



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA/ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA MULTIDISCIPLINARIA EN EL PERSONAL DE SALUD PARA
LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES DE
CINCO AÑOS, EN LA LOCALIDAD DE CELESTÚN, YUCATÁN

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA PRESENTA

ALUMNO: Dulce María Salazar Barrera

Correo electrónico: uxa15_1@hotmail.com

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO 2009-2011

DIRECTORA: Dra. Elsa Yunes Díaz

Instituto Nacional de Salud Pública/Epidemiología

Cuernavaca, Morelos.

ASESOR: Ped. Albino Velázquez Lagunes

Servicios de Salud de Yucatán/Capacitación Estatal CENSIA

Mérida, Yucatán.

CUERNAVACA, MORELOS, AGOSTO 2013.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	.....03
2. ANTECEDENTES	.....04
3. MARCO TEÓRICO	.....09
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....17
5. JUSTIFICACIÓN	.....19
6. OBJETIVOS	..... 21
7. MATERIAL, MÉTODOS E INSTRUMENTOS	.....22
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	.....27
9. RESULTADOS	.....28
10. DISCUSIÓN	.....39
11. RECOMENDACIONES	.....41
12. BIBLIOGRAFÍA	.....43
13. ANEXOS	..... 49

1. INTRODUCCIÓN

Las causas de la enfermedad diarreica aguda son múltiples. Una de ellas y a la que se refiere el presente estudio es en relación a la capacitación del personal de salud en la atención de la enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años del municipio de Celestún, Yucatán.

El objetivo principal es fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje del personal de salud multidisciplinario.

La atención de un personal de salud bien capacitado puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. La capacitación continua y actualizada en salud, así como la supervisión, son básicas y necesarias para asegurar la calidad de los servicios y atención brindada a la comunidad.^{1, 2}

Son conocimientos básicos que el personal de salud multidisciplinario debe saber y aplicar en todo momento: el manejo de la deshidratación, signos de alarma, factores de mal pronóstico, criterios de seguimiento, signos de deshidratación, saneamiento básico, CEDATHOS.

Para analizar la situación anterior se realizó una intervención educativa al personal multidisciplinario involucrado en la atención de la enfermedad, se realizó una medición basal del conocimiento, la intervención en salud y posterior a ésta se midieron los conocimientos encontrados.

Nuestro estudio de investigación se realizó por el interés de fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje que se le ofrece al personal, ya que éste merece calidad en la información que recibe.³

2. ANTECEDENTES

La enfermedad diarreica aguda es también conocida como diarrea, síndrome diarreico o gastroenteritis aguda.⁴

Esta enfermedad de origen infeccioso, es causada por diversos agentes patógenos tales como bacterias, parásitos, virus y hongos. Se caracteriza por presentar un cuadro clínico auto limitado (duración menor de cinco días) de inicio rápido con presencia de evacuaciones líquidas, e incremento en la frecuencia de las mismas; puede ir acompañada de otros signos o síntomas como vómito, náusea, dolor abdominal, fiebre y desequilibrio hidro-electrolítico. La diarrea aguda se presenta con mayor frecuencia en los niños menores de 5 años, afectando más a los menores de un año de edad, en donde se tiene una elevada morbi-mortalidad.⁵

Las estimaciones recientes indican que en los países en desarrollo cada niño menor de 5 años experimentará de dos a tres episodios de diarrea por año. De acuerdo con los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad diarreica representa el 17% de las muertes a nivel mundial en los niños menores de 5 años de edad. Las diarreas ocupan el quinto lugar con mayor carga de enfermedad expresada en años de vida perdidos superada por las afecciones perinatales, enfermedades respiratorias y el Virus de Inmunodeficiencia Humana/SIDA. Los agentes infecciosos más ampliamente difundidos en el mundo son los virus (principalmente rotavirus) que causan del 70 al 80% de las diarreas infecciosas; las bacterias ocupan entre el 15% de los casos y los parásitos ocupan el 5%. Esta enfermedad afecta principalmente a los niños menores de un año de edad (tasa de incidencia de 283.66 x cada 1000 niños menores de 5 años) y posteriormente a los niños de 1 a 4 años (tasa de incidencia de 147.38 x cada 1000 niños menor de 5 años) a nivel nacional. Las enfermedades Diarreicas Agudas en los niños menores de 5 años han disminuido 8.1 % en los últimos 7 años, dado que la tasa de incidencia pasó de 189.48 en el 2000 a 174.22 en el 2007. En el año 2007 las Enfermedades Diarreicas Agudas se agruparon en ocho padecimientos, de los cuales, las infecciones intestinales por otros

organismos y las mal definidas, son las responsables del 89% de los casos de las diarreas en niños menores de 5 años edad, seguidos por la amebiasis intestinal (8%) y otras infecciones intestinales debidas a protozoarios (2%).⁶ A nivel estatal se ha registrado una tendencia descendente del número total de casos por enfermedad diarreica, sin embargo la tasa de morbilidad por 1000 en menores de 5 años en 2008 es 249.54, en 2009 de 265.15, en 2010 de 210.7, en 2011 de 229.8 y en el 2012 de 201.8. La tasa de mortalidad de igual forma con tendencia descendente: en 2007 de 13.49 x 100 000, en 2008 con 14.81, en 2009 con 11.1, en 2010 con 11.65, 2011 con 10.98 y cifras preliminares en 2012 con 8.49; a comparación de los 90's con una tasa de 112 defunciones x 100 000 menores de 5 años). Sin embargo, el número de defunciones por enfermedades diarreicas que cada año se registran, aún es injustificadamente elevado. Asimismo, continúan siendo uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud. Este fenómeno se acentúa más en las áreas urbanas y rurales-marginadas.⁷

Desde hace aproximadamente 2 decenios, la OPS creó una estrategia para disminuir la morbilidad y mortalidad en la niñez, la estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), la cual propone el abordaje de una manera integral enseñanza de la salud infantil en las escuelas y facultades de América Latina (salud del niño y del adolescente, salud familiar y comunitaria, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia).⁸

Desde 1984, se ha abordado una de las 4 principales acciones para disminuir los casos de diarrea aguda en el país: apoyar la motivación y capacitación del personal de salud y de la comunidad, por medio del diseño y elaboración de carteles, material audiovisual, folletos de educación para la salud, publicaciones científicas, rota-folios, fotonovelas, películas en videocinta y la creación de un centro normativo de hidratación oral, siguiendo los lineamientos de las normas oficiales.⁹

En Nuestro país en el estado de Veracruz, en el 2000, se llevó a cabo un estudio con el enfoque constructivista en donde se llegó a la conclusión de que una capacitación a todos los actores de este modelo (profesores, tutores y alumnos) y una presentación amena para los padres de familia fue fundamental para el logro de los objetivos. Por otro lado, se concluyó que la interacción entre el equipo diseñador y los tutores se debe mantener durante todo el

proceso con el fin de poder controlarlo para detectar algún problema y hacer cambios sobre la marcha en caso de ser necesario, ya que se debe recordar que éste es un modelo dinámico. Los resultados obtenidos hasta ese momento fueron alentadores y motivaron a continuar con la implementación del mismo.¹⁰

En el 2005, en el Salvador se redacta un manual de la cruz roja para la capacitación a la población adulta.¹¹ El Dr. Enoc Díaz Santana de la UPR de Humacao, Puerto Rico, elaboró “un instructivo” de cómo llevar a cabo el enfoque constructivista con los alumnos para el aprendizaje de temas en salud.¹²

Un estudio reciente en el 2006 en Ecuador muestra el interés por captar las necesidades de capacitación del personal que labora en las unidades de salud del primer nivel en general.¹³

Estrategias a nivel mundial son plasmadas en investigaciones y trabajos como se han desarrollado recientemente reuniones panamericanas de la OPS en Lima, Perú, en el 2008 en donde se abordan los temas de apostar por la educación a la población y al personal de salud.¹⁴ Por medio de DELOS (desarrollo local sostenible) se realiza la aplicación del enfoque constructivista en la educación sanitaria en junio 2008.¹⁵ En el año 2010, se elaboró un proyecto terminal profesional de Olga Martínez Sandoval en donde se aborda la temática de la capacitación por el enfoque constructivista para las diarreas en Elota, Sinaloa, es un trabajo muy similar al propuesto, sólo que en el antes mencionado se incluye la capacitación a las madres de los menores y es en niños inmigrantes. El trabajo logró desarrollarse cumpliéndose prácticamente todos los objetivos planteados, quedando pendiente el seguimiento de los niños a un año.¹⁶ Y en general se han elaborado múltiples trabajos de intervenciones educativas principalmente a la población, como lo es el trabajo de “Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL-colesterol en diabéticos tipo 2 del Instituto Salud pública,”¹⁷ “Accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población joven: evaluación de una intervención educativa en Cuernavaca,”¹⁸ “Efecto de una intervención educativa sobre la memoria operativa de trabajo del adulto mayor: estudio cuasi experimental con juegos populares”,¹⁹ “Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa,”²⁰ “Intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México,”²¹ “Accidentes de tránsito de vehículos

de motor en la población joven: evaluación de una intervención educativa en Cuernavaca, Morelos.”²²

En Celestún, Yucatán se elaboró un Diagnóstico Integral de Salud en el año 2011. En relación a los determinantes de la salud, los principales factores socio-demográficos de riesgo fueron los siguientes: sedentarismo (57.32%), hacinamiento en las viviendas (21.21%), uso de agua entubada para consumo humano (1.6%) y uso de agua entubada para consumo doméstico (57.6%), preparación de alimentos a base de leña (42.1%) y carbón(0.98%), viviendas sin energía eléctrica(2.2%), conformadas por pisos de tierra (2.2%), con paredes de piedra (4.2%), con techos de paja, caña o palma (0.3%). Consumo diario de pan y pastas (79.8%), de grasas y aceites (60.6%) y de refrescos embotellados (49.2%). Escolaridad completa del nivel básico (50.69%), trabajo en el sector económico primario (67.04%). Principales factores ambientales de riesgo encontrados: disposición y eliminación de basura en tiraderos (11.7%) a cielo abierto (2.9%), incineración y/o quema (20.8%), manejo de excretas a ras del suelo (9.1%) y convivencia con fauna nociva (41.7%). Dentro de las necesidades sentidas de la población el 31.1% de las viviendas consideran que su situación económica “no alcanza para vivir”. En relación a los daños a la salud, para la morbilidad, se observa que las 10 primeras causas son predominantemente infecto-contagiosas destacando las infecciones de vías respiratorias, enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias, úlceras gastritis y duodenitis y enfermedades parasitarias. La tasa de morbilidad más elevada es en mujeres, ya que las mujeres utilizan más los servicios de salud. En relación a la mortalidad, se observa que las 10 primeras causas son predominantemente crónico-degenerativas, de accidentes y lesiones (relacionadas con el consumo de alcohol). En los menores de 5 años las principales causas relacionadas son las infecciones respiratorias agudas bajas, asfixia y trauma al nacimiento, malformaciones congénitas del corazón, