



BUAP

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TÍTULO:
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF 11
TAPACHULA, CHIAPAS SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL
MANEJO DE LA DIARREA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL TÍTULO DE: ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. KARINA GUADALUPE RUIZ NURICUMBO**

FEBRERO 2018



BUAP

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TÍTULO:
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF 11
TAPACHULA, CHIAPAS SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL
MANEJO DE LA DIARREA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL TÍTULO DE: ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. KARINA GUADALUPE RUIZ NURICUMBO**

**ASESOR METODOLÓGICO:
DR. JULIO CÉSAR BARRIOS AGUILAR**

**ASESOR DE CONTENIDO:
DR. JULIO CÉSAR BARRIOS AGUILAR**

FEBRERO 2018




**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**

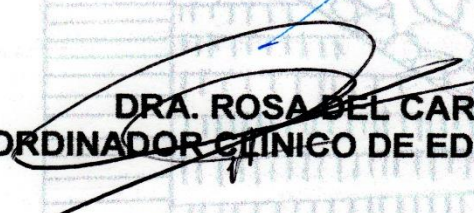


**TÍTULO:
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MEDICOS FAMILIARES DE LA UMF 11
TAPACHULA, CHIAPAS SOBRE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN EL
MANEJO DE LA DIARREA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS**

AUTORIZACIONES:


**DR. JOSÉ MANUEL SUMUANO YMATZU
COORDINADOR DE EDUCACIÓN DE SALUD**


**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**


**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ 1**


**DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 11**


**DRA. ADRIANA PALACIOS SEMPEREISS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF
11**

FEBRERO 2018


IMS
COORDINACIÓN
DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN
EN SALUD
CHIAPAS


IMS
COORDINACIÓN
DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN
EN SALUD
CHIAPAS

COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ 1

COORDINACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE ATENCIÓN
MÉDICA UMF 11
TAPACHULA CHIAPAS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por permitir aun mi existencia, y por acompañarme en todo momento, gracias por poner en mi camino a personas maravillosas en cada pasaje de mi vida.

A MIS PADRES:

A quienes durante mi vida, me han dado el amor y las herramientas necesarias para salir adelante, gracias por la comprensión y apoyo constante.

A MI ESPOSO GIOVANNI:

Por tu paciencia y comprensión, tu bondad y apoyo constante, por tu amor inalcanzable a pesar del sacrificio del tiempo, a pesar de mis malos momentos, por se mi amigo y el amor de mi vida, gracias por estar siempre a mi lado te amo.

A MI NENA MELANNI:

A quien amo tanto y por quien sigo siempre adelante porque tuvo que soportar largas horas sin la compañía de mama y que a pesar de ello aprovechamos hermosos momentos en los que su sola sonrisa me llenaba de ánimo y fuerzas para seguir adelante.

AMIS AMIGAS:

A Sol, Ruth, Angy con quienes viví buenos y malos momentos, por su gran apoyo, por la oportunidad de conocerlas, por su tiempo, y espacio, por los desvelos compartidos. Las voy a extrañar.

A MI ASESOR Y MIS MAESTROS:

Al Dr. Julio César Barrios Aguilar por culminar junto con mis demás, maestros este reto. Gracias.

INDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Justificación.....	15
Planteamiento del Problema.....	16
Objetivos.....	17
Material y Métodos.....	18
Variables.....	21
Cronograma de actividades.....	23
Resultados	24
Discusión.....	33
Conclusión.....	35
Recomendaciones.....	36
Aspectos Éticos.....	37
Referencias bibliográficas.....	38
Anexos.....	42

RESUMEN

Título. Nivel de conocimientos de Médicos Familiares de la UMF 11 Tapachula, Chiapas sobre la Guía de Práctica Clínica en el manejo de la diarrea aguda en menores de 5 años.

Introducción. Las infecciones diarreicas son la segunda causa de muerte en menores de 5 años las cuales son enfermedades prevenibles y tratables, y matan a 760,000 niños cada año. Es por ello que se implementan Guías de Práctica Clínica (GPC) estratégicas en cada país, para mejorar la atención de los niños con enfermedades diarreicas, en el primer nivel de atención.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimientos de médicos familiares y residentes de la UMF 11 Tapachula sobre el manejo de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años.

Métodos: Estudio transversal, observacional y prospectivo, realizado en la UMF 11 de Tapachula Chiapas, de julio a diciembre de 2016, a médicos residentes y médicos familiares. Mediante un cuestionario como instrumento evaluativo se analizaron los principales aspectos sobre el manejo de las diarreas. Variables: edad, sexo, antigüedad laboral, categoría profesional.

Resultados. De 47 encuestas realizadas, 34 fueron médicos residentes de medicina familiar y 13 médicos familiares de la consulta externa de la UMF 11. 13 residentes de primer año obtuvieron un promedio de conocimiento general de 39% calificado como Malo, segundo año con igual promedio y calificación y de tercer año obtuvieron un porcentaje de calificación de 44% como Regular. Se obtuvo mayor porcentaje de conocimiento específico en residentes que en médicos familiares al evaluar el manejo clínico.

Palabras Clave: Nivel de conocimientos, médicos familiares, diarreas en niños.

INTRODUCCION

En el mundo diferentes organizaciones de carácter nacional e internacional en respuesta a grandes retos se ha generado muchas iniciativas de tipo educativas para la formación y el apoyo continuo de recursos humanos y así contribuir a la vez a seguir con una mejor investigación. En el ámbito de la salud se han desarrollado programas de mejora en la educación médica añadido muchas más actividades que contribuyen a un mejor desempeño en la atención médica continua. Es por ello que a nivel mundial se impulsa a todas las instituciones de salud a crear sus propios métodos de enseñanza-aprendizaje para lograr su propia competitividad y mejora de atención de la salud.¹

En México la educación médica se ha convertido desde hace algunas décadas en una tarea compartida entre las instituciones de educación superior y las instituciones prestadoras de servicios de salud, las instituciones de salud tienen un papel importante en la formación del médico a nivel licenciatura, especialistas y a la motivación de aprendizaje en médicos y personal de salud del hospital con mayor antigüedad. Actualmente se carece de proyectos o estrategias adecuadas para la medición de la cantidad y la calidad de capacitación que un médico general, especialista u otro personal de salud debe de cubrir ya sea en el sector privado o público.¹

La investigación en educación médica ha tenido un impacto educacional limitado ya que no cuenta con sus propias teorías ni dispone de metodologías propias. Existe un Comité Central del Instituto Internacional para la Educación Médica (CCIIEM) que agrupa ciertos requisitos esenciales sobre las competencias educacionales que un médico u otro personal de salud en la actualidad debe tener, entre ellos son las habilidades clínicas, fundamento científico, actitudes y valores profesionales y salud poblacional que giran en torno al pensamiento crítico personal, la administración de la información y las habilidades de comunicación. ¹

Se han descrito diferentes factores que provocan una problemática en la implantación y aprovechamiento de los diferentes tipos de enseñanza clínica, primero, el diseño de nuevos programas a base de copias de modelos ya hechos modificándolos o simplemente improvisando el contenido, segundo se centra en una carente y necesaria formación pedagógica del personal docente tanto en instituciones de educación como en instituciones de salud privadas o públicas.¹

Añadido a ello se presenta el inevitable surgimiento y crecimiento a la vez de nuevas tecnologías que emplean sofisticados medios audiovisuales y de informática, a lo anterior estos cambios provocados por el advenimiento de la tecnología y en cuanto al acceso y uso de la información y su aplicación en los sistemas de salud han modificado significativamente la relación médico paciente. Viendo este creciente acceso a recursos de información por los propios pacientes, les otorga una postura más crítica en cuanto a las decisiones médicas tomadas, exigiendo así con celo su derecho a recibir una mejor calidad de atención.¹

En este contexto es por ello que la actuación médica en diversas situaciones clínicas está claramente establecido mediante estudios de diseño correcto y extensión suficiente lo que permite que se establezca una recomendación formal y sencilla que se basan principalmente en recomendaciones y evidencias clínicas metodológicas, así como en criterios establecidos para buen uso de la práctica clínica, conocido también como medicina basada en evidencia.

