dimensión de diagnóstico el 85% de los médicos también obtuvo un buen nivel de conocimiento, lo que contrasta con la última dimensión que es de tratamiento, el 87.5 % de los médicos obtuvieron un mal nivel de conocimiento.

Analizando de forma independiente cada una de las áreas que se tomaron en cuenta, tenemos que en la dimensión sobre medicina preventiva el nivel de conocimiento es bueno con el 72.5% de los médicos; en la dimensión de diagnóstico también se obtiene que el conocimiento es bueno con el 85% de los casos; por último contrasta la dimensión sobre tratamiento en el cual se obtiene un nivel de conocimiento malo con el 87.5% de los casos.

DE LA ROSA (2015). En su trabajo de investigación llegó a la conclusión de que se requiere reforzar los conocimientos de los médicos en formación sobre el manejo efectivo del paciente con diarrea sobre todo en aspectos como, evaluación del estado de hidratación, selección del plan de tratamiento para corregir el estado de hidratación y en el empleo racional de antimicrobianos y el no uso de fármacos antidiarreicos.²

NIVÍN INDIRA (2010). En su artículo “Conocimientos de los pediatras acerca del uso de soluciones de rehidratación oral en niños menores de cinco años con deshidratación por diarrea aguda infecciosa en dos hospitales de emergencias de Lima”. Llegó a la conclusión: Los hallazgos del presente estudio tienen importante repercusión en el ámbito del manejo de un niño con deshidratación por diarrea aguda infecciosa, debiéndose remarcar la necesidad de la renovación y afianzamiento de los conocimientos que contribuyan a un manejo adecuado de estos pacientes.⁴

Este estudio resulta útil porque aporta que en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, los médicos en general tienen un buen conocimiento sobre la guía de práctica clínica ssa-156-08 de prevención,

diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años, sin embargo en la dimisión de tratamiento quedan brechas, con lo que propongo se haga énfasis en realizar técnicas educativas como cursos a distancia, cursos asistenciales, talleres para ponerlas en práctica, esto finalmente repercute en la mejora de la calidad de los servicios en salud.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten responder a los objetivos específicos planteados, se evidencian áreas de oportunidad para la mejora continua en la capacitación del médico, con la finalidad de mejorar el conocimiento del médico sobre enfermedad diarreica aguda.

Como ya dijimos anteriormente resalta las deficiencias en el conocimiento del médico en cuanto a tratamiento, el nivel de conocimiento es bajo en la mayoría de los médicos.

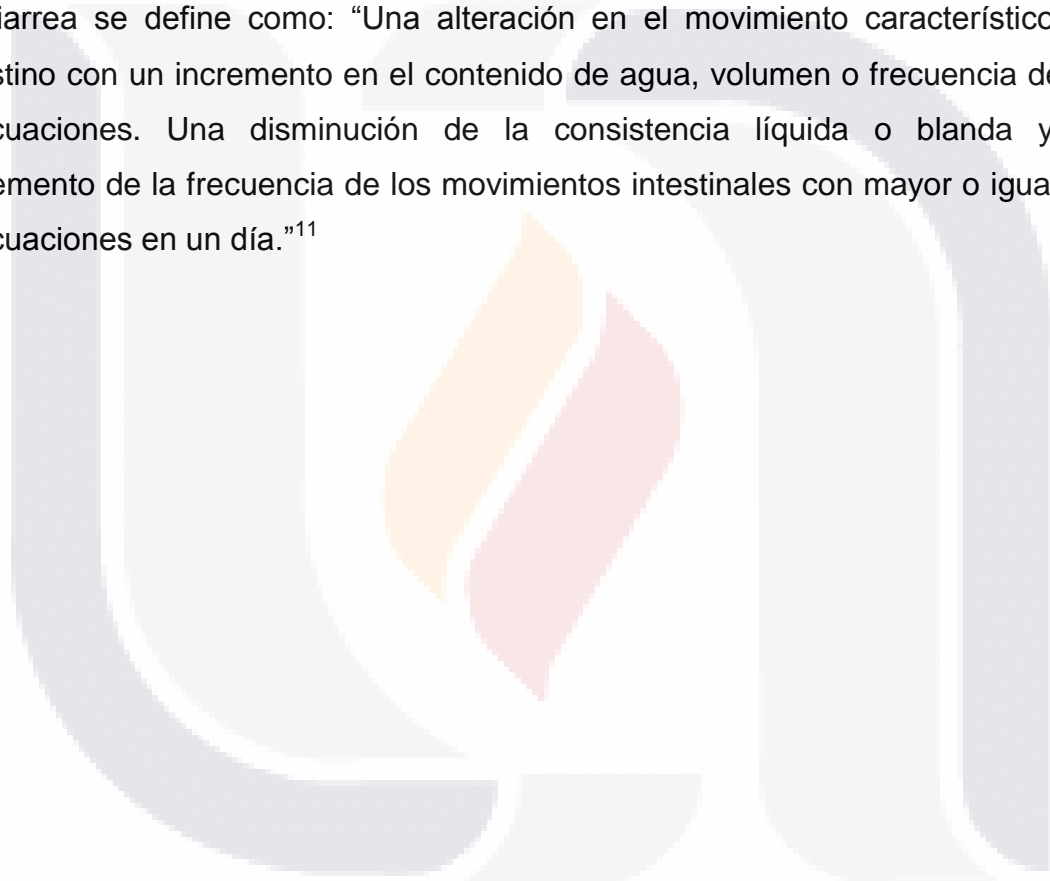
Por tal motivo se necesita el médico muestre interés por mejorar el conocimiento para utilizarlo de manera eficaz y eficiente, permitir un reforzamiento posterior en las áreas de oportunidad identificadas, y que esto se traduzca en aprendizaje significativo y de esta manera reflejarse en una mejor en la atención médica.

Integrando estas mejoras en la actualización del conocimiento de los médicos se podría alcanzar a mediano y largo plazo metas importantes tanto en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, así como en la reducción del costo económico y social producido por esta patología.

GLOSARIO

CONOCIMIENTO: Es un conjunto de datos, hechos y verdades de información almacenada a través de experiencia o de aprendizaje o a través de introspección. Significa la posición de un modelo de la realidad en la mente.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA: Según la Guía de Práctica Clínica, (GPC) la diarrea se define como: “Una alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las evacuaciones. Una disminución de la consistencia líquida o blanda y un incremento de la frecuencia de los movimientos intestinales con mayor o igual a 3 evacuaciones en un día.”¹¹



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Joshi P, Vatsa M. Knowledge, attitude and performance of IMNCI trained nursing personnel: An evaluative survey. *Indian J Pediatr.* 2014;81(5):450–4.
2. Ramos dtmdlr. Evaluación De Conocimientos Sobre El Manejo Efectivo De La Diarrea En Niños ¿Avance O Retroceso? [Internet]. Universidad nacional autónoma de mexico; 2015. p. 22. Available from: file:///C:/Users/User/Desktop/TESIS/articulos tesis luis/tesis unam.pdf
3. Felipe mota hernandez, gerardo rodriguez terán cgc. conocimientos y practicas del manejo efectivo de casos de diarrea [internet]. *bol med hosp infant mex*; 1998. p. 6. Available from: file:///C:/Users/User/Downloads/Bh89-01.pdf
4. Nivín i. conocimientos de los pediatras acerca del uso de soluciones de rehidratación oral en niños menores de cinco años con deshidratación por diarrea aguda infecciosa en dos hospitales de emergencias de lima [internet]. *revista peruana de epidemiología*; 2010. p. 8. Available from: file:///C:/Users/User/Downloads/Pe-ep101-07.pdf
5. Obeso M, Sarabia M, Sarabia JM. Gestionando conocimiento en las organizaciones: Pasado, presente y futuro. [cited 2017 Sep 20];(4):2013–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3926/ic.437>
6. Rosa Reyna Mouriño Pérez, Patricia Espinosa Alarcón LMA. El conocimiento científico , en Factores de Riesgo en la Comunidad I. *Fac Med UNAM.* 1991;23–6.
7. Margarita L, Jiménez C. *edigraphic.com.* 1999;7. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991r.pdf>

8. Durante E, Médica E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. [cited 2017 Sep 20]; Available from: <http://www.saidem.org.ar/docs/Uces2015/Durante. Escalando la piramide de Miller.pdf>

9. Gonzales S C, Bada M C, Rojas G R, Bernaola A G, Chávez B C. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Pediatría Perú – 2011. Rev Gastroenterol [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 19];31(3):258–77. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v31n3/a09v31n3>

10. De Educación F, Pedro B, Rivera B. Universidad nacional mayor de san marcos (decano de américa) niveles de aprendizaje cognitivo programados y evaluados por los docentes de las escuelas académico-profesionales de obstetricia de las universidades del Perú -1997 tesis Para optar el grado de Maestro en Educación con mención en Docencia del Nivel Superior. [cited 2017 Sep 20]; Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Human/Bustios_R_P/t_completo.pdf

11. Sandoval A, Ramos RJ, Ramírez A. 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. Secretaria de Salud de México. 2008. p. 1–89.

12. OMS | Enfermedades diarreicas. WHO [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Sep 13]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

13. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and


Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 18];59(1):132–52. Available from: http://www.espghan.org/fileadmin/user_upload/guidelines_pdf/Guidelines_2404/European_Society_for_Pediatric_Gastroenterology_.26.pdf

14. OMS | Enfermedades diarreicas. WHO [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Sep 18]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
15. Minisalud. Guía de la práctica clínica: para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. 2013. p. 236.
16. Cabrera DA, Maldonado MA, Rojas T, Grajales C. Enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años de edad: aportaciones de los núcleos trazadores de vigilancia epidemiológica 2012-2013. Arch Inv Mat Inf. 2013. p. 118–25.
17. Villar DG, De Sautu BC, Granados A. Acute Gastroenteritis. Pediatr Rev Am Acad Pediatr [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 19];33:487–95. Available from: <http://www.nmhs.net/documents/6DehydrationRefArticle6.pdf>
18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI [Internet]. 2008 [cited 2017 Sep 20]. Available from: <http://www.inegi.org.mx/>
19. Sinave, dge, salud. Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Infecciosas Intestinales. Secr Salud, Subdirección Prevención y Promoción la Salud, Dir Gen Epidemiol [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 20];90. Available from: https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/infecciosas-intestinales_-junio12.pdf

20. Farthing M, Salam M, Lindberg G. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. *Guia Pract la Organ Mund Gastroenterol* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 20];1–26. Available from: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-spanish-2012.pdf>
21. Costa i Pagés, Joan; Polanco Allué, Isabel; Gonzalo de Liria R. Guía de práctica clínica: gastroenteritis aguda del niño. *Guía Práctica Clínica SEGHP-SEIP* [Internet]. 2010 [cited 2017 Sep 20];28. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_464_Gastroenteritis.pdf
22. Riechmann ER, Torres JB, José M, Rodríguez L. Diarrea aguda. *Protocolos de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y la Sociedad Española de Pediatría*. 2009. p. 20.
23. Pediatría AE de. Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años. *An pediatría* [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 20];80(1):1–58. Available from: https://www.elprobiotico.com/continguts/guia_ILA_anales_de_pediatria_2014.pdf
24. Secretaria de salud, Dirección General de Salud Reproductiva, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General Adjunta de Epidemiología, et al. *NORMA Oficial Mexicana NOM* [Internet]. [cited 2017 Sep 20]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
25. Ensanut. *Ensanut 2012* [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. 2012. Available from: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

