



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesina

*Propuesta de Implementación de la Guía de Práctica
Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en
Menores de 5 Años en una Institución de Primer Nivel de
Atención Rural*

Presenta

Lic. María Mercedes Macín Martínez

Para Obtener el Diploma de
Especialista en Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia

Abril, 2015



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesina

*Propuesta de Implementación de la Guía de Práctica
Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en
Menores de 5 Años en una Institución de Primer Nivel de
Atención Rural*

Presenta

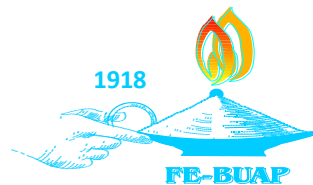
Lic. María Mercedes Macín Martínez

Para Obtener el Diploma de
Especialista en Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia

Abril 2015



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesina

*Propuesta de Implementación de la Guía de Práctica
Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en
Menores de 5 Años en una Institución de Primer Nivel de
Atención Rural*

Presenta

Lic. María Mercedes Macín Martínez

Director de Tesina

MCE. Guillermina García Madrid

Para Obtener el Diploma de
Especialista en Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia

Abril, 2015

Comisión que Aprobó la Tesina:

**Propuesta de Implementación de la Guía de Práctica Clínica
Diagnostico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de 5 años
en una Institución de Primer Nivel de Atención Rural.**

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Guillermina García Madrid
Presidente

MCE. Adriana Rosalía González Hernández
Secretario

MCE. Elizabeth Domínguez González
Vocal

MCE. Guillermina García Madrid
Director de Tesina

MCE. María de la Luz Bonilla Luis
Directora

MCE. Graciela Arrijo Morales
Secretaria de Investigación

Dedicatoria

A mis padres

Con todo mi cariño y mi amor que me dieron la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis hermanos

Gracias por el apoyo incondicional que siempre me brindaron para llegar a una meta más de mi carrera, A ti hermana Mónica que cuidaste de mi hijo y velaste por el en los momentos más difíciles para terminar esta carrera.

A mi esposo y a mi hijo

Con todo mi amor y respeto son mis grandes tesoros que me brindaron su apoyo incondicional para lograr este triunfo, tú hijo mío espero cuando seas grande me sepas comprender por no estar en todo momento a tu lado, gracias los amo.

Agradecimientos

Esta tesis se la dedico a mi Dios Señor Jesucristo y a ti Virgen de Guadalupe quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, mil gracias por sus bendiciones.

Comunidad y Equipo de trabajo

Les dedico este trabajo de investigación por permitirme colaborar y enseñar sobre el cuidado, prevención de la desnutrición en la comunidad rural para una mejora de salud y llevar en práctica.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y de la Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado. Por permitirme este nuevo aprendizaje y abrirme las puertas por facilitarme la culminación de esta meta.

De manera especial mi agradecimiento a mi asesora de tesina MCE. Guillermina García de la Madrid. Por sus valiosos conocimientos, sugerencias presencia, tiempo, paciencia y confianza en la elaboración de este trabajo.

Resumen

Candidato para Obtener el Grado de Especialista en Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia
María Mercedes Macín Martínez

Fecha de Graduación
Abril 2014

Universidad
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad
Facultad de Enfermería

Título del Estudio
Propuesta de Implementación de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de 5 años en una Institución de Primer Nivel de Atención Rural.

Número de páginas 39

Introducción: La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) es una estrategia que de manera consciente, explícita y juiciosa hace uso del método científico, la investigación, la experiencia de los profesionales y la participación del paciente para fortalecer la práctica profesional. De ahí que la atención y el cuidado de la desnutrición infantil pueden ser fortalecidos implementando una Guía de Práctica Clínica dirigida a ese fin. **Propósito:** Diseñar una propuesta de implementación de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años para el personal del Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan, Chignahuapan, Puebla; utilizando la metodología de la EBE, con el fin de mejorar la calidad de la atención y el cuidado de la población infantil de esa comunidad rural.

Metodología: Para la realización del estudio se utilizó la metodología de la EBE, la población de estudio fue la población menor de 5 años y el personal del Centro de Salud de la comunidad de Cuautotola, Amixtlan, Chignahuapan, Puebla.

Resultados: Se diseña y presenta una propuesta de implementación de la GPC: Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años, viable, factible y medible.

Conclusión: La implementación de las Guías de Práctica Clínica es un proceso sistemático que permite al personal de enfermería aplicar los resultados de la investigación en la toma de decisiones para mejorar la práctica profesional mediante el uso de la EBE.

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Metodología	7
Fase 1 Pregunta estructurada	7
Fase 2 Búsqueda de la Evidencia	9
Fase 3 Lectura Crítica	9
Fase 4 Propuesta de Implementación	11
Fase 5. Propuesta de Monitorización y Evaluación	27
Conclusiones	30
Referencias	31
Apéndices	34
A. Instrumento para la evaluación de guías de práctica AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Next Steps Consortium, 2009).	34

Introducción

Planteamiento del Problema

El artículo 6to de los Derechos del Niño (1989) ratificados en la Convención de Somalia realizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), establece que todos los niños tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, por lo que todos los países están obligados a garantizar en la máxima medida posible ese derecho mediante una nutrición que garantice su supervivencia, su crecimiento y desarrollo como seres humanos. A pesar de ello, la desnutrición es una de las principales amenazas para la salud de la población infantil y el progreso de los países.

El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF, 2013), reporta que a nivel mundial 165 millones de niños menores de 5 años padecen desnutrición crónica (16% de la población infantil total). En México, los datos emitidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Secretaría de Salud [S. S.], 2012) muestran que 1.5 millones de niños (13.6%) que viven en zonas urbanas también sufren de este problema de salud y en las áreas rurales e indígenas del sureste del país, este porcentaje aumenta a 27.5%, por lo que a nivel internacional el país se ubica en el sitio 18 de un total de 101 países que presentan esta problemática. En el Estado de Puebla uno de cada cinco niños menores de 5 años padece desnutrición crónica (29%) lo que coloca a la entidad en el cuarto sitio nacional con mayor incidencia de casos. Siendo el municipio de Chignahuapan, Puebla (21.62%, 25,624 niños) y la comunidad de Cuautotola (76 niños, 30.26% niños) perteneciente al municipio de Amixtlan quienes tienen uno de los más altos porcentajes (S. S. E. P. Jurisdicción 2, 2014).

Todo niño requiere de una alimentación nutritiva ajustada a sus requerimientos en cantidad y calidad para tener un buen crecimiento y desarrollo físico e intelectual. Una alimentación deficiente causa desnutrición, la cual se manifiesta en algunas ocasiones por bajo peso como en el caso de la desnutrición aguda, y en otras bajas estaturas, presencia frecuente de enfermedades diarreicas o respiratorias como es en la desnutrición crónica. Un estado de desnutrición crónico afecta la supervivencia, el funcionamiento del cuerpo y el desarrollo de las capacidades cognitivas e intelectuales del niño (UNICEF, 2011).

El estado nutricional de un individuo generalmente se ve influenciado por tres factores principales: la alimentación, la salud, y la atención y cuidado. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), la desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos en cantidad y calidad, la falta de una atención a la salud y la aparición de enfermedades infecciosas.

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño (Diario de la Federación [DF.], 2001), define a la desnutrición como un estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo, se clasifica en aguda y crónica y se manifiesta en diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave) y se acompaña de varias manifestaciones clínicas.

La desnutrición aguda, es el trastorno de la nutrición que se genera por un déficit en el peso sin afectar la talla (peso bajo, talla normal) y la crónica, se manifiesta por un déficit en el peso y la talla con relación a la edad. Se designa desnutrición leve, cuando hay un déficit de peso entre menos una y menos 1.99 desviaciones estándar (*DE*) de

acuerdo con el indicador de peso para la edad, moderada, cuando el déficit de peso es entre menos dos y menos 2.99 *DE* de acuerdo con el indicador de peso para la edad, y la grave, cuando el déficit de peso es de tres o más *DE* de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

En la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de 5 Años en el Primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud (S. S., 2008), la desnutrición se conceptualiza como “un estado patológico, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente incorporación de los nutrimentos a las células del organismo, que se presenta en diversos grados de intensidad y con variadas manifestaciones clínicas como factores ecológicos”.

Independientemente de su conceptualización la desnutrición infantil, es un problema de salud altamente prevenible a través de intervenciones de promoción a la salud y protección específica, hábitos y estilos de vida saludables y conductas de autocuidado. También es susceptible de ser diagnosticada y tratada mediante la implementación de una Guía de Práctica Clínica (GPC), instrumento que contempla recomendaciones de carácter general, que permiten al personal de salud y específicamente al de enfermería desarrollar competencias para el cuidado; a las madres de familia, adquirir conocimiento relacionado con la nutrición familiar y a las autoridades contribuir a disminuir la incidencia y prevalencia de la desnutrición en los niños menores de 5 años. Sin embargo, su adopción e implementación requiere de una metodología sistematizada que haga eficiente y eficaz su uso.

En virtud de que el profesional de enfermería específicamente, el especialista en Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia es un recurso clave para el

mantenimiento de la salud humana, sin embargo, se hace necesario que fundamente el cuidado en un marco de referencia disciplinario como lo es la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y en el uso de instrumentos validados como lo son las Guías de Práctica Clínica en Enfermería (GPCE), las cuales propician una práctica profesional reflexiva, crítica y autónoma.

Marco de Referencia

El presente trabajo aborda la desnutrición crónica en menores de 5 años, problemática de salud, que puede ser tratada mediante la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), y se define como “la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones adecuadas sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional” (Sackett, 1996, Subirana & Fargues citados en Alonso, et al., 2004). Para Scott & McSherry (2009), “es un proceso continuo en el cual la evidencia científica, el conocimiento teórico y la pericia clínica de los profesionales de enfermería en unión con la participación del paciente permiten dar un cuidado excelente a la persona”.

La EBE también es una estrategia que reconoce al método científico como la mejor herramienta de que disponemos para conocer la realidad y a la investigación como la actividad capaz de generar conocimiento válido y relevante para fortalecer la práctica profesional (Comisión Permanente de Enfermería [CPE], 2013), por lo que su objetivo, es motivar el uso de la investigación en la toma de decisiones clínicas que permitan limitar o solucionar problemas de salud en la población.

Su metodología da origen a la construcción e implementación de GPC y se desarrolla en cinco fases (dos teóricas y tres prácticas) integradas dentro de un proceso dinámico y continuo en el que interactúan el paciente y el profesional de enfermería constituidas por: 1) Formulación de la pregunta, fase que consiste en reflexionar sobre la práctica profesional con el fin de plantearse interrogantes que permitan fortalecerla, 2) Búsqueda de evidencia científica, actividad que consiste en buscar, identificar y seleccionar la bibliografía existente y disponible que permita responder lo mejor posible a la pregunta planteada, 3) Lectura crítica, implica leer y hacer un correcto análisis de la información científica y su posible aplicación en la práctica, 4) Implementación, proceso que obliga conocer del contexto y/o servicio en el que se implementa: los recursos disponibles, las barreras y posibles causas que limiten su adopción, efectividad, eficiencia e impacto en el cuidado de las GPC. Elementos en los que influyen factores individuales y organizativos, tales como el respeto a las preferencias y a los valores del usuario y la disponibilidad y conocimiento del equipo de trabajo: personal de enfermería, médico, trabajadores sociales y promotores de los distintos niveles asistenciales y la 5) Evaluación, fase final de la metodología que consiste en evaluar que cambios se generaron con la implementación de la GPC e identificar si éstos han sido o no efectivos (Sackett, 1997, Subirana & Fargues citados en Alonso et al., 2004).

Las Guías de Práctica Clínica (GPC), principales herramientas de trabajo del personal de salud, surgen de la necesidad de los sistemas sanitarios de mejorar la calidad de la atención y el cuidado en el ámbito del ejercicio profesional, por lo que se han convertido en una de las mejores herramientas de trabajo para los profesionales de la salud y específicamente de enfermería, ya que son un puente de unión entre la teoría y la

práctica. Estas se definen como un conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones apropiadas sobre la atención sanitaria, y a seleccionar las opciones diagnósticas, terapéuticas y de intervención más adecuadas para la atención y el cuidado (Sackett, 1997; Subirana & Fargues citados en Alonso et al., 2004; COMACE., 2013).

Objetivos:

Objetivo General

Diseñar una propuesta de implementación de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años para el personal del Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan, Chignahuapan, Puebla; utilizando la metodología de la EBE, con el fin de mejorar la calidad de la atención y el cuidado de la población infantil de esa comunidad rural.

Objetivos Específicos

- Formular la pregunta clínica a través del formato pico para plantear el problema de salud a tratar mediante la implementación de la GPC.
- Seleccionar la GPC, mediante la búsqueda en diversas fuentes electrónicas, para su posterior evaluación.
- Evaluar la viabilidad de la GPC mediante la aplicación del instrumento AGREE para determinar su eficacia y utilidad.
- Diseñar la propuesta de implementación de la GPC elegida, mediante la metodología EBE. proponer
- Plantear una propuesta de evaluación de la GPC seleccionada con indicadores que den a conocer su eficacia e impacto en los niños, el personal y las familias.