Resulta por esto evidente la creación de Guías de Práctica Clínica que actualmente es una necesidad ante la actuación médica para sintetizar el estado del conocimiento científico y establecer así una mejor relación y equilibrio entre los riesgos y los beneficios sobre en tratamiento de las patologías para cada paciente.¹

La enseñanza de la medicina basada en la evidencia puede plantearse en el medio hospitalario como el aprendizaje de un conjunto de técnicas y métodos de aplicación clínica que resuelven muchos problemas clínicos de importancia.²

El complemento ideal a la enseñanza de estas evidencias son las sesiones clínicas centradas en la resolución de problemas, así como la preparación de comunicaciones y ponencias que exigen un buen trabajo justificándolos bibliográficamente y también en el uso de guías de práctica clínica en el desempeño diario.²

Las sesiones clínicas son aquellas que se plantean y formulan como un foro donde se presenta un caso clínico u otro tema de salud de importancia en la actualidad, que bien puede estar abierto o cerrado para discusión permitiendo el intercambio de conocimientos y su aplicación posterior para la resolución del problema clínico planteado. Estas deben de dar a conocer en resumen la importancia del tema, captar la información esencial que se pretende dar a conocer o enseñar.²

No existe demasiada información sobre la realización de investigaciones en beneficio de la educación continua en salud, la mayoría se centran en aplicación de intervenciones de probada efectividad en problemas clínicos específicos, que en los últimos años estos han cambiado de nombre, partiendo desde “auditorias médicas y clínicas”, “efectividad clínica”, hasta “gestión clínica” todas con la misma finalidad: mejorar la calidad de la atención de los pacientes.^{2, 3}

Se ha hablado sobre los médicos residentes en su papel de educadores, se observa que en la residencia ellos mismos actúan como responsables de la enseñanza en una proporción elevada. Los residentes avanzados enseñan a los que inician este periodo. Existe desde siempre una motivación de participar en la enseñanza de la medicina y se ha observado que la mejor manera de aprender es comprometerse a enseñar, ya que dedicarse a enseñar es asegurarse aprender medicina.⁴

Se han mencionado diferentes métodos de enseñanza, sin embargo interesa saber el uso y adecuada aplicación de la enseñanza a base de ponencias en sesiones clínicas, estas son muy valoradas en la atención primaria y se realizan más frecuentemente en centros docentes. Se han identificado diversos tipos sin que ningún modelo se haya destacado por su popularidad o eficacia.⁵

Diversos ensayos aleatorios de calidad muestran que las tradicionales ponencias aplicadas en los institutos de salud para la formación continua de su personal son

incapaces de modificar el rendimiento clínico o de mejorar el pronóstico de los pacientes, ya que como en todos los casos se observa el aprendizaje del médico ponente a base de la memorización de su tema sin poder realmente aplicarlos en su día a día en la práctica médica.⁵

Se trata pues de encontrar una sistemática de formación continua en equipo que conjugue eficacia, diversión en la medida de lo posible, y mínima sobrecarga, de los cuales ya se cuentan con evidencias significativas. Se ha valorado el aprendizaje basado en problemas contra el aprendizaje basado en temas, en la enseñanza basada en temas se asume que el nivel de conocimiento adquirido es mínimo en ese tema y se presenta la información que el docente considera únicamente lo más importante, en cambio en el aprendizaje basado en problemas es uno mismo quien decide que es lo que necesita saber.⁵

Así como la enseñanza que está basada en temas primordiales actuales consta fundamentalmente de una buena exposición por parte del ponente, así también, se requiere de la identificación de cuestiones relevantes sobre la búsqueda de información del tema a dar para posteriormente hacer una reflexión sobre la repercusión que esto pueda generar al no lograr el objetivo deseado. Por otro lado veremos reflejado si después de que el personal de salud obtiene una confortable actualización del tema en sesión logra el objetivo de incluir en su vida de práctica diaria el uso de las guías basadas en evidencias.⁶

Existe amplio consenso acerca de los beneficios devenidos de la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) en la atención de pacientes. Las GPC homogeneizan y disminuyen la variabilidad injustificada en las pautas de atención al difundir avances científicos basados en evidencia objetiva. Según las encuestas que se realizaron en ese estudio específicamente a 12 cardiólogos de países de habla hispana se interrogó acerca del uso o no de las GPC para la actividad habitual, que tipo de guía utilizaba (las de su país, extranjeras o ambas) y las posibles objeciones que encontraban respecto a ellas.⁶

Se obtuvieron respuestas de cardiólogos de Argentina, Bolivia, Colombia, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela de los cuales el 75.8% refirieron usaron guías

locales y extranjeras mientras que el resto 24.2% solo recurría a guías locales de su país. Así también, en un estudio realizado por Grimshaw y colaboradores se evaluaron los resultados de la implementación de guías de práctica clínica sobre la atención a pacientes verificándose que, de 59 estudios realizados, 55 refirieron mejoras en la calidad de los cuidados médicos.^{6,7}

Desde la instalación del paradigma de la medicina basada en la evidencia, cada vez más países han adoptado las GPC como parte de una estrategia para optimizar la atención médica. Esta tendencia mundial se ha observado también en América Latina, donde la producción de GPC locales se ha incrementado en los últimos años. No obstante, la traslación de la evidencia del beneficio clínico contenida en las GPC a la práctica ha sido motivo de controversias y esta transferencia se encuentra por debajo de lo esperado.⁸

Actualmente uno de los problemas actuales en la salud son las infecciones diarreicas ya que de acuerdo a una nota descriptiva de la OMS del 2013 menciona son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de 5 años, las cuales son enfermedades prevenibles y tratables, siendo aun así matan a 760,000 niños menores de 5 años cada año. A nivel mundial se producen unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año y es una de las principales causas de malnutrición de niños.⁹

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). La diarrea de acuerdo a la OMS se define como la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. Como ya se sabe suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo ocasionada por virus, bacterias o parásitos.^{9, 10}

La diarrea es la primera causa de deshidratación en el mundo con mil millones de episodios anuales. El 1995, la tasa global de mortalidad fue de 43.7 por 100,000 habitantes en menores de 5 años, en el año 2000 fue de 30.4 y en 2005 de 21.6,

los estados con más alta mortalidad en ese año fue Chiapas con 85.6 por 100,000 habitantes, Oaxaca con 61.4 y Guerrero con 49.4. En 2008 ocurrieron un total de 3159 muertes por diarrea, 1097 se registraron en menores de 5 años, 671 correspondieron a menores de 1 año. La entidad federativa con más casos de muertes ese año fue el Estado de México con 188, Chiapas con 142 y Puebla con 94.¹¹

La OMS promovió un programa de control especial y centrado fundamentalmente en implementar la solución de rehidratación oral (SRO) a nivel comunitario y en el entrenamiento de personal de salud, esto dio como resultados que los índices de mortalidad asociados a las gastroenteritis agudas descendieran en todo el mundo en un 75% entre 1980 y 2008 pero aun así siguen siendo muy elevados y esto se sigue manteniendo.¹²

A pesar de que ha habido avances con la mejoría de la rehidratación oral en el tratamiento, existen otros aspectos clínicos de esta enfermedad que necesitan también ponerse como prioritarios.¹² Como se menciona en la guía de práctica clínica de la enfermedad diarreica en niños en Colombia, así también en México se debe incluir a 3 grupos de niños con el objetivo de disponer de la mejor evidencia en cuanto a efectividad, costo-efectividad, seguridad y factibilidad con el fin de disminuir la brecha entre el conocimiento y la atención médica diaria: aquellos niños con cuadro clínico.¹³

Estos grupos deben incluir a: 1) aquellos niños con cuadro clínico de enfermedad diarreica aguda menores de 5 años susceptibles de ser tratados y vigilados en el hogar, 2) aquellos que son llevados a la consulta externa ambulatoriamente y a los servicios de urgencias y 3) niños con episodios de vomito de presunta causa infecciosa gastrointestinal que se encuentran en el hogar o son llevados a la consulta externa ambulatoria. ¹³

La Organización Mundial de la Salud define a la enfermedad diarreica aguda como la presencia de 3 o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días, así también se menciona que puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero sin embargo los niños menores

de 5 años son los más susceptibles a infecciones gastrointestinales, así como a presentar sepsis, y muerte por deshidratación.¹³

La diarrea refleja un aumento en la pérdida, a través de las heces, de sus principales componentes: agua y electrolitos. El término agudo viene dado de ser un proceso auto limitado que dura menos de 2 semanas, claramente se tiene que tener en cuenta la edad del niño por la frecuencia de las deposiciones ya que en niños menores de 3 meses el ritmo intestinal puede cambiar con el tipo de alimentación habitual.¹⁴

En nuestro medio la principal causa de las enfermedades diarreicas son las virales, aunque también pudiendo ser agentes bacterianos predominantes en ciertas épocas del año, los parásitos también ocasionan cuadros diarreicos, pero en forma más infrecuente. El virus Norwalk descubierto en 1972 fue el primer virus identificado como la principal causa de diarreas en humanos de estos, se definieron 4 grandes categorías: rotavirus, astrovirus, adenovirus entéricos y calicivirus humanos.¹⁴

El rotavirus constituye el principal agente etiológico de diarreas en la infancia, es una enfermedad más grave e infectan prácticamente a menores de 4 años, especialmente en niños de 6 a 24 meses, además de ser una de las causas principales de diarreas nosocomiales.¹⁴ En cuanto a infecciones por bacterias los predominantes son *Salmonella* spp, y *Campylobacter* spp, seguido de *Shigella* spp, *Aeromonas* spp y *Yersinia* spp, aunque también se ha identificado a la *E. Coli*, como se menciona en un estudio en este año en Venezuela que el 82.9% de niños estudiados por cepas fue positivo para esta bacteria y principalmente en niños entre los 0 y los 2 años.¹⁵

Campylobacter spp y *salmonella* spp son también de mayor incidencia a nivel mundial y regional, ya que sus principales fuentes de infección son el agua y los alimentos contaminados y frecuentemente está relacionado infección por ingesta de alimentos contaminados. Son una de las zoonosis emergentes de mayor expansión.