ANEXOS

**ANEXO A
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>(ADULTOS)</p>						
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>							
Nombre del estudio:	<p>Nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica ssa-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar no. 1.</p>						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags. A de de 2017						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación: Es de importancia realizar un estudio de investigación para determinar el nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica ssa-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar no. 1, lo que demostrará si nuestros médicos familiares tienen un conocimiento adecuado sobre la enfermedad. Con base en los resultados, ver áreas de oportunidad para futuras intervenciones para la mejora de la atención y la prevención de la enfermedad, disminuyendo el impacto epidemiológico y económico.</p> <p>Objetivo: Determinar nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar no. 1.</p>						
Procedimientos:	<p>Se utilizará la técnica de cuestionario auto aplicado como instrumento de evaluación para medir la competencia clínica del médico.</p>						
Posibles riesgos y molestias:	<p>No existen riesgos en la participación en el protocolo de investigación, la molestia es el tiempo invertido para contestar el cuestionario.</p>						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>De manera directa contribuir hacia la identificación del área de oportunidad dentro del conocimiento clínico. De manera indirecta mejorar el conocimiento del médico familiar.</p>						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>El investigador se compromete a proporcionar personalmente los resultados obtenidos personalmente a todo participante que así lo manifieste, de igual manera será presentada como trabajo de tesis.</p>						
Participación o retiro:	<p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.</p>						
Privacidad y confidencialidad:	<p>El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial.</p>						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="298 1715 347 1747"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="435 1724 732 1745">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="298 1755 347 1787"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="435 1764 911 1785">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="298 1797 347 1829"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="435 1806 1024 1827">Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						

Beneficios al término del estudio: Conocer el nivel de conocimiento del medico familiar en lo que respecta a las enfermedades diarreicas en el menor de 5 años.

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

Investigador Responsable: Dra. Hilda Mónica López Cervantes. Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes. Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes, Turno Matutino. Domicilio José María Chávez No. 1202. Colonia Linda Vista. Aguascalientes. Código Postal 20270. Telefono: 01 449 198 7221. E-mail: hildamoni2005@yahoo.com.mx

Colaboradores: Dr. Luis Humberto Madera Pinedo, Adscrito al Hospital General de Zona No. 1, lugar de trabajo la Unidad de Medicina Familiar No. 1, con dirección José María Chávez No. 1202, Colonia Linda Vista, Aguascalientes. Código Postal 20270. Teléfono 3339523004, E-mail lhmp87@hotmail.com

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

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
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

Clave: 2810-009-013

**ANEXO B
INSTRUMENTO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

ESTUDIO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SSA-156-08 DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS DE DOS MESES A CINCO AÑOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1.

Instrucciones: De ante mano se agradece su participación en el presente estudio, recordándoles que la información que aquí proporcione será confidencial y exclusivamente de investigación. Por favor marque con una (x) el espacio correspondiente.

Características Generales:

Codificar

1. ¿Qué edad tiene?

- a) 25 a 35 Años
- b) 36 a 45 Años
- c) 46 a 55 Años
- d) más de 56 Años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. ¿Cuál es su estado civil?:

- a) Soltero (divorciado, viudo)
- b) Casado (unión libre)

4. ¿Cuántos años tiene laborando en la institución?

- a) menos de 5 años
- b) de 5 a 10 años
- c) de 11 a 15 años
- d) más de 15 años

5. ¿Cuál es su horario de trabajo?

- a) Turno Matutino
- b) Turno Vespertino

6. ¿Ha tomado cursos o capacitaciones acerca de la GPC SSA-156-08 de diarrea, en los últimos 2 años?

- a) SI
- b) NO

7. ¿está certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar?

- a) SI
- b) NO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SSA-156-08 DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS DE DOS MESES A CINCO AÑOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1.

INSTRUCCIONES: Posterior a haber leído cuidadosa y detenidamente las preguntas marque la respuesta que usted cree correcta.

ITEMS	ENUNCIADOS	RESPUESTAS	
1	¿La diarrea se define como una alteración en el movimiento característico del intestino con incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de evacuaciones?	SI	NO
2	Fomentar fórmulas lácteas fortificadas ¿se considera como medida de prevención en las enfermedades diarreicas?	SI	NO
3	No vacunar contra rotavirus por riesgo de invaginación intestinal, ¿Es una medida de prevención en las enfermedades diarreicas?	SI	NO
4	La limpieza del hogar y mejorar el sistemas de cloración doméstica, ¿es una medida de prevención en las enfermedades diarreicas?	SI	NO
5	Los virus, principalmente el rotavirus, ¿Son los responsables del 20-30% de los casos?	SI	NO
6	En los niños de dos meses a cinco años, ¿la diarrea se resuelve en un periodo de 5 a 7 días, ocasionalmente persistir hasta 14 días?	SI	NO

7	¿Se considera que la gastroenteritis viral es de corta duración y está asociada a mayor riesgo de vómito y deshidratación?	SI	NO
8	¿Gastroenteritis bacteriana se asocia con dolor abdominal y diarrea sanguinolenta?	SI	NO
9	Niños menores de 1 año, niños con más de 5 evacuaciones y más de 2 vómitos en las últimas 24 hrs, niños que no han tolerado los líquidos suplementarios. Los anteriores ¿Son factores que incrementan el riesgo de deshidratación?	SI	NO
10	La taquicardia, taquipnea, disminución de la turgencia de la piel, ¿Son signos de alarma para progresión a estado de choque hipovolémico? En un niño de dos meses a cinco años con diarrea	SI	NO
11	La neumonía, alergia alimentaria, intolerancia a la lactosa. ¿Son diagnósticos diferenciales de la gastroenteritis en niños?	SI	NO
12	¿Se recomiendan pruebas de laboratorio de manera rutinaria en la diarrea aguda? Por ejemplo electrolitos séricos.	SI	NO
13	La presencia de anuria u oliguria menor de 12 hrs ¿Es indicación para la toma de exámenes de laboratorio?	SI	NO
14	¿Debe considerarse la investigación microbiológica de heces si el niño ha estado recientemente en el extranjero, la diarrea no ha mejorado al 7° día o hay incertidumbre en el diagnóstico de gastroenteritis?	SI	NO
15	¿La fórmula de solución de electrolitos orales adoptada en 2002 por la OMS contiene: glucosa 20, sodio 20, potasio 75, cloruros 25, citrato 80 mmol/L?	SI	NO
16	Los niños con riesgo de deshidratación con diarrea, ¿deben evitar bebidas carbonatadas (refrescos)?	SI	NO
17	De acuerdo con la GPC SSA 156-08, ¿la deshidratación en niños se clasifica como leve, moderada y severa?	SI	NO
18	Prevenir complicaciones, mejorar los síntomas, erradicar el patógeno entérico, ¿Son objetivos de la aplicación de antibióticos en niños con gastroenteritis?	SI	NO
19	En el Plan A de hidratación oral, ¿Se considera que 4 horas es un tiempo recomendado para la rehidratación oral en deshidratación clínicamente no detectable?	SI	NO
20	¿Se considera utilizar medicamentos como metoclopramida, ondasetrón, racecadotril, caolín, para aliviar rápidamente los síntomas de diarrea y vómito?	SI	NO

ANEXO C
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN.
Edad Tiempo de existencia desde el nacimiento en años	25 a 35 años 36 a 45 años 46 a 55 años más de 56 años	1	Cualitativa Nominal
Género Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres	Masculino Femenino	2	Cualitativa Nominal
Estado civil Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos civiles maritales con otra persona.	Soltero (divorciado, viudo) Casado	3	Cualitativa Nominal
Antigüedad. Años de servicio como Médico Familiar dentro de la institución del seguro social (IMSS)	menos de 5 años de 5 a 10 años de 11 a 15 años más de 15 años	4	Cualitativa Nominal
Turno laboral. Es el momento del día en el cual el trabajador debe prestar su servicio prometido	Matutino Vespertino	5	Cualitativa Nominal
Cursos de capacitación sobre la GPC SSA 156 08 Interés en capacitación continua.	SI NO	6	Cualitativa Nominal
Certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.	SI NO	7	Cualitativa Nominal

Mantener certificación vigente			
--------------------------------	--	--	--

OBJETIVO GENERAL	DIMENSION	CONCEPTO	ITEMS	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
<p>“Determinar el nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar no. 1”</p>	<p>CONOCIMIENTO</p> <p>Toda información, concepto o idea que posee el Médico Familiar sobre la enfermedad diarrea aguda en el menor de 5 años.</p>	<p>Acerca de la prevención sobre la enfermedad diarrea aguda en el menor de 5 años</p>	<p>1.- ¿La diarrea se define como una alteración en el movimiento característico del intestino con incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de evacuaciones?</p>	SI	Nominal Dicotómica
			<p>2.- Fomentar fórmulas lácteas fortificadas ¿se considera como medida de prevención en las enfermedades diarreas?</p>	SI	Nominal Dicotómica
			<p>4.- No vacunar contra rotavirus por riesgo de invaginación intestinal, ¿Es una medida de prevención en las enfermedades diarreas?</p>	NO	Nominal Dicotómica
			<p>4.- La limpieza del hogar y mejorar el sistemas de cloración doméstica, ¿es una medida de prevención en las enfermedades diarreas?</p>	SI	Nominal Dicotómica
			<p>5.- Los virus, principalmente el rotavirus, ¿Son los</p>	NO	Nominal Dicotómica

			responsables del 20-30% de los casos?		
--	--	--	---------------------------------------	--	--

OBJETIVO GENERAL	DIMENCION	CONCEPTO	ITEMS	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
<p>“Determinar el nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar no. 1”</p>	<p>CONOCIMIENTO Toda información, concepto o idea que posee el Médico Familiar sobre la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años.</p>	<p>Acerca del diagnóstico sobre la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años</p>	<p>6.- En los niños de dos meses a cinco años, ¿la diarrea se resuelve en un periodo de 5 a 7 días, ocasionalmente persistir hasta 14 días?</p>	SI	Nominal Dicotómica
			<p>7.- ¿Se considera que la gastroenteritis viral es de corta duración y está asociada a mayor riesgo de vómito y deshidratación?</p>	SI	Nominal Dicotómica
			<p>8.- ¿Gastroenteritis bacteriana se asocia con dolor abdominal y diarrea sanguinolenta?</p>	SI	Nominal Dicotómica
			<p>9.- Niños menores de 1 año, niños con más de 5 evacuaciones y más de 2 vómitos en las últimas 24 horas, niños que no han tolerado los líquidos suplementarios. Los anteriores ¿Son factores que incrementan el riesgo de deshidratación?</p>	SI	Nominal Dicotómica

			10.- La taquicardia, taquipnea, disminución de la turgencia de la piel, ¿Son signos de alarma para progresión a estado de choque hipovolémico? En un niño de dos meses a cinco años con diarrea.	SI	Nominal Dicotómica
--	--	--	--	----	--------------------

OBJETIVO GENERAL	DIMENSION	CONCEPTO	ITEMS	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
"Determinar el nivel de conocimiento sobre la guía de práctica clínica SSA-156-08 de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primer y segundo nivel de atención, por parte del médico familiar adscrito a la unidad de	CONOCIMIENTO Toda información, concepto o idea que posee el Médico Familiar sobre la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años.	Acerca del tratamiento sobre la enfermedad diarreica aguda en el menor de 5 años	15.- ¿La fórmula de solución de electrolitos orales adoptada en 2002 por la OMS contiene: glucosa 20, sodio 20, potasio 75, cloruros 25, citrato 80 mmol/L?	NO	Nominal Dicotómica
			16.- Los niños con riesgo de deshidratación con diarrea, ¿deben evitar bebidas carbonatadas (refrescos)?	SI	Nominal Dicotómica
			18.- Prevenir complicaciones, mejorar los síntomas, erradicar el patógeno entérico, ¿Son objetivos de la aplicación de antibióticos en niños con gastroenteritis?	SI	Nominal Dicotómica
			19.- En el Plan	SI	

medicina familiar no. 1”		A de hidratación oral, ¿Se considera que 4 horas es un tiempo recomendado para la rehidratación oral en deshidratación clínicamente no detectable?		Nominal Dicotómica
		20.- ¿Se considera utilizar medicamentos como metoclopramida, ondasetrón, racecadotril, caolín, para aliviar rápidamente los síntomas de diarrea y vómito?	NO	Nominal Dicotómica

**ANEXO D
MANUAL OPERATIVO.**

1.- ¿La diarrea se define como una alteración en el movimiento característico del intestino con incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de evacuaciones?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce la definición de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

- 1. SI. 2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

2.- Fomentar fórmulas lácteas fortificadas ¿se considera como medida de prevención en las enfermedades diarreicas?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce medidas de prevención de diarrea.

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

3.-No vacunar contra rotavirus por riesgo de invaginación intestinal, ¿Es una medida de prevención en las enfermedades diarreicas?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre medidas de prevención de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: NO

4.- La limpieza del hogar y mejorar el sistemas de cloración doméstica, ¿es una medida de prevención en las enfermedades diarreicas?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre medidas de prevención de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

5.- Los virus, principalmente el rotavirus, ¿Son los responsables del 20-30% de los casos?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: NO

6.- En los niños de dos meses a cinco años, ¿la diarrea se resuelve en un periodo de 5 a 7 días, ocasionalmente persistir hasta 14 días?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

7.- ¿Se considera que la gastroenteritis viral es de corta duración y está asociada a mayor riesgo de vómito y deshidratación?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

8.- ¿Gastroenteritis bacteriana se asocia con dolor abdominal y diarrea sanguinolenta?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

9.- Niños menores de 1 año, niños con más de 5 evacuaciones y más de 2 vómitos en las ultimas 24 horas, niños que no han tolerado los líquidos suplementarios. Los anteriores ¿Son factores que incrementan el riesgo de deshidratación?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

10.- La taquicardia, taquipnea, disminución de la turgencia de la piel, ¿Son signos de alarma para progresión a estado de choque hipovolémico? En un niño de dos meses a cinco años con diarrea

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

11.-La neumonía, alergia alimentaria, intolerancia a la lactosa. ¿Son diagnósticos diferenciales de la gastroenteritis en niños?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

12.- ¿Se recomiendan pruebas de laboratorio de manera rutinaria en la diarrea aguda? Por ejemplo electrolitos séricos.

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: NO

13.- La presencia de anuria u oliguria menor de 12 horas ¿Es indicación para la toma de exámenes de laboratorio?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

14.- ¿Debe considerarse la investigación microbiológica de heces si el niño ha estado recientemente en el extranjero, la diarrea no ha mejorado al 7° día o hay incertidumbre en el diagnóstico de gastroenteritis?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre diagnóstico de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

15.- ¿La fórmula de solución de electrolitos orales adoptada en 2002 por la OMS contiene: glucosa 20, sodio 20, potasio 75, cloruros 25, citrato 80 mmol/L?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre tratamiento de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: NO

16.- Los niños con riesgo de deshidratación con diarrea, ¿deben evitar bebidas carbonatadas (refrescos)?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre tratamiento de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

17.- De acuerdo con la GPC SSA 156-08, ¿la deshidratación en niños se clasifica como leve, moderada y severa?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre tratamiento de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI.
2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: NO

18.- Prevenir complicaciones, mejorar los síntomas, erradicar el patógeno entérico, ¿Son objetivos de la aplicación de antibióticos en niños con gastroenteritis?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre tratamiento de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI. 2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

19.- En el Plan A de hidratación oral, ¿Se considera que 4 horas es un tiempo recomendado para la rehidratación oral en deshidratación clínicamente no detectable?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre tratamiento de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI. 2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: SI

20.- ¿Se considera utilizar medicamentos como metoclopramida, ondasetrón, racecadotril, caolín, para aliviar rápidamente los síntomas de diarrea y vómito?

Explicación: con este enunciado se pretende saber si los medico familiares conoce sobre tratamiento de diarrea

Codificación: Se hará dependiendo de la respuesta del entrevistado, que será identificada por una marca en el espacio correspondiente a SI o NO:

1. SI. 2. NO.

Tipo de variable nominal dicotómica Este enunciado es: NO