Metodología

Fase 1. Pregunta Estructurada

Previa reflexión a la identificación del problema detectado en la población infantil de la comunidad de Cuautotola, Amixtlan, Chignahuapan, Puebla nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Cómo es la calidad de la atención y el cuidado otorgado por el personal del Centro de Salud en el rubro de la nutrición?, ¿Cuál es el proceso que se sigue en su valoración, diagnóstico y tratamiento?, ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la desnutrición?, ¿Cuáles son los determinantes sociales que generan la desnutrición infantil? ¿Cuáles son las medidas que deben implementarse para su prevención? y ¿Cuál es el rol de enfermería en su limitación y/o resolución? Preguntas que fueron construidas con base a tres elementos: 1) Definición del problema y población, 2) Intervenciones a realizar, y 3) Variables que evalúan los resultados (Véase tabla 1), (Subirana & Fargues citados en Alonso et al, 2004),

Tabla 1.

Pregunta PICO/ Componentes de la Pregunta Estructurada			
P	I	C	O
Paciente o problema	Intervención (un tratamiento, un factor pronóstico, una causa, etc.)	Intervención de comparación	Resultados
Desnutrición crónica en la población infantil	Diseñar y presentar una propuesta de implementación de la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de 5 años al personal del Centro de Salud de Cuautotola Amixtlan Chignahuapan, Puebla.		Mejorar la atención y cuidado de la desnutrición en niños menores de 5 años de tal manera que sea eficiente, eficaz y de calidad.

Fuente: Estudiante de Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia. Puebla, 2015

1.1 Planteamiento de la pregunta seleccionada

¿El problema de la desnutrición crónica de la población infantil de la comunidad de Cuautotola Amixtlan Chignahuapan, Puebla, podrá ser resuelto mediante la implementación de la GPC Diagnostico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de 5 años de tal manera que la atención y cuidado sea eficiente, eficaz y de calidad?.

1.2 Priorización de la pregunta.

La priorización de la pregunta se hizo con base en la relevancia y trascendencia del problema para la salud de la población infantil de la comunidad de Cuautotola, Amixtlan Chignahuapan, Puebla, su importancia y viabilidad contextual, los recursos humanos con los que cuenta el Centro de Salud de la comunidad, y los resultados esperados en su implementación, como lo muestra la tabla 2 (SSEP, Jurisdicción 2, 2013).

Tabla 2.

Priorización de la Pregunta

↑	Poco importante	Muy urgente Muy importante
	Nada urgente ni importante	Muy importante pero poco urgente
		→

Fuente: SIS. Centro de Salud de Cuautotola, SSEP. Jurisdicción 2, 2013

Fase 2. Búsqueda de la Evidencia

Una vez estructurada la pregunta, se procedió a hacer una búsqueda intensa de evidencia científica, Guías de Práctica Clínica e instrumentos evaluadores que permitieran una toma de decisiones fundamentada respecto al problema planteado y el diseño de la propuesta de implementación. Para ello se utilizaron los operados boléanos: OR, AND y NOT, en bases de datos electrónicas como el internet y el google chome y académico y de diversas páginas Web.

En el desarrollo de este proceso se encontraron múltiples estudios sobre la desnutrición infantil, así como diversas GPC orientadas a la atención de la nutrición, entre ellas la Guía Diagnostico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de 5 años en el Primer Nivel de Atención recupera de la dirección electrónica:

(<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/pdf>). También se halló el instrumento AGREE II que permite evaluar la calidad y viabilidad de las guías de práctica clínica para su implementación

(http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf).

Fase 3. Lectura Crítica

Posterior a la búsqueda de la evidencia científica que aborda el problema de estudio, las GPC existentes y el instrumento AGREE II (Apéndice A), se procedió a hacer su lectura de manera crítica y analítica, con el propósito de conocer y evaluar su calidad y viabilidad, su relevancia y trascendencia, y su posible impacto en la mejora de la atención y cuidado de la desnutrición crónica de la población infantil de la comunidad

de Cuautotola, Amixtlan Chignahuapan, Puebla. Induciendo así a una selección de ellas y una adecuada toma de decisiones para la propuesta de implementación.

En el desarrollo de esta dinámica se eligió la Guía Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de 5 años en el primer nivel de atención con base en su viabilidad para limitar la problemática expuesta y mejorar la calidad de la atención y el cuidado en la población infantil en el rubro de la nutrición, previa evaluación de su calidad, rigor metodológico y transparencia mediante el instrumento AGREE II.

El instrumento consta de 23 ítems que evalúan 6 dominios: 1) Alcance y objetivo (1, 2, 3, 4, 5, 6), 2) Participación de los implicados (4, 5, 6), 3) Rigor en la elaboración (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14), 4) Claridad de la presentación (15, 16, 17), 5) Aplicabilidad (18, 19, 20, 21), y 6) Independencia editorial (22, 23). Dominios cuyas preguntas en escala de Likert fueron evaluadas del 1 al 7; en donde 1 es igual a muy en desacuerdo y 7 muy de acuerdo. La evaluación final se hizo con base en el porcentaje total de recomendación para su implementación en cada uno de estos dominios. Siendo importante que este sea mayor de 80% para que pueda ser viable en la solución del problema (Appraisal of Guidelines Research & Evaluación Next Steps Consortium, 2009).

La tabla 3, muestra el porcentaje de recomendación obtenido en cada dominio en la evaluación realizada a la Guía Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de 5 años en el Primer Nivel de Atención por personal de enfermería (Apéndice B).

Tabla 3

Evaluación de la Guía Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de 5 años en el Primer Nivel de Atención.

Dominio	Porcentaje de Recomendación
Dominio 1. Alcance y Objetivos	83.3%
Dominio 2. Participación de los implicados	85.4%
Dominio 3. Rigor en la elaboración	85.4%
Dominio 4. Claridad de la presentación	83.3%
Dominio 5. Aplicabilidad	88.9%
Dominio 6. Independencia editorial	88.9%
Promedio Final	85.9%

Fuente: AGREE II, Aplicado al Personal de Enfermería del Centro de Salud de Cuautotola. SSEP. 2013.

Fase 4.- Propuesta de Implementación de la GPC Seleccionada

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de 5 años en el Primer Nivel de Atención constituye un puente de unión entre la teoría y la práctica en el ejercicio profesional, contempla recomendaciones de carácter general, que permiten al personal de salud desarrollar competencias para la atención y el cuidado de la nutrición infantil, a los individuos, madres de familia y comunidades adquirir conocimiento relacionado con la nutrición familiar y a las autoridades contribuir en la disminución de la incidencia y prevalencia de la desnutrición en los niños menores de 5 años.