Estas infecciones pueden ser controladas mejorando el medio ambiente como accesibilidad al agua potable, manejo correcto de excretas con medidas higiénicas y de educación. ¹⁶

En cambio, las de tipo viral no están asociadas a este tipo de factores por ello se destaca que las vacunas son la manera idónea de adquirir una memoria inmunológica con el mismo fin que es la prevención. Como se observó en un estudio realizado por Netejane y col en 2015, aquellos pacientes que presentaron grado de deshidratación moderada a superior fueron aquellos que no estaban vacunados, y los casos que recibieron vacuna anti rotavirus y que desarrollaron la infección presentaron deshidratación leve a moderada, por lo que se refuerza la importancia de la vacunación frente a rotavirus. ^{17,17}

Como se demuestra también en un estudio realizado en 2014 de 70 casos descritos con infecciones por rotavirus 40 de los niños tuvieron deshidratación de forma moderada 24 de forma leve y 6 de forma severa. ¹⁸

Otras causas de diarreas son, como ya se mencionó, las de tipo parasitarias, que también son parte de un gran porcentaje de causa de diarreas, ya que se estima que 300 millones de personas a nivel mundial sufren de morbilidad severa asociada a estos agentes, a pesar de que muchas personas pueden albergar helmintos y protozoos intestinales de modo asintomático. Es muy elevada la prevalencia de estas causas de diarreas ya que la parasitosis se asocia a múltiples factores influyentes. ¹⁹

Estos factores son la mala infraestructura sanitaria, la pobre situación socioeconómica, a los escasos o inadecuados, cuidados personales y médicos, hacinamiento y promiscuidad, factores inmunológicos propios del huésped, así como a la ausencia de suministro seguro de agua potable mayormente en poblaciones marginadas. ¹⁹

Las diarreas por parasitosis intestinales se definen como una infección gastrointestinal causada por protozoarios o helmintos que afectan al ser humano independientemente de la edad y de la capacidad inmunológica, así también como de la condición social y económica en el que vive. Las infecciones parasitarias ocasionan diarreas acuosas o sanguinolentas así como fiebre y dolor abdominal constante. Como se mencionó anteriormente la infección viene causada por la ingesta de agua o alimentos contaminados transmitidos como trofozoítos o quística, siendo esta la que infecta finalmente al hombre.²⁰

Estadísticas epidemiológicas a nivel mundial (OMS y UNICEF) señalan que todas las semanas mueren unas 42.000 personas a causa de enfermedades relacionadas con la escasa calidad del agua potable y la falta de saneamiento, reportándose que más del 90% de las personas afectadas son niños menores de cinco años.²⁰

De los parásitos más frecuentemente encontrados como causantes e diarreas agudas mayormente en niños menores de 4 años, adolescentes y adultos la Giardia Duodenalis es el protozooario flagelado intestinal principalmente diagnosticado, presentándose en dos formas endémica, particularmente en comunidades rurales y, epidémica presentando brotes en comunidades cerradas como los orfanatos o sitios de reclusión, y en aquellas personas que visitan zonas endémicas, es así como la Giardiasis es responsable de un 2-3% de todas las diarreas del viajero.²¹

Los síntomas de las Giardiasis pueden ser muy variables, la mayoría de ellos es asintomática mientras que algunos pueden presentar dolor abdominal, nauseas, vómitos y diarrea acuosa y en muchos de ellos la resolución del cuadro es espontanea, y una infección crónica se puede manifestar como diarreas persistentes o con episodios recurrentes, para esto se requiere ingerir una dosis infectante de quistes de guardia el cual es de 1 a 10, y de cada uno de ellos se produce 2 trofozoítos los cuales colonizan el duodeno o yeyuno, se fijan a la mucosa

y si las condiciones son adversas se enquistan nuevamente y se excretan con las heces.²¹

También la malnutrición calórica podría aumentar la gravedad de las giardiasis por la disminución de producción de enterocitos en las microvellosidades intestinales. En México durante el periodo 2006-2012 disminuyó significativamente y estadísticamente el número de episodios de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, siendo también significativa para el nivel socioeconómico más bajo, y la proporción fue muy variable, disminuyendo la brecha entre la entidad con mayor y menor proporción de episodios tanto en área urbana como en la rural.²²

De acuerdo a estudios realizados en 2013 por el Instituto Nacional de Salud Pública el principal signo de alarma identificado por los padres fueron las evacuaciones frecuentes, el cual solamente el 41.9% de los padres refirieron administrar suero oral a los niños en el momento del cuadro agudo de diarrea.²²

En relación con la cantidad de alimentos administrados a los niños durante las evacuaciones diarreicas el 33.0% refirió brindar menos cantidad de alimentación habitual a los niños, siendo más frecuente en niños menores de 2 años y observándose más en madres menores de 20 años.²²

A pesar de que se ha reducido significativamente año con año la mortalidad infantil en los países con ingresos bajos y medios, siguen muriendo más de 10 millones de niños menores de 5 años cada año y casi todos por causas prevenibles, uno de ellos claramente mencionado es la diarrea.²²

Se han propuesto e identificado intervenciones eficaces que evitan los fallecimientos de niños en lugares con altas tasas de mortalidad y sistemas de salud poco estructurados. Sin embargo a pesar de esto México es uno de esos siete

países en los que se ha registrado una reducción marcada de mortalidad en menores de cinco años y, en consecuencia, se considera que está en la dirección correcta hacia planes de mejora. ²³

Ante este panorama de mejora se debe de tomar en cuenta de forma prioritaria las medidas para enfrentar la enfermedad diarreica basadas en las policías sanitarias, que expresan la manera en que el estado intenta dar una solución a los problemas tanto de salud como de enfermedad incluyendo aquellas que se relacionan con las clases sociales dentro de un determinado sistema político. A pesar de todo esto durante más de 40 años en México los efectos no han sido esperados, por eso se ha mencionado en estudios anteriores de 2013 que se debe reforzar las prácticas adecuadas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas. ²⁴

Sumando a todo esto hay serios problemas de aumento en la incidencia de cuadros agudos de diarreas en zonas rurales y urbanas marginales donde aún sigue siendo alta, a pesar de que se han reforzado las campañas en el correcto manejo del agua para el consumo humano, todas emitidas por la Secretaria de Salud. ²⁴

De acuerdo a la problemática ya planteada y viendo que las diarreas agudas en niños es una de las principales patologías prioritarias que requieren seguimiento en su prevención, diagnóstico y tratamiento. ²⁵

Es por ello que se realiza la guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños Menores de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención, realizada de acuerdo a las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. ²⁵

La finalidad de la guía es orientar a la mejor toma de decisiones basadas en evidencias y recomendaciones el cual está disponible tanto para el personal de primer como de segundo nivel de atención. Estas recomendaciones son producto del análisis de muchas guías internacionales las cuales fueron seleccionadas de

manera sistemática en cuanto a su literatura. Esta información que se encuentra disponible en la guía fueron organizados según criterios relacionados con las características cuantitativas y cualitativas. ²⁵

Los objetivos de esta guía se plantean en establecer criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de 5 años, la promoción del buen uso racional de los estudios de laboratorios y de gabinete, el fomentar el uso de hidratación oral a base de electrolitos orales como la parte principal o primordial en el tratamiento y así disminuir tanto la incidencia y las complicaciones como lo es la deshidratación. ²⁵

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años la búsqueda de información sobre métodos diagnósticos y terapéuticos por parte del personal de salud se ha incrementado rápidamente debido al avance de la tecnología. Por ello que se han creado las Guías de Práctica Clínica para tener una actitud de confianza en la consulta de su información. Es de interés general conocer como el uso de las guías de práctica clínica de diferentes enfermedades aportan soluciones diarias a los retos por los cuales los médicos y demás personal de salud se enfrentan diario, esto con el fin de proporcionar un mejor manejo y calidad de atención.

Es por tanto que las Guías de Práctica Clínica sirven como un enlace de información que además de apoyar al personal de salud a la buena praxis de su profesión, facilita la defensa jurídica en caso de reclamación por parte de los pacientes de una mala atención médica. Las instituciones de salud tienen un nivel importante dentro de la capacitación médica continua, para el uso y conocimiento de estas guías. Actualmente en México se sabe que en la mayoría de los hospitales se dan sesiones clínicas sobre diferentes temas de salud, y sobretodo basadas en la aplicación de guías de práctica clínica, sin embargo, no hay suficiente información que justifique y compruebe o en su mínima opción se evalúe el nivel de conocimientos adquiridos.

Por ello se pretende dar a conocer que nivel de conocimientos tienen los médicos familiares de base y 08, así como de médicos residentes de medicina familiar específicamente sobre la GPC de diarreas en niños, ya que las enfermedades diarreicas de acuerdo a la OMS es la segunda causa de muerte por infecciones agudas en menores de 5 años y ocasiona la muerte de 760,000 millones de niños cada año, y Chiapas es uno de los 3 primeros estados que se encuentran en primer lugar a nivel nacional en tener casos y muertes por deshidratación, siendo que es una enfermedad prevenible es por eso que se debe de tener conocimiento del manejo de estas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades diarreicas agudas en niños son actualmente una de las enfermedades más frecuentes que demandan atención continua diaria. Es por ello que el personal de salud debe conocer el manejo desde que el paciente pediátrico ingresa a la consulta hasta su internamiento a urgencias y egreso hospitalario, saber realizar una buena exploración y así determinar el tratamiento adecuado general, para ello se requiere no solamente de los recursos físicos como buenos instrumentos médicos de revisión, buenos estudios de laboratorios así como contar con ellos, rayos x, o material curación, sino que además es de vital importancia conocer el manejo de las enfermedades diarreicas agudas en niños para poder tener una mejor praxis de la atención brindada. Es por eso que se debe garantizar el buen manejo de estas enfermedades mediante buenos métodos de capacitación y de sesiones de actualización de los temas en las áreas de salud al personal.

Con el presente estudio se evaluará el nivel de conocimiento de los médicos familiares, de base y categoría 08, tanto turno matutino como vespertino, así como a los residentes de medicina familiar de primero, segundo y tercer grado de la UMF No. 11 IMSS de Tapachula, Chiapas, sobre el manejo de las enfermedades diarreicas agudas en niños de acuerdo a la GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primero y segundo nivel de atención.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar el Nivel de conocimientos de médicos de la UMF 11 Tapachula sobre 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.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar el nivel de conocimientos sobre la guía de práctica clínica de enfermedades diarreicas en niños en médicos familiares, de base y categoría 08 de la UMF 11.
- Investigar el nivel de conocimientos sobre la guía de práctica clínica de enfermedades diarreicas en niños en médicos residentes de medicina familiar.
- Investigar y examinar el nivel de conocimientos sobre la guía de práctica clínica de enfermedades diarreicas en niños en médicos familiares, así como 08, entre los turnos matutino y vespertino.

MATERIAL Y METODOS

- **Diseño de estudio**

Descriptivo, transversal, observacional y prospectivo

- **Población de estudio**

Médicos Adscritos a la Consulta externa turno matutino y vespertino, y Residentes de la especialidad de medicina familiar de primero, segundo y tercer año.

- **Periodo de Estudio**

Julio-Diciembre 2016

- **Lugar**

UMF 11 IMSS “Dr. Ignacio García Téllez”. Tapachula Chiapas.

- **Tamaño de la muestra**

Se incluyó una muestra no probabilística, selección a conveniencia constituida por médicos familiares y médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar, que equivale al 100% a quienes se les realizó una encuesta para valorar conocimientos.

- **Instrumento de recolección de datos:**

Se confeccionó una encuesta como instrumento evaluativo del nivel de conocimiento siendo revisado y validado por 5 diferentes médicos especialistas: 3 médicos pediatras 1 médico adscrito a urgencias pediatría, y 1 médico gastroenterólogo. Con un total de 10 preguntas cada pregunta con un valor de 10% haciendo un total de 100%. Evaluando los siguientes aspectos: Definición, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del tema tratado.

Análisis estadístico: la información se concentró en una base de datos en el paquete Microsoft Excel 2013 para evaluación del porcentaje.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. Criterios de Inclusión:

Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS, Chiapas categoría de base y 08 turno matutino y vespertino y médicos residentes de Medicina Familiar primero, segundo y tercer año, de la misma unidad, que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado, de cualquier antigüedad laboral, ambos sexos, sin preferencia de edad.

2. Criterios de Exclusión:

Aquellos médicos que no deseen participar en el estudio o personal que no esté en el momento de la aplicación de la encuesta, ya sea por periodo vacacional, incapacidad o licencia y aquellos que no contesten completa y adecuadamente la encuesta.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos:

Investigador Responsable:

Ruiz Nuricumbo Karina Guadalupe

Asesor de Investigación:

Dr. Julio Cesar Barrios Aguilar

Recursos Materiales:

1. Formato de Encuestas en fotocopias
2. Bolígrafos 1 caja
3. Lap top

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES:

Nivel de conocimiento de la Guía de Práctica sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de 2 meses a 5 años.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Antigüedad
- Diarrea
- Deshidratación
- Tratamiento

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Conocimientos del manejo de las enfermedades diarreicas agudas	Cualitativa	Administración de líquidos para tratar la deshidratación, mediante el USO DE SALES DE REHIDRATACION ORAL (SRO).	Administración de líquidos para tratar la deshidratación mediante el uso de Vida Suero Oral	Nominal	Bueno: 80-100% Regular:40-70% Malo:30-10%
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Número de años vividos hasta el momento del registro	Discreta	Años cumplidos
Antigüedad laboral	Cuantitativa	Duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador en una empresa o institución.	Años laborando en una empresa o institución.	Nominal	Menos de 5 años De 5-15 años De 15 a 20 años Más de 20 años
Diarrea	Cualitativa	Deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.	Al momento del estudio	Nominal	Encuesta
Deshidratación	Cualitativa	Estado clínico consecutivo a la pérdida de agua y solutos en el organismo.	Al momento del estudio	Nominal	Encuesta
Tratamiento	Cualitativa	Conjunto de medios médicos, quirúrgicos, farmacológicos, etc. Con los que se pretende curar una enfermedad.	Al momento del estudio	Nominal	Encuesta

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Título: **NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MEDICOS FAMILIARES DE LA UMF 11 TAPACHULA, CHIAPAS SOBRE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN EL MANEJO DE LA DIARREA AGUA EN MENORES DE 5 AÑOS**

ACTIVIDADES	oct-15	nov-15	dic-15	ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	jun-16	jul-16	ago-16	sep-16	oct-16	nov-16	dic-16	ene-17	feb-17
Definir tema de Investigación																	
Selección y revisión de bibliografía																	
Aprobación de tema de investigación																	
Elaboración de protocolo																	
Revisión por asesores																	
Registro ante el comité de investigación, aprobación del protocolo.																	
Aplicación de instrumentos de datos																	
Captura de información																	
Análisis y escritura de resultados																	
Presentación de reporte final																	

RESULTADOS:

Se realizaron un total de 47 encuestas, realizados de la siguiente manera: 34 a médicos residentes de medicina familiar, y 13 a médicos familiares adscritos a la consulta externa de la UMF 11.

Del total de Médicos Familiares evaluados, 6 fueron del turno matutino con una edad media de 42.8 ± 7.6 , 3 fueron femeninos y 3 masculinos, de los cuales el 100% de categoría de base. Se obtuvo un promedio de antigüedad de 17.3 años con una desviación estándar de ± 6.8 años, distribuidos y comparados por grupos en la tabla 1.

TURNO	MENOS DE 5 AÑOS	DE 5 A 15 AÑOS	DE 15 A 20 AÑOS	MAS DE 20 AÑOS	TOTAL DE MEDICOS
MATUTINO	0	1	2	3	6
VESPERTINO	1	4	1	1	7

Tabla 1.

De los 7 Médicos Familiares pertenecientes al turno vespertino, la edad promedio fue de 42.4 ± 8.2 , de los cuales 5 fueron masculinos y 2 femeninos, de estos 5 de categoría de base y 2 como régimen 08. Se obtuvo un promedio de antigüedad de 11.5 años con una desviación estándar de ± 6.3 años.

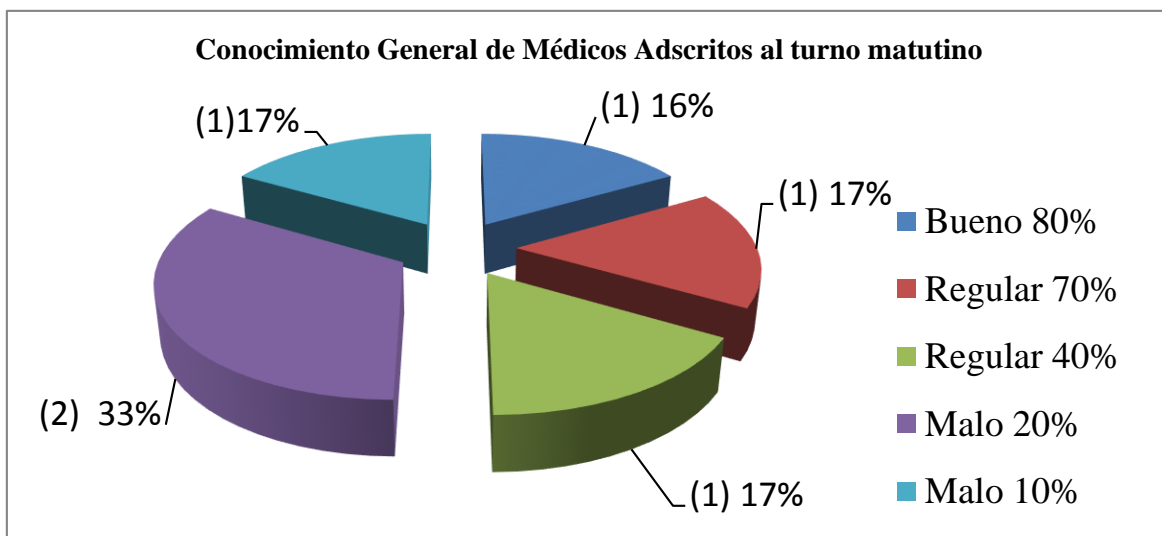
Fueron evaluados un total de 34 residentes de medicina familiar, de los cuales 13 fueron de primer año, 14 de segundo año y 7 de tercer año, sin comparación de turno por actividades académicas y de guardias establecidas.

De los 13 residentes de primer año (R1), se obtuvo una edad promedio de 32.2 ± 3.2 años, de estos 8 del sexo femenino y 5 masculinos. Los residentes de segundo año (R2) fueron en total 14 con un promedio de edad de 31.7 ± 2.9 años, 8 del sexo femenino y 6 masculinos.

De los residentes de tercer año (R3), 7 en total, se obtuvo una edad media de 32 ± 2.5 años, de los cuales 5 del sexo femenino y 2 masculinos. Del 100% de residentes de los 3 años, el 61,7% fue femenino y el 38.2% masculino.

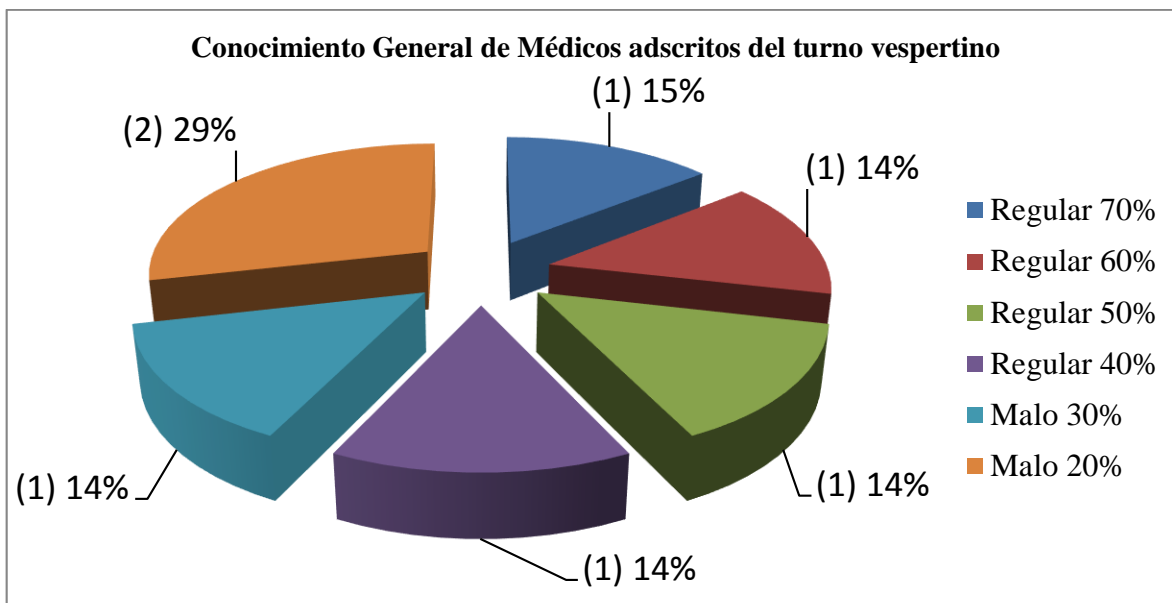
Analizando las calificaciones obtenidas y al evaluar el conocimiento general, del total de Médicos Familiares estudiados, 6 del turno matutino obtuvo la calificación de 40% correspondiente a resultado de regular y los 7 médicos del turno vespertino obtuvieron 41% de calificación siendo también regular.

Evaluando el conocimiento general de Médicos Familiares adscritos al turno matutino de forma específica del total de 6 médicos, 1 (16%) obtuvo calificación de Bueno con 80% de calificación, 1 (17%) regular con 70%, 1 (17%) regular con 40%, 2 (33%) malo con 20%, y 1 (17%) con calificación de malo 10%. Gráfica 1.



Gráfica 1.

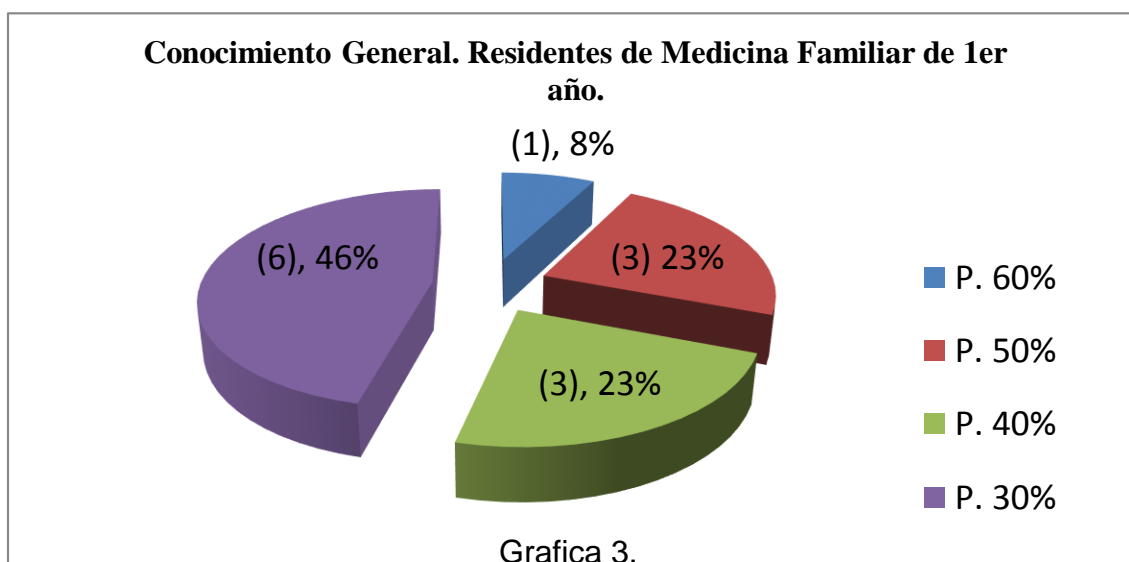
Evaluando el conocimiento general Del total de 7 médicos evaluados específicamente del turno vespertino: 2 médicos (29%) y 1 (14%) obtuvieron calificación de malo con 20 y 30% respectivamente, y 4 obtuvieron la calificación de regular, con 70%, 60%, 50%, y 40%. Gráfica 2.



Gráfica 2.

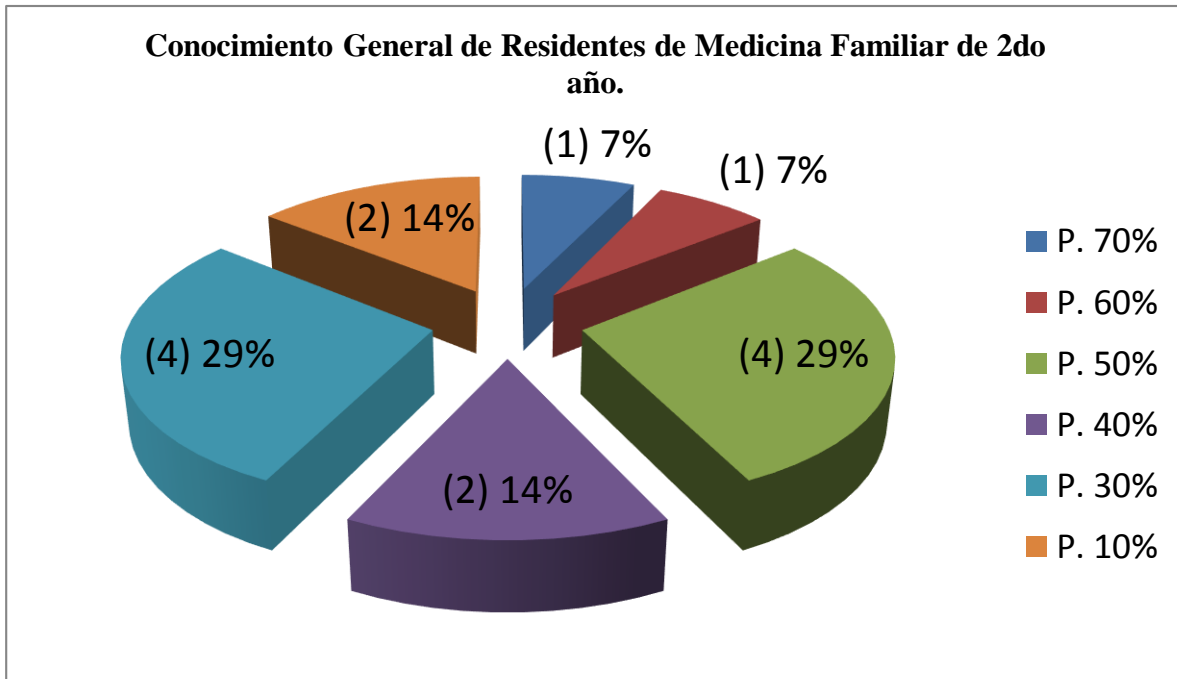
Del total de residentes evaluados que fueron 34 en total, 13 de Primer Año obtuvieron un promedio general de 39% con calificación de Malo, de igual manera segundo año promedio general de 39% en Malo, y tercer año obtuvo un promedio general de 44% con calificación de Regular.

Evaluando el conocimiento general en los Residentes de medicina Familiar de primer año, en total fueron 13 médicos de los cuales 6 (46%) obtuvieron calificación de Malo con 30% de calificación, 3(23%) de 40%, 3 (23%) de 50%, 1 (8%) de 60% como regular respectivamente. Gráfica 3.



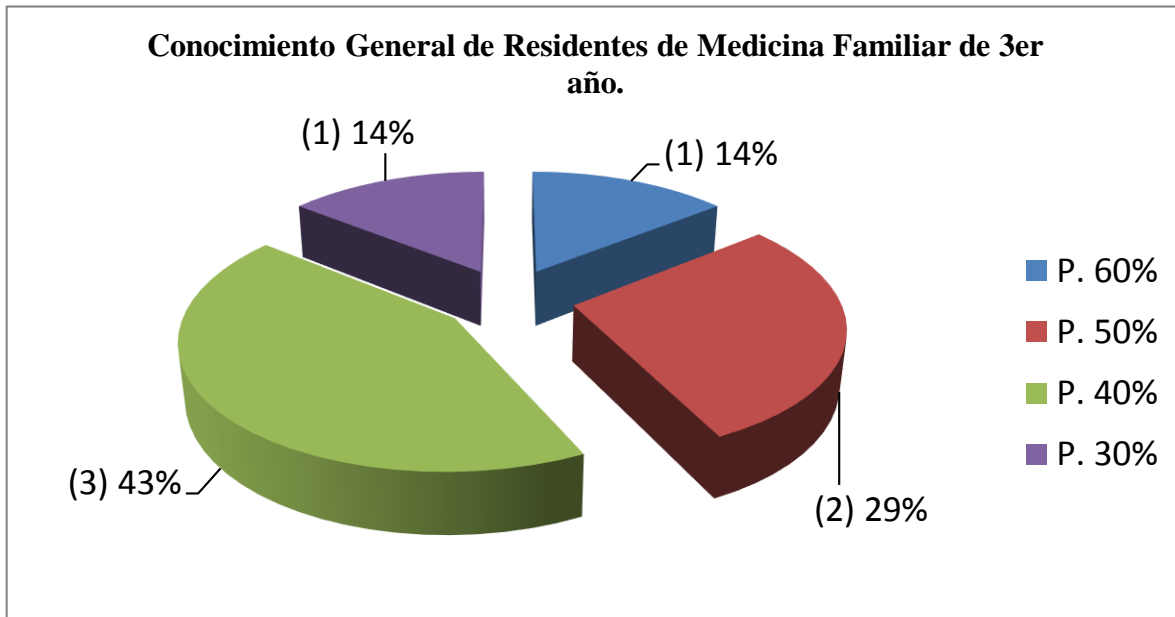
Grafica 3.

Del total de 14 residentes evaluados en la encuesta del Segundo Año de la residencia, 6 obtuvieron calificación de Malo, 2 (14%) con calificación de 10% y 4 (29%) con 30%; 8 residentes obtuvieron calificación de Regular de los cuales 2 (14%) con 40%, 4 (29%) con 50%, 1 (7%) con 60% y 1 (7%) con 70% de calificación. Gráfica 4.



Gráfica 4.

Se evaluaron a 7 residentes de tercer año de los cuáles 1 residente (14%) obtuvo calificación de 60% como Regular, así también 2 (29%) con 50% de calificación, 3 (43%) con 40% de calificación de Regular, y 1 (14%) residente obtuvo 30% de calificación como Malo. Gráfica 5.



Gráfica 5.

Analizando el conocimiento específico en todos los médicos residentes de Primero, Segundo y Tercer año, se tomó en cuenta aquellos que acertaron al 100% en todas las preguntas que evaluaron la Definición, Prevención, Diagnóstico y el Tratamiento, de los cuales: se obtuvo un mayor porcentaje de conocimiento de la Definición de Diarreas en residentes de 2do año, mayor conocimiento de la forma de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en residentes de 3er año. Tabla 2

CONOCIMIENTO ESPECIFICO	R1-13	R2-14	R3-7
DEFINICION	7.60%	43%	14%
PREVENCION	38.40%	25%	50%
DIAGNOSTICO	36.50%	35.70%	39.20%
TRATAMIENTO	53.80%	52.30%	57.10%

Tabla 2.

En la siguiente tabla, se obtuvo información sobre: la últimas capacitaciones que obtuvieron respecto al tema de diarreas en niños, de los cuáles predomino el tiempo entre más de 6 meses en aquellos residentes de tercer año, segundo año menos de 6 meses y primer año respondieron no haber recordado el tiempo específicamente.

Respecto a la pregunta de cómo los médicos residentes se mantienen actualizados en el tema la mayoría respondió estudiar de forma independiente; tanto residentes de primero, segundo y tercer año de edad la mayoría afirmó dar uso de las guías de práctica clínica, únicamente 3 respondieron no dar uso de ellas.

Así también se cuestionó sobre si da uso a otro tipo de guías como apoyo, la mayoría de los R1 respondió que sí porque “desconocían la GPC actual de mi país”, la mayoría de los R2 que fueron 6 médicos respondió que no, y así también como 5 de los R3 respondieron a que no utilizaban otra guía. Tabla 3.

	R1	R2	R3
Ultima vez que recibieron capacitación de GPC			
Más de 6 meses	1	2	5
Menos de 6 meses	3	7	
Más de 1 año	3	3	1
No recuerdo	6	2	1
Actualización en el tema			
Estudio Independiente	10	9	6
Congresos	1		
Reuniones o sesiones		5	
Cursos			
Cursos en línea			
No me he actualizado	2		1
Da uso de las GPC			
Si	10	14	7
No	3		
Utiliza otras GPC			
No	2	6	5
Si			
Porque desconozco la GPC actual de mi país	5	2	
Porque no está actualizada	4	5	2
Porque no se logra la recuperación del paciente	2	1	

Tabla 3.

Analizando el conocimiento específico en todos los Médicos Familiares adscritos a la UMF: 6 del turno matutino y 7 del turno vespertino, y tomándose en cuenta también aquellos que acertaron al 100% en las preguntas que evaluaron la Definición de diarreas, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento, se obtuvieron resultados.

Se observa mayor conocimiento en la definición de diarreas en turno matutino, donde el 50% acertó esta pregunta con una diferencia de 7.2% del turno vespertino, y en lo que respecta a conocimiento específicamente de la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento, se observa que se obtuvo mayor conocimiento en el turno vespertino.

Tabla 4.

CONOCIMIENTO ESPECIFICO	MATUTINO	VESPERTINO
DEFINICION	50%	42.8%
PREVENCION	41.6%	42.8%
DIAGNOSTICO	37.5%	39.2%
TRATAMIENTO	38.8%	42.8%

Tabla 4.

En la tabla número 5 se obtuvo información de los Médicos Familiares acerca de capacitaciones sobre la GPC en diarreas en niños y su uso, así como actualización de este tema, y algunas aportaciones sobre si utilizan otro tipo de GPC y el porqué.

Se encontró que en médicos del turno matutino predominó el tiempo mayor a 6 meses (2) que no reciben capacitación y 2 médicos más que no recordaban la última capacitación; turno vespertino predominó la respuesta de “no recuerdo”, con 4 de ellos. Al momento de analizar cómo se mantienen actualizados respecto al tema predominó en ambos turnos el estudiar el tema de forma independiente, así como sí dar uso de la GPC de nuestro país y la mayoría de no utilizar otra guía de referencia.

Solo 3 médicos 1 turno matutino y 2 turno vespertino, respondieron a dar uso de otras guías de apoyo, siendo el motivo principal respondido que la GPC de nuestro país no se encuentra actualizada. Tabla 5.

	MATUTINO	VESPER-TINO
Última vez que recibieron capacitación de GPC		
Más de 6 meses	2	1
Menos de 6 meses	1	
Más de 1 año	1	2
No recuerdo	2	4
Actualización en el tema		
Estudio Independiente	3	6
Congresos		
Reuniones o sesiones		1
Cursos	2	
Cursos en línea	1	
No me he actualizado		
Da uso de las GPC		
Si	6	5
No		2
Utiliza otras GPC		
No	5	5
Si		
Porque desconozco la GPC actual de mi país		
Porque no está actualizada	1	2
Porque no se logra la recuperación del paciente		

Tabla 5.

DISCUSION

Es importante mencionar que actualmente la educación médica continua en México se imparte a médicos de las diferentes instituciones de salud de nuestro país, que como en la UMF No. 11 donde se realizó el presente estudio aunado a un plan de sesiones educativas implementadas, como menciona González Martínez y Cols, esto en respuesta a la necesidad de la implementación formal de estrategias, que lleven a una contribución en la salud de los pacientes.¹

Actualmente se tiene poco éxito en la calidad de las capacitaciones ya sea mediante sesiones, cursos u otras estrategias impartidas, lo cual se puede mencionar que en este estudio la mayoría de los médicos familiares y residentes mencionaron mantenerse actualizados en el tema de diarreas mediante estudio de forma independiente, sin embargo la mayoría de ellos aceptaron usar las GPC de nuestro país de forma estratégica y cada vez más países han adoptado su uso que como menciona Esandi y Cols, hay evidencia del beneficio clínico contenida en las GPC.
1, 8

Comparando los resultados que Giorgi Mariano y Cols obtuvieron en su estudio sobre las posibles objeciones de uso de otras guías diferentes a las de su país, se corroboró que también los médicos de la unidad estudiada dan uso de otras guías y normas de referencia en cuanto al manejo de diarreas, esto debido a que la GPC de manejo y tratamiento de las Diarreas en niños no se encuentra actualizada, siendo la última actualización en 2008, agregándose que además desconocen de la GPC actual, siendo que actualmente como menciona Esandi y Cols, en su estudio, el uso de guías en el manejo de pacientes se ha vuelto una tendencia en América Latina en los últimos años.^{6,8}

Evaluando y analizando el nivel de conocimiento general de manejo y tratamiento de las diarreas obtenidas en médicos familiares adscritos a consultorio, se obtuvo un porcentaje de regular en ambos turnos, matutino y vespertino, siendo únicamente una diferencia mínima de 1% de calificación obtenida.

Así mismo al analizar las calificaciones obtenidas en residentes de los diferentes grados, sí se observa una diferencia significativa de acuerdo al grado de estudios, siendo los residentes de tercer año de estudios quienes obtuvieron mejor porcentaje de calificación.

Esto apoya que efectivamente, un residente entre mayor experiencia en uso de guías de práctica clínica, grado de residencia, clases recibidas por adscritos de acuerdo al cronograma de estudios lleve, obtendrá mejores resultados en cuanto al conocimiento de cualquier patología estudiada, por el hecho de estar sometidos a constantes evaluaciones que exigen mayor actividad de estudio, comparado con los médicos adscritos que quizás con mayor experiencia laboral pero tienen menor carga de responsabilidad en estudiar temas selectos de forma más habitual.

CONCLUSIÓN

Es muy importante que los profesionales de la salud, tengan los conocimientos bien establecidos de las enfermedades diarreicas en niños, siendo que es un padecimiento de gran importancia, que a pesar de haberse desarrollado guías de práctica clínica para su mejor manejo se observan aun deficiencias en el manejo y tratamiento de estos.

Es prioritario reforzar la educación mediante evaluaciones periódicas de las diferentes enfermedades que son prioritarias para el primer nivel de atención. Que los médicos de primer nivel tengan los conocimientos y bases establecidas respecto a medidas preventivas, uso de suero oral, para así educar y brindar a la vez orientaciones a los padres de familia por ser ellos los primeros en tener contacto con los niños con diarreas. Esto sería de gran importancia porque esto disminuiría aún más la tasa de mortalidad que año con año se reporta en las diferentes unidades médicas del país.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio se recomienda reforzar las sesiones clínicas y departamentales así como los cursos en línea en el que se incluyan no solamente el tema en estudio sino casos clínicos verdaderos para así entablar una serie de discusiones al momento de la sesión.

Enfatizarse en los puntos de deficiencia en el conocimiento, sobre el tratamiento y manejo conjunto del tema para poder garantizar que el tema visto fue claramente analizado y explicado.

Así también, adoptar una responsabilidad con los oyentes del tema, en el sentido de hacer una evaluación al final del tema para retroalimentación y establecer medidas de estrategia educativa para la resolución de los problemas, y adoptar planteamientos necesarios adicionales en caso necesario.

Adquirir compromisos adicionales en base a metas guiadas con implementación de mayores días de sesiones u horas académicas a la semana tanto con residentes, como en médicos adscritos, para incluir cuestionarios en grupo, lluvia de ideas, estudios de caso, etc.

Realizar evaluaciones sobre el conocimiento durante las presentaciones de capacitación resulta barato y efectivo, ya que no se necesitan materiales especiales ni tiempo adicional. Sin embargo, realizar evaluaciones usando este método demanda un buen manejo de habilidades para capacitar.

ASPECTOS ÉTICOS:

En el presente Trabajo, todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

El estudio se basará en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Guía de recomendaciones para los médicos y biomédica en personas” adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica Octubre de 1996 y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 19 añadida por la Asamblea General Washington 2002.

Debe ser autorizado por el comité de ética de la institución. Las participantes en el estudio deberán dar consentimiento libre e informado y han de conservar su derecho a abandonar en cualquier momento, se respetará la intimidad y la confidencialidad de las participantes en todo momento. Así como al finalizar la recolección de datos se podrá comunicar a todas aquellas que así lo soliciten los resultados y el significado de los estudios aplicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González-Martínez JF, García-García JA, Mendoza-Guerrero JA, Et Al. La importancia de la investigación en educación médica en México. Revista Médica del Hospital General de México. 2010. Vol. 73, No. 4. pp 48-56. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2010/hg101j.pdf.
2. Echeverría-Ruiz C, Del Pino-Algarrada R, Sánchez-Gastaldo A, Et Al. La sesión clínica basada en la evidencia. Temas valorados críticamente. Rehabilitación. 2004. Vol. 38. No. 4. pp 199-203. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-la-sesion-clinica-basada-evidencia--13064730>.
3. Michael Dunning. Mejorando la atención sanitaria. Algunas lecciones sobre lo que puede ir mal al tratar de aplicar la práctica clínica basada en la evidencia.
4. Octavio Rivero Serrano. La educación médica concepto y motivación. Seminario El ejercicio actual de la medicina.
5. Álvarez-Montero S, Caballero-Martín M, Gallego-Casado P, Et Al. Sesiones basadas en escenarios clínicos. Una aplicación del aprendizaje basado en la resolución de problemas. MEDIFAM. 2001. Vol. 11, No. 2. Pp: 83-91.
6. Giorgi Mariano A, Boracci Raúl A, Calderón G, Et Al. Encuesta sobre el uso de Guías de Práctica Clínica en cardiólogos de Latinoamérica. Revista Argentina de Cardiología. 2012; Vol. 80 No. 2. Pp: 108-113. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000200003&lng=es.
7. Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993; 342:1317-22.

8. Esandi ME, Ortiz Z, Chapman E, Dieguez MG, Mejia R, Bernztein R. Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994-2004): a cross-sectional study. *Implement Sci* 2008;3:43.
9. Nota descriptiva OMS abril 2013. No.330. Enfermedades diarreicas. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
10. Diaz Ortega J, Ferreira E, García L. Et Al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Evidencia para la política pública en salud. Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años: la respuesta es multifactorial. 2012. Disponible en: [//ensanut.insp.mx](http://ensanut.insp.mx)
11. Botas-Soto I, Ferreiro-Marin A, Soria-Garibay S. Deshidratación en niños. *Anales Médicos México*. 2011, Vol. 56 No. 3, pp: 146-155. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc113f.pdf>
12. Gutierrez-Castrellón P, Salazar-Lindo E, Polanco-Allué I, Et. Al. Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: enfoque, alcances y diseño. *Anales de pediatría Barcelona*. 2014 Vol. 80 (Supl 1): pp: 1-4.
13. Flores I, Contreras J, Sierra J, Et. Al. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Diagnóstico y Tratamiento. *Pediatría* 2015, Vol. 48 No. 2, pp: 29-46.
14. Román E, Barrios J, López M. Diarrea aguda protocolos diagnósticos-Terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. SEGHNPAEP. 2014. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documento/diarrea.ag.pdf>.
15. Michelli E, Millán A, Rodulfo H. Et. Al. Identificación de Escherichia Coli enteropatógena en niños con síndrome diarreico agudo del Estado Sucre, Venezuela. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*. 2016. Vol. 36. (Supl 1) pp: 118-127. Disponible en: www.revistabiomedica.org/index/.php/biomedica/article/view/2928/3065.

16. Notejane M, Pandolfo S, García L. Et Al. Gastroenteritis Aguda: formas de presentación clínica y etiología en niños hospitalizados en el Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell año 2012. Archivos de Pediatría de Uruguay 2015, Vol. 86, No. 2, pp: 91-97. Disponible en: www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v86n2/v86n2a02.pdf.
17. García C, Castro M, Llovo J. Et. Al. Caracterización microbiológica de las gastroenteritis agudas virales atendidas en un servicio de pediatría en un área de alta cobertura vacunal frente a rotavirus. Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica. 2014. Vol. 32. No 4. Pp: 246-249. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.008>.
18. Reyes D, Reyes K, Reyes U. Comportamiento clínico de 70 casos de gastroenteritis por rotavirus, en lactantes previamente inmunizados. Revista Mexicana de Pediatría. 2014. Vol 81, No. 6. Pp: 214-217. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp_2014/sp146d.pdf.
19. Almirall P, Bello J, Núñez F. Et. Al. Parasitosis intestinales en niños hospitalizados distribución por edad y aspectos clínicos. Revista Peruana de Epidemiología. 2013. Vol. 17, No. 3. Pp: 1-6. Disponible en: www.redalyc.org/revista.oa.
20. Guillen A, González M, Gallego L. Et. Al. Presencia de protozoarios intestinales en agua de consumo en la comunidad 18 de mayo. Estado Aragua-Venezuela, 2011. Boletín de Malariología y Salud Ambiental, 2013. Vol. L III, No. 1. Pp: 29-36. Disponible en: <http://www.iaes.edu.ve/descargas/Boletn%20de%20Malariologa%20y%20Salud%20Ambiental/V53-N1-2013/art040.pdf>.

21. Hagel I, Cáceres I, Terán G, Et. Al. Factores inmunológicos que pueden influir en la presencia de síntomas clínicos en niños con giardiasis. Boletín de Malariología y Salud Ambiental, 2013. Vol. LIII, No. 2. Pp: 125-134. Disponible en: http://www.iaes.edu.ve/descargas/Boletn%20de%20Malariologa%20y%20Salud%20Ambiental/V53-N2-2013/03_art01.pdf.
22. Ferreira E, MC Epid, Mongua N. Et Al. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de 5 años en México. Salud Pública de México.2013.Vol. 55 (Suppl 2), pp: S314-S322. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800031&lng=es.
23. Sepúlveda, J. Brusteo F, Tapia R.Et. Al. Aumento de la sobrevida en menores de 5 años en México: la estrategia diagonal. Salud Pública de México. 2007; Vol. 49 (sup 1) pp: 110-125. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001803>
24. Solis R, Salvatierra B, Nazar A. Et. Al. Acceso a la educación en salud y su potencial en la disminución de la incidencia de diarrea infantil en las poblaciones costeras de Yucatán, México. Población y salud en Mesoamérica, 2015, Vol. 13, No. 1. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
25. 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. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. México. Secretaría de Salud. 2008. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.

ANEXO 1. Consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MEDICOS FAMILIARES DE LA UMF 11 TAPACHULA,
CHIAPAS SOBRE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN EL MANEJO DE LA DIARREA
AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS"**

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

U.M.F. No. 11 , Tapachula De Córdoba Y Ordoñez, Chiapas

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Actualmente en México se sabe que en la mayoría de los hospitales se dan sesiones clínicas sobre diferentes temas de salud, y sobretodo basadas en la aplicación de guías de práctica clínica, sin embargo no hay suficiente información que justifique y compruebe o en su mínima opción se evalué el nivel de conocimientos adquiridos. Por ello se pretende dar a conocer que nivel de conocimientos tienen los médicos familiares de base y 08, de ambos turnos específicamente sobre la GPC de diarreas en niños, ya que las enfermedades diarreicas de acuerdo a la OMS es la segunda causa de muerte por infecciones agudas en menores de 5 años y ocasiona la muerte de 760,000 millones de niños cada año, además de que Chiapas es uno de los 3 primeros estados que se encuentran en primer lugar a nivel nacional en tener casos de diarreas así como muertes por deshidratación

Procedimientos:

Se me ha informado que mi participación consiste en una encuesta donde contestaré sobre mis conocimientos sobre la GPC de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años.

Posibles riesgos y molestias:

Se me ha explicado que es mínimo el riesgo posible que puedo correr ya que solo responderé una encuesta de conocimientos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al participar en dicha investigación obtendré el beneficio de ayudar a la mejorar las estrategias de adquisición de conocimiento para tener y perfeccionar el manejo de las enfermedades diarreicas en niños.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Al finalizar el estudio será me informará sobre los resultados.

Participación o retiro:

Entiendo que conservo el derecho de participar y retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que afecte la atención médica del instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

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

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

Dra. Karina Guadalupe Ruiz Nuricumbo Te. Cel. 9616038185

Colaboradores:

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 de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

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 2.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Comité Delegacional de Investigación Médica
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Investigador responsable: Karina Guadalupe Ruiz Nuricumbo.

Residente de 2do año de Medicina Familiar.

Asesor de Investigación: Dr. Julio César Barrios Aguilar.

Encuesta

Tema: Conocimientos de la Guía de Práctica Clínica de Diarreas Agudas en niños de 2 meses a 5 años.

Indicaciones: Coloque una X en la respuesta correspondiente.

Datos Personales:					
Edad: _____		Sexo: Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>
Médico Familiar:	Turno:	Años de antigüedad		Residente de Medicina Familiar	
<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Matutino	Menos de 5 años		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Primer año
<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> Vespertino	De 5-15 años		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Segundo año
	<input type="checkbox"/> Mixto	De 15-20 años		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tercer año
		Más de 20 años		<input type="checkbox"/>	

- ¿Cuáles son las acciones específicas e inespecíficas en la prevención de la diarrea aguda?
 - Lavado correcto de manos, alimentación al seno materno, vacunación contra rotavirus.
 - Suministro y calidad del agua, lavado de manos, eliminación apropiada de excretas, drenaje, alimentación al seno materno, vacunación contra rotavirus.
 - Suministro de agua, lavado de manos, eliminación apropiada de excretas, alimentación exclusiva al seno materno los primeros 6 meses, vacunación contra rotavirus, dar fibra a partir de los 6 meses.
 - Alimentación al seno materno exclusivo por 6 meses, vacunación contra rotavirus, drenaje.
- ¿De acuerdo a la definición de diarrea aguda cuáles son los síntomas más frecuentes en niños y niñas menores de 5 años con diarrea aguda?
 - Aumento de la consistencia de las evacuaciones, aumento en frecuencia y número de evacuaciones, náuseas y vómitos.
 - Cambios en la consistencia de evacuaciones, frecuencia y número de ellos, mayor a 3 veces por día moco y sangre, náuseas y vómitos y cólico abdominal.
 - Cambios en la consistencia de evacuaciones, frecuencia y número, mayor a 3 veces por día, sin moco ni sangre más náuseas y vómitos.
 - Tos, cefalea, aumento en el número y consistencia de las evacuaciones de pastosas a líquidas, náuseas con vómitos abundantes.
- ¿Cuáles son los signos más frecuentes en niños y niñas menores de 5 años con diarrea aguda?
 - Reactivo, con buena coloración y llenado capilar rápido, lagrimas presentes.

- b) Tiempo de llenado capilar prolongado, signo de lienzo húmedo, patrón respiratorio anormal, ausencia de lágrimas taquicardia bradipnea, ojos hundidos, esteatorrea
 - c) Tiempo de llenado capilar prolongado, signo de lienzo húmedo, patrón respiratorio anormal, ausencia de lágrimas taquicardia, taquipnea, ojos hundidos
 - d) Tiempo de llenado capilar prolongado, hipotensión, taquicardia, taquipnea, ojos hundidos.
4. ¿Cuál es la clasificación de mayor utilidad en la deshidratación aguda para decidir el tratamiento de rehidratación?
- a) Grado 1 leve, Grado 2 moderada y Grado 3 grave con riesgo de muerte.
 - b) 1. Sin deshidratación, 2. Algunos datos de deshidratación, 3. Deshidratación Grave
 - c) 1. Algunos datos de deshidratación, 2. Deshidratación moderada, 3. Deshidratación Grave
 - d) 1. Deshidratación Leve clínicamente estable, 2 Algunos datos de Deshidratación, 3. Deshidratación grave con datos de choque.
5. ¿Cuáles de los criterios para iniciar tratamiento antimicrobiano en niños y niñas menores de 5 años?
- a) Niños con mucha tos que no toleren el suero oral
 - b) Patógenos específicos identificados, pacientes con riesgo de sepsis grave, VIH y desnutrición, niños menores de 2 años con tos
 - c) Patógenos específicos identificados, pacientes con riesgo de sepsis VIH, desnutrición, tratados con corticosteroides.
 - d) Estudios de laboratorio general, buena hidratación, aquellos niños menores de 2 años.
6. ¿Qué niños tienen mayor riesgo de progresar a choque?
- a) Gasto urinario disminuido, extremidades frías, ojos hundidos, letárgico, taquicardia, vómitos persistentes
 - b) Apariencia deteriorada, letárgico, ojos hundidos, taquicardia, taquipnea
 - c) Extremidades frías, gasto urinario disminuido, edema, ojos hundidos, letárgico
 - d) Extremidades frías, gasto urinario disminuido, ojos hundidos, letárgico.
7. ¿Cuándo indicar toma de estudios de laboratorio?
- a) Deshidratación grave o moderada, hiponatremia y anuria menor de 12 hrs
 - b) Deshidratación grave o moderada con sospecha de hipernatremia, con diagnóstico poco claro, con otros factores de comorbilidad, anuria menor a 12 hrs.
 - c) Niños que ya han ingerido Suero Oral y no mejoran, apariencia deteriorada, deshidratación grave con datos de choque, gasto urinario disminuido
 - d) Deshidratación grave con hipernatremia, letárgicos, taquicardia y anuria mayor a 24 hrs
8. ¿En qué tiempo y cantidad debe administrarse Suero Oral en niños con deshidratación leve a moderada?
- a) 100 ml/kg cada 4 horas en vaso
 - b) 5 ml/kg en pequeñas cantidades cada 15 minutos por 4 hrs
 - c) 10-20 ml/kg en pequeñas cantidades a libre demanda
 - d) 5 ml/kg a libre demanda cada 4 hrs
9. ¿Cuándo recomendar tratamiento intravenoso?
- a) Pacientes que no toleren la vía oral, letárgicos, menores de 3 meses, con desnutrición.
 - b) Choque sospechado o confirmado, no mejora o muestra signos de deterioro, aquellos que vomiten persistentemente la solución de rehidratación oral dada por vía oral o sonda nasogástrica.
 - c) Choque confirmado, deterioro clínico, menores de 3 meses con desnutrición, pacientes con VIH.
 - d) Pacientes que no toleren la vía oral, se presenten letárgicos, menores de 2 meses y sospecha de sepsis o desnutrición.

10. ¿Cuáles son los criterios para decidir envió a 2do nivel de atención?
- Niños con deshidratación moderada o severa menores de 1 año de edad, más de 15 evacuaciones líquidas en 24 hrs, más de 8 vómitos en 24 horas, padres que no sean hábiles para manejar las condiciones del niño en el hogar satisfactoriamente.
 - Niños con deshidratación severa, menores de 6 meses de edad, más de 15 evacuaciones líquidas en 24 hrs, más de 4 vómitos en 24 hrs, padres que no sean hábiles para manejar las condiciones del niño en el hogar satisfactoriamente.
 - Niños con deshidratación moderada o severa, menores de 6 meses, más de 8 evacuaciones líquidas en 24 hrs, más de 4 vómitos en 24 hrs, niños con padres que no sean hábiles para manejar las condiciones del niño en el hogar satisfactoriamente.
 - Niños con deshidratación leve, que no mejoran a los medicamentos administrados IV, y con más de 4 vómitos en 24 horas.

Agregado:

¿Cuándo fue la última vez que recibió una capacitación de la GPC de Diarreas Agudas en niños?

Más de 6 meses Menos de 6 meses Hace más de 1 año No recuerdo

¿De qué forma se ha mantenido actualizado en este tema

Estudio independiente En congresos En reuniones o sesiones En cursos

Curso en línea

No me he actualizado

¿Da uso de las GPC en la práctica diaria?

Si No

¿Utiliza otras GPC u otros lineamientos en el momento del tratamiento del paciente?

No Si cuales: _____

¿Por qué? Desconozco la guía actual de mi país.

Porque no está actualizada

Porque no se logra la recuperación del paciente propuesta en la guía.

CONOCIMIENTO ESPECÍFICO

No. de pregunta	Porcentaje
-----------------	------------

Definición	2	10%
Prevención	1,6	20%
Diagnóstico	3,4,7,10	40%
Tratamiento	5,8,9	30%

- Cada pregunta tendrá un valor de 10%

CONOCIMIENTO GENERAL

Bueno: 80-100%

Regular: 40-70%

Malo: 10-30%