Sin embargo, su implementación requiere de una propuesta que motive en el personal la adopción de una metodología que haga eficiente y eficaz su uso y que contemple la aplicación y consideración de las recomendaciones recogidas en ella, de tal manera que se facilite la transferencia del conocimiento a la práctica profesional (Grupo

de trabajo sobre Implementación de GPC en el Sistema Nacional de Salud, 2009). De ahí el propósito del presente trabajo cuya metodología se describe a continuación.

4.1 Planificación del proceso de implementación

En esta primera fase, tras haber seleccionado la GPC a implementar, se definieron los objetivos del plan de implementación y las metas a alcanzar, se conformó el equipo de trabajo, se identificó la población diana, se hizo la búsqueda de los apoyos necesarios y el diagnóstico de la situación relacionada a la práctica, se diseñó un cronograma de actividades, se estimó un presupuesto y se estructuró un diseño de evaluación para las actividades realizadas.

4.1.1 Objetivos del plan de implementación y metas.

Objetivo general

- Aplicar en la atención y cuidado de la población infantil todas y cada una de las recomendación contempladas en la GPC Diagnostico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de 5 años en el Primer Nivel de Atención.

Objetivos específicos

- Capacitar al personal de salud sobre las acciones contempladas en la GPC con el fin de que su implementación sea eficaz.
- Orientar a los padres sobre la alimentación nutritiva y los requerimientos nutricionales del niño menor de 5 años.
- Promover la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego.
- Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social.

- Detectar y tratar oportunamente la desnutrición en la población menor de 5 años, utilizando la Guía Práctica Clínica propuesta.

Metas

- Capacitar al 100% del personal de salud sobre las acciones contempladas en la GPC con el fin de que su implementación sea eficaz.
- Orientar al 100% de padres de familia sobre la alimentación nutritiva y los requerimientos nutricionales del niño menor de 5 años.
- Promover al 100% la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego.
- Fomentar al 100% la alimentación adecuada a los requerimientos nutricionales a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social.
- Detectar y tratar oportunamente la desnutrición en la población menor de 5 años, utilizando la Guía Práctica Clínica propuesta al 100%.

4.1.2 Constitución del equipo implementador y descripción de la responsabilidad de cada uno de los miembros.

El equipo implementador cuenta con una persona responsable del proceso, el cual hace la función de coordinador, pacientes y personal colaborador interno, externo y mixto (Véase, tabla 4).

Tabla 4.

Equipo Implementador de la GPC en el Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan, Puebla	
Personal Responsable	Función a Desarrollar y Responsabilidad
Enfermera responsable de la implementación del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar vía oficio a las autoridades institucionales y municipales la autorización para la implementación de la GPC • Integrar al equipo de trabajo • Elaborar censo nominal: población menor de 5 años • Realizar talleres de capacitación al personal • Coordinar todas y cada una de las actividades que contempla el proyecto de implementación • Elaborar informe y mostrar evidencias
Colaboradores Internos	
Médico responsable de la unidad médica	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer valoración a todos los niños menores de 5 años de la comunidad e identificar casos de desnutrición • Dar tratamiento a los niños con desnutrición y/o hacer referencia de los casos graves
Enfermera de clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar toma de somatometría a toda la población infantil de la comunidad • Hacer detección de alteraciones nutricionales en los niños menores de 5 años • Proporcionar nutrimentos alimenticios • Llevar la vigilancia y el control nutricional de todos los niños menores de 5 años
Colaboradores Externos:	
Padres de familia y tutores	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar la lactancia materna exclusiva en los RN durante los primeros seis meses y el destete después de los seis meses de edad • Mantener una alimentación nutritiva en la familia • Preparar los alimentos de manera higiénica
Comité de Salud Comité de aval ciudadano Comité de Prospera	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la lactancia materna, el destete y la alimentación nutritiva en la población • Promover la participación de la población • Vigilar la seguridad alimentaria en los hogares • Promover el saneamiento básico y la prevención de infecciones gastrointestinales
Maestros de preescolar	<ul style="list-style-type: none"> • Dar talleres demostrativos a los padres sobre cómo preparar una alimentación nutritiva para la familia • Limitar el consumo de comidas chatarras dentro de las instalaciones • Solicitar a los padres que sus hijos lleven un lunch nutritivo acorde a sus recursos económicos
Autoridad local y Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar diagnóstico de la comunidad para identificar recursos y carencias situacional • Mejorar los servicios básicos
Colaboradores mixtos:	
Jefe Jurisdiccional	<ul style="list-style-type: none"> • Autorizar la implementación del proyecto de trabajo • Proporcionar los recursos necesarios al centro de salud para la implementación de la GPC
Responsable del	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar estudios de investigación nutricional y evaluar

departamento de epidemiología	estadísticamente la incidencia y prevalencia de la desnutrición en la población infantil de la comunidad
Nutrióloga jurisdiccional	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que los niños tengan esquema completo de vacunación • Realizar talleres de capacitación al personal • Dar talleres demostrativos a los padres sobre cómo preparar una alimentación nutritiva para la familia • Hacer evaluación nutricional a la población infantil de la jurisdicción y elaborar planes alimentarios para los casos que así lo requieran
Responsable de enseñanza jurisdiccional	<ul style="list-style-type: none"> • Tener conocimiento del proyecto de implementación de la GPC
Jefa de enfermeras jurisdiccional	<ul style="list-style-type: none"> • Tener conocimiento del proyecto de implementación de la GPC
Equipo zonal de supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar todas y cada una de las intervenciones que comprende el proyecto de implementación de la GPC.

Fuente: Estudiante de Especialidad en Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia. Puebla 2015.

4.1.3 Identificación de la población diana de la GPC a implementar, el ámbito geográfico en el que se requiere implementar y los niveles implicados.

- **Población Diana.**-La población a la que será dirigida la implementación de la GPC es la población infantil de la comunidad de Cuautotola, Amixtlan, Puebla (76 niños menores de 5 años) y los padres de familia (152 padres de familia).
- **Ámbito Geográfico.**- La implementación de la GPC se llevará a cabo en la comunidad de Cuautotola, entidad, ubicada a 1360 metros de altitud sobre el nivel del mar, situada en la Sierra Norte de Puebla, en el Municipio de Amixtlán. Cuenta con 1032 habitantes pertenecientes a la etnia Totonaca, 453 hombres y 579 mujeres. El 83.89% de la población habla alguna lengua indígena y el 27.5% de adultos es analfabeta. La comunidad no cuenta con servicios básicos ni red de internet, ni computadoras (SSEP. Jurisdicción 2, 2013).

- **Niveles asistenciales.**- El Centro de Salud que participará en la implementación de la GPC es una unidad de primer nivel de atención que brinda a la población atención de tipo preventivo y de control prenatal en pacientes obstétricas. Los casos graves se canalizan al hospital General del municipio de Zacatlan, Puebla de los cuales sólo se llevara el seguimiento y control cuando regresen al Centro de Salud.

4.1.4 Búsqueda de apoyos necesarios entre las instituciones involucradas en la implementación.

Para la implementación de la GPC en el Centro de salud de Cuautotola Amixtlan Puebla, se logró contar con el apoyo de las autoridades institucionales y municipales: Presidente Municipal, Jefe Jurisdiccional Nutrióloga Jurisdiccional, comité de salud, comité ciudadano, entre otros. Así como el apoyo de los padres de familia, maestros de la escuela de preescolar y personal de estimulación temprana (colaboradores internos, externos y mixtos).

4.1.5. Diagnostico de la situación de la práctica relacionada con la GPC a implementar.

El diagnóstico situacional es un proceso de investigación operativa que considera los factores internos y externos en los diferentes procesos administrativos, asistenciales, programas de enseñanza y supervisión, así como en la evaluación de los servicios que se están proporcionando, realizado mediante la matriz DOFA (Debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas).

Es por ello que en esta etapa se llevó a cabo un diagnóstico situacional de la práctica y el ejercicio profesional vigente en el rubro de la nutrición, en el Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan, Puebla; en el cuál se identificaron debilidades, oportunidades, fortalezas, y amenazas, para la implementación de la GPC, las cuales se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 5

Matriz FODA (DOFA): Diagnostico Situacional de la Práctica Relacionada con la GPC.

Debilidades	Oportunidades	Fortalezas	Amenazas
Personal			
La falta de estímulos al personal y el bajo sueldo	El uso de la EBE y la propuesta de implementación de la GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años en el Primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud son una gran oportunidad para la mejora en la calidad de la atención y el cuidado.	El personal del centro de salud y colaborador tiene una gran disponibilidad para mejorar la calidad de la atención y cuidado de la población infantil El personal de salud tiene un alto sentido de pertenencia con la institución.	El poco personal existente en la institución y la multiplicidad de funciones es una amenaza para la implementación de la GPC.
Infraestructura			
El área física del Centro de Salud es pequeña y no hay un cubículo especial para la atención de la población infantil.	Existe un espacio libre que permitiría la creación de un cubículo específico para la atención y cuidado de la población infantil.	El área física permite el fácil desplazamiento al personal y dar la atención y cuidado sin ninguna dificultad.	La situación geográfica de la comunidad.
Población			
El analfabetismo de los padres de familia es una debilidad para la implementación de la GPC.	Gestionar con las autoridades municipales la impartición de talles de alfabetismo para la población y en especial para los padres de familia.	El apoyo de las autoridades institucionales y municipales es una gran fortaleza para la implementación de la GPC.	La situación geográfica de la comunidad.

Elaboró: Estudiante de Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia. Puebla, 2015.

4.1.6 Diseño del cronograma del plan de implementación

Todo plan de implementación debe de contemplar un cronograma de actividades, instrumento de operación y control en la gestión de proyectos que contempla las actividades o tareas a realizar, así como las fechas previstas de su comienzo y final (Véase tabla 6).

Tabla 6

Cronograma de Actividades del Plan de Implementación de la GPC en el Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan, Puebla. Del mes de Enero a Octubre del 2015.

Mes Actividades	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre
Elaboración y presentación de la propuesta					
Presentación de la propuesta de implementación en la FE-BUAP					
Solicitar la autorización oficial de las autoridades institucionales y municipales					
Presentación al personal del Centro de Salud de Cuautotola, autoridades municipales y conformación del grupo implementador					
Taller de capacitación al personal y personal de apoyo					
Taller de capacitación a los padres de familia y población en general					
Difusión e integración de los recursos necesarios para la implementación					
Aplicación de la GPC e identificación, identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas					
Evaluación de la eficacia de la GPC					
Elaboración de informe y publicación de resultados					

Elaboró: Estudiante de Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la Familia. Puebla, 2015.

4.1.7 Estimación del presupuesto para el plan de implementación

Con el fin de que se logren los objetivos del plan de implementación de la GPC, se elabora el siguiente presupuesto (Véase tabla 7). El cual podría cambiar de acuerdo al tiempo y lugar de compra.

Tabla 7

Presupuesto para el Plan de Implementación de la GPC en el Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan, Puebla

Concepto	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total en Pesos Mexicanos
Mobiliario			
Laptop	1	6000	6000
Cañón	1	12000	12000
USB	1	120	120
Material de consumo			
Vita niño	1 caja con 60 sobres	Otorgado por la Secretaria de Salud	Otorgado por la Secretaria de Salud
Bebida láctea	1 sobre	Otorgado por la Secretaria de Salud	Otorgado por la Secretaria de Salud
Nutrisano	1 sobre	Otorgado por la Secretaria de Salud	Otorgado por la Secretaria de Salud
Platos desechables	80	1.00	80.00
Cucharas desechables	80	0.50	40.00
Agua	1 litro	12.00	12.00
Arroz preparado	1 cacerola de 1 kilo	100.00	100.00
Chayotes hervidos	2 kilos	20.00	20.00
Semillas de col, zanahoria, rábano, acelga, lechuga	100 sobres de cada semilla	15.00	1500.00
Equipo			
Machete	5	60.00	300.00
Pala	3	20.00	600.00
Cubetas	5	15.00	75.00
Azadón	3	100.00	100.00
Subtotales		18,463.50	20,947.00
Total			39,410.50

Fuente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la familia. Puebla, 2015.

4.1.8 Diseño de la estrategia de evaluación del plan de implementación.

La implementación de una GPC puede afectar tanto al proceso asistencial como a los resultados alcanzados con dicho proceso. Es por ello que con el fin de saber si es eficaz la implementación de la GPC en cuanto a su estructura, proceso y resultado se plantean los siguientes instrumentos e indicadores de operación y control (Véase tabla8).

Tabla 8

Estrategias de Evaluación del Plan de Implementación

Nivel	Evaluación	Indicador	Instrumento
Paciente	Mejora en el estado nutricional en los menores de 5 años	Peso, talla, IMC	Hoja de control nutricional Tabla de comparación de medidas
Padres de familia	Medidas de cambio en la alimentación nutricional familiar Adherencia a la GPC	Observación directa de los alimentos preparados para la comida y el lonch del niño que acude al preescolar	Visita domiciliaria y al preescolar
Recursos materiales	Forma en que los recursos han sido distribuidos y utilizados	Registro de la distribución de los recursos y de su uso	Inventario
Profesionales de la salud	Conocimientos y niveles de habilidad Número de intervenciones realizadas Motivación y satisfacción con el proceso	Asistencia a los talleres de capacitación Registro de intervenciones realizadas Actitudes de cambio	Examen de conocimientos Informe Instrumento de satisfacción en el trabajo
Proceso	Forma en que es otorgada la atención y el cuidado otorgado y si este ha sido de calidad, seguro, oportuno efectivo, eficiente y equitativo, centrada en la nutrición de la población infantil	Registro de las intervenciones y actividades realizadas Encuesta	Historia clínica Hoja de cuadro clínico Cuestionario sobre la calidad de la atención otorgada por el personal
Logro de objetivos y resultados	Mejora en la calidad de la atención y el cuidado de la población infantil	Incidencia y prevalencia de la desnutrición en menores de 5 años	Estadísticas Investigación cuantitativa y cualitativa

Fuente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la familia. Puebla, 2015.

4.2 Análisis de contexto en el que se va a implementar la GPC

La identificación y análisis del contexto es uno de los aspectos más importantes para la implementación de la GPC, pues expone las características institucionales, políticas, y culturales de la población y asume el carácter cambiante de éste y sus múltiples dimensiones.

La implementación de la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de Cinco Años en el Primer Nivel de Atención (S. S., 2008), se dará en una comunidad de bajo desarrollo social y en un contexto sociosanitario de primer nivel de atención perteneciente a la comunidad de Cuautotola Amixtlan, Puebla; la cual cuenta con un Centro de Salud perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, cuya estructura física es de concreto y esta conformada por una sala de espera, un consultorio médico, una área de curación, una sala de expulsión, un área de vacunación, un consultorio dental, sala de hospitalización para púerperas de bajo riesgo, baño de pacientes, baño de personal, residencia de pasantes (1 de enfermería y 1 de médicos), cocina, patio de servicio, bodega séptico. El personal de salud esta integrado por un medico general de contrato como responsable de la unidad, una licenciada en enfermería homologada como responsable de enfermería y una enfermera general. Por lo que para la implementación de la GPC se cuenta con personal colaborador interno y externo.

4.3 Identificación de barreras y facilitadores

Las barreras y facilitadores pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional, y que en el caso de la GPC puede definirse como adherencia, o falta de adherencia, a sus recomendaciones de acuerdo al Grupo de trabajo sobre implementación de GPC del

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) y Orellana (2007). Grol, Wensing & Eccles. (2005) propone clasificar las barreras y facilitadores en aquellas relacionadas con el profesional sanitario, el contexto social y el contexto organizativo, es por ello que después de realizar el análisis de contexto a nivel institucional y comunitario y la observación directa se identificaron las siguientes barreras y facilitadores para la implementación de la GPC propuesta (Véase tabla 9).

Tabla 9

Barreras y Facilitadores Identificados en la Propuesta Diseñada para la Implementación de la GPC Seleccionada en el Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan, Puebla

Clasificación	Barreras	Facilitadores
Profesional de Salud: Conocimientos, actitudes, motivación para el cambio y características personales.	Falta de interés o disponibilidad para tomar el taller de capacitación sobre el uso de la GPC. Resistencia del personal para el cambio de práctica profesional	Presencia de personal profesional innovador con un nivel académico de licenciatura y con una gran disposición al cambio.
Contexto social: Padres de familia y colegas	Falta de interés en las madres de familia sobre la preparación del suplemento alimenticio “vita niño”. Madres de familia que no son afiliadas al programa PROSPERA por ser renuentes y por no asistir a los talleres y a control nutricional de sus hijos	Participación de docentes en la capacitación a la población sobre la importancia de la alimentación nutritiva y la preparación de alimentos relacionados al plato del buen comer Información sobre el manejo de la desnutrición basada en la Evidencia Científica.
Factores relacionados con el sistema: Organización, estructura y medidas económicas.	No se cuenta con espacio y recursos audiovisuales (cañón) para el taller de capacitación dentro de la unidad medica No se cuenta con promotor de salud. Falta de recursos económicos para la compra de insumos para huerto de hortalizas. Falta de trabajo en equipo del personal externo	Apoyo de las autoridades municipales de Amixtlan y de la jurisdicción sanitaria 02 perteneciente a la Secretaria de Salud respecto a insumos. Objetivos de mejora claros y adaptados al contexto. Equipo Multidisciplinario de salud en la adopción de las recomendaciones de la GPC.
Aspectos relacionados con la GPC	Términos o expresiones difíciles de comprender respecto a las recomendaciones.	Disposición de la GPC en internet, en formato práctico

Fuente: Manual Metodológico de Implementación de GPC en el SNS. (Grupo de Trabajo, 2009). Estudiante de la Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la familia. Puebla, 2015.

4.4 Diseño de estrategias de intervención

La implementación de una GPC requiere del diseño de estrategias de intervención que sean viables, factibles y evaluables, acordes a las recomendaciones contempladas en la GPC, que sean capaces de generar cambios en la práctica profesional y orientados a mejorar los resultados asistenciales. De ahí las estrategias consideradas en la presente propuesta de implementación de la GPC, las cuales se hacen con base en las teorías de enfoque en el contexto y la interacción social (Véase tabla 10), (Grol et al., 2005).

Tabla 10

Estrategias Consideradas para la Implementación de la GPC Seleccionada en el Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan, Puebla.

Intervención	Estrategias
Intervenciones sobre los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con directivos, docentes y comités de padres de familia para la presentación y autorización de la implementación de la guía. • Involucrar a las autoridades municipales, locales y de salud • Solicitar apoyo al DIF municipal para la facilitación de las semillas y recursos • Distribuir al personal material educativo: entrega en mano en el lugar de trabajo de la GPC y tríptico. • Llevar a cabo talleres de capacitación, sesiones clínicas, reuniones informativas semanales • Proporcionar información clínica recogida directamente de la población blanco • Evaluación de avances y retroalimentación de los procesos • Recordatorio sobre las fechas de cita de la población blanco a través de visitas domiciliarias, pósteres y/o folleto • Identificación del grupo blanco (población infantil menor de 5 años). • Fomentar el mantenimiento de la salud de la población infantil y la corresponsabilidad en el cuidado • Coordinación con las autoridades del Hospital General de Zacatán para los casos que sean referidos.
Intervenciones económicas	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar con las autoridades institucionales incentivos económicos (Pago de viáticos) para el personal participante. • Gestionar para los padres de familia incentivos materiales
Intervenciones organizativas	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los roles y funciones a desarrollar por el equipo implementador • Integración formal de los grupos de apoyo • Colocar buzón de quejas y sugerencias de parte de la población y padres de familia • Obtención de un archivero para mantener en orden las historias clínicas y formatos de evaluación y control • De ser posible realizar cambios en relación a la estructura del servicio
Intervenciones reguladoras	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de conflictos entre el personal • Manejo de quejas y reclamaciones de los padres de familia y/o población • Acreditación de profesionales y unidades.

Fuente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la familia. Puebla, 2015.

4.5 Puesta en marcha de las estrategias planteadas en la propuesta del plan de implementación de la GPC.

Para poder tomar una decisión basada en la evidencia sobre la implementación de la guía, los responsables de implementarla debemos conocer la efectividad y la relación coste efectividad de las distintas intervenciones, así como sobre los recursos necesarios para realizar la intervención, cuestiones a tener en cuenta también en la evaluación. Por ello una vez decididas las estrategias de implementación de la GPC nos planteamos la siguiente interrogación ¿cómo ponerlas en práctica y con qué recursos? Esto con el fin de que se cumplan de la mejor manera posible todas y cada una de las recomendaciones contempladas en la GPC.

- Motivar al personal de salud de la adopción de la GPC señalando la relevancia y factibilidad el beneficio del cambio y proveerle de la GPC en forma impresa y de bolsillo.
- Mantener un sistema de difusión de la propuesta de implementación de la GPC con las autoridades de la comunidad, padres de familia y población en general a través de la distribución constante de material educativo: trípticos, folletos, carteles, etc.
- Convocar a al equipo implementador reuniones y talleres durante todo el proceso
- Generar un sistema de información manual para la recogida de datos (ausencia de Internet).
- Elaborar instrumentos que sirvan de guía para el desarrollo del trabajo y detallen los pasos a seguir y la toma de decisiones: programa de trabajo, cronograma de actividades, fluxogramas y formatos de registro entre otros.
- Asesoría y supervisión continúa para identificar avances y retrocesos.

4.6 Pilotaje de la intervención

Con el fin de valorar si el contenido y las recomendaciones contempladas en la GPC, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en Menores de 5 Años en el Primer Nivel de Atención (S. S., 2008), se hizo una prueba piloto a pequeña escala, siguiendo las recomendaciones de ésta paso a paso. Para ello, se utilizó la técnica de los ciclos de mejora de Shewhart, conocido por el acrónimo PHCA, que corresponde a las iniciales en inglés de Planificar, Hacer, Evaluar y Ajustar (Véase tabla 11).

Planificar En esta etapa se tomó la decisión de aplicar la guía a 5 menores de cinco años, se definieron los objetivos y las actividades que se aplicarían. Se definió la forma de recoger los datos para generar el sistema de información manual y se precisaron los indicadores para su evaluación y para la evaluación del ciclo.

Hacer: Se aplicaron todas las recomendaciones a 3 menores de 5 años y sus padres por parte del equipo implementador. Sin embargo, por ser poco el tiempo no podrían validarse los resultados.

Comprobar y evaluar: Se analizaron los datos, se compararon con las predicciones y se identificaron puntos fuertes y débiles en el desarrollo de la implementación de la GPC.

Ajustar: Se plantea realizar un pequeño reajuste a las actividades a realizar para la implementación real de la GPC en el Centro de Salud de Cuautotola, Amixtlan Puebla.

Tabla 11

Resultados la Prueba Piloto

Nivel	Evaluación	Indicador
Paciente	Se observa leve mejora en el estado nutricional de los menores de 5 años	Resultado obtenido mediante la toma del peso, talla e IMC
Padres de familia	No se pudo constatar si hubo realmente cambio en la alimentación nutricional familiar y adherencia a las recomendaciones de la GPC	Resultado obtenido mediante la observación directa de los alimentos preparados para la comida y el lonch del niño que acude al preescolar
Recursos materiales	Los recursos disponibles fueron distribuidos y utilizados adecuadamente	Resultado obtenido mediante el registro de la distribución de los recursos y de su uso
Profesionales de la salud y equipo implementador	Conocimientos y habilidades poco fortalecidos	Apenas se ha impartido un taller de capacitación a todo el equipo implementador
	Pocas intervenciones realizadas	Registro de intervenciones realizadas
	Hay motivación y disponibilidad para el cambio	Pequeña encuesta al personal participante
Proceso	Muy subjetiva la evaluación sobre la calidad de la atención y el cuidado otorgado	Aplicación de una pequeña encuesta a los padres de familia
Logro de objetivos y resultados	Se considera que el logro de los objetivos y resultados fue muy vaga	No se cuenta con reportes de incidencia y prevalencia de la desnutrición en menores de 5 años posterior a la prueba piloto

Fuente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la familia. Puebla, 2015.

4.7 Evaluación continúa

El potencial de la evaluación continua del proyecto de implementación de la GPC radica en el hecho de que permite identificar de manera constante y durante todo el proceso los aspectos positivos y negativos con los que opera. De ahí que se hace necesario elaborar un plan de evaluación respecto a: los recursos disponibles (materiales,

económicos y humanos), al contexto en el que se va a implementar, la eficacia de las estrategias diseñadas, el sistema de recogida de la información, entre otros indicadores.

4.8 Replanificación de la implementación

Posterior al monitoreo y evaluación de la implementación de la GPC e identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas se requiere hacer una replanificación con el fin de mejorar su aplicación y lograr que los resultados se logren de la mejor manera posible, este proceso no es estático ni rígido y tener una visión holística y global de las distintas etapas y de los diversos actores implicados.

Fase 5. Propuesta de Monitorización y Evaluación

La etapa de monitorización y evaluación nos permite conocer si las estrategias propuestas para la implementación de la GPC son factibles, eficaces y permiten el logro de los objetivos. Por eso hay que especificar en el plan de implementación, qué es lo que debe ser evaluado, qué información recoger, cómo y donde debe de recogerse, cuales van a ser las fuentes de información y los indicadores e instrumentos de monitorización y evaluación así como el diseño más apropiado de evaluación. También es necesario especificar si queremos que los resultados se mantengan a lo largo del tiempo con el fin de crear una cultura organizacional que alimente la adherencia al uso de GPC en la práctica profesional.

La evaluación de la estructura, evalúa los recursos (equipo, instrumentos y profesionales requeridos), los cambios organizacionales y la cualificación o formación del personal sanitario. La evaluación del proceso nos permite conocer cómo está funcionando el plan de implementación, se centra en saber qué se hace y quién lo hace. Se trata de información fundamental para determinar si el plan de implementación es

eficaz, o cómo puede mejorarse y qué nuevas estrategias de implementación se pueden plantear y la evaluación del resultado debe identificar los cambios que se han dado en los pacientes como resultado de la aplicación de la GPC, comparándolos con los resultados que se esperaban.

De ahí que la propuesta de monitorización y evaluación del proyecto de implementación de la GPC se haga en tres niveles: a nivel del paciente (cambios en la salud de los pacientes), a nivel de los profesionales de la salud (cambios en la práctica) y a nivel organizacional (cambio en la calidad de la atención y el cuidado de la población infantil en el rubro nutricional) de acuerdo a los resultados esperados (Véase tabla 12).

Tabla 12
Indicadores para la evaluación de la Guía Práctica Clínica

Categoría	Estructura (lo que se necesita)	Proceso (Como lo hacemos)	Resultado (Que ocurre)
Organización / Unidad	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad organizacional • Cultura y soporte para el cambio • Mecanismos de aseguramiento de la calidad • Procedimientos • Espacios físicos • Equipamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo/modificación de políticas y procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la calidad de la atención y el cuidado de la población infantil • Logro de objetivos institucionales
Personal/ proveedor	<ul style="list-style-type: none"> • Número personal/paciente • Roles • Programas educativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes hacia las GPC • Conocimientos/habilidades de la intervenciones a realizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a programas educativos • Adherencia a la GPC • Número de evaluaciones realizadas • Número de tratamientos adecuados • Satisfacción del profesional
Paciente/ Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Características del paciente • Implicación en toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes hacia las GPC • Aceptación de los padres de familia/comunidad • Conocimiento de la familia/comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud del niño menor de 5 años • Salud de la familia • Satisfacción con la asistencia recibida
Costes	<ul style="list-style-type: none"> • Costes de los recursos requeridos • Nuevo equipamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Costes de las estrategias de implementación • Educación del personal/pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Costes de material de innovación: productos y fármacos • Crecimiento del Servicio • Tiempo estancia • Número de pruebas diagnósticas • Número de intervenciones.

Fuente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería Comunitaria con Énfasis en la familia. Puebla, 2015.

Conclusiones

La implementación de las Guías de Práctica Clínica es un proceso sistemático que permite al personal de enfermería aplicar los resultados de la investigación en la toma de decisiones para mejorar la práctica profesional mediante el uso de la EBE. Proceso que puede ser difícil pero no imposible, si se hace una planeación: viable, factible y eficaz.

El hacer uso de la EBE y de las GPC de manera asertiva fortalece la práctica profesional, mejora la calidad de la atención y el cuidado del paciente y lleva a las enfermeras y enfermeros a asumir con responsabilidad su profesión y promocionar la excelencia de los cuidados.

Referencias

- Alonso, C. O., Ezquerro, R. O., Fargues, G. I., García, A. J., Marzo, C. M., Navarra L. M. & Pardo P. J. (2004). Enfermería Basada en la Evidencia. *Hacia la excelencia en los cuidados*. Ministerio de Sanidad y Política Social. España.
Recuperado en:[http://www.archbronconeumol.org/ficheros/eop/S0300-2896\(12\)00334-1.pdf](http://www.archbronconeumol.org/ficheros/eop/S0300-2896(12)00334-1.pdf)
- Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Next Steps Consortium. (Mayo, 2009).
Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Recuperado de
http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
- Comisión Permanente de Enfermería. (CPE, 2013). Guías de Práctica Clínica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud.
Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/
- Diario Oficial de la Federación (9 de febrero 2001). Norma Oficial Mexicana NOM – 031 - SSA2 – 1999, para la Atención a la Salud del Niño. (NOM – 031 - SSA2 – 1999). México: Secretaria de Salud.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011). La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF, España. Recuperado de
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2013). Informe Anual UNICEF México, 2013. Situación de la Niñez en México. UNICEF Únete por la Niñez.

Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

Grol, R., Wensing, M. & Eccles M. (2005). From best evidence to best practice; about Effective Implementation of change in patient care. *Lancet*. 362(9391):1225-30.

Grupo de trabajo sobre Implementación de GPC en el Sistema Nacional de Salud.

Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de Salud. +CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02

Recuperado de: <http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/index.html>

Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I

Orellana, A. & Paravic, T. (2007). Enfermería basada en evidencia. Barreras y Estrategias para su implementación. *Rev Ciencia y Enfermería XIII*. (1): 17-24.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Desnutrición infantil: ¿Cómo fue la alimentación de los niños y niñas en la década pasada? Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de Estados Unidos y la OMS. Ginebra, Suiza.

Organización de las Naciones Unidas (2015). Ratificación de los Derechos del Niño.

Avance para niños y niñas y generaciones futuras. SOMALIA 21 de enero.

Recuperado de: www.un.org/es/millenniumgoals/mdgnews.shtml

Secretaría de Salud. (S. S., 2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

(ENSANUT). Instituto Nacional de salud Pública México.

Secretaría de Salud. (2008). Guía de Práctica Clínica GPC: Diagnóstico y tratamiento de

la desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención.

Gobierno Federal, México. Recuperado de:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/pdf>

Secretaría de Salud del Estado de Puebla. (SSEP, 2014). Sistema de Información en Salud (SIS). Informe mensual del Centro de Salud de Cuautotola Amixtlan Jurisdicción 2. Puebla, México.

Scott & McSherry (2009). Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in Practice. *Journal of Clinical Nursing* Volume 18, Issue 8, April. pages 1085 – 1095.

Apéndice A.
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Instrumento para la evaluación de guías de práctica AGREE (Appraisal of Guidelines
Research & Evaluation Next Steps Consortium, 2009).

TABLA 1

Comparación de los ítems del AGREE original y el AGREE II

Ítem del AGREE original	Ítem del AGREE II
Dominio 1. Alcance y Objetivo	
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Sin cambios.
2. El (los) aspecto(s) clínico (s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.
Dominio 2. Participación de los implicados	
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Sin cambios.
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Sin cambios.
7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	Ítem suprimido. Incorporado en la descripción del ítem 19 de la guía del usuario.
Dominio 3. Rigor en la elaboración	
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Sin cambios en el ítem. Renumerado como 7.
	Sin cambios en el ítem. Renumerado como 8.
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	NUEVO Ítem 9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Sin cambios.
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Sin cambios.
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Sin cambios.
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Sin cambios.
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Sin cambios.

Ítem del AGREE original	Ítem del AGREE II
Dominio 4. Claridad de la presentación	
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Sin cambios.
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Sin cambios.
Dominio 5. Aplicabilidad	
18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica. Y cambio de dominio (de Claridad de la Presentación) y renumerado como 19.
19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones.	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. Y cambio en el orden –renumerado como 18.
20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.
21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoría.	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.
Dominio 6. Independencia editorial	
22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.
23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.

Apéndice B.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Resultados de la Evaluación de la GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición
en Menores de Cinco Años en el Primer Nivel de Atención (S. S.; 2008).

Dominio 1. Alcance y objetivo

1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

Dominio 2 Participación de los Implicados

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

Dominio 3. Rigor en la Elaboración

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	---------------------

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	------------------

12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	------------------

13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	------------------

14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	------------------

Dominio 4.- Claridad de la Presentación

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	------------------

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	------------------

17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
---	---	---	---	---	---	------------------

Dominio 5. Aplicabilidad

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Dominio 6. Independencia Editorial

22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.

1	2	3	4	5	6	7 Muy de acuerdo
----------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------------

23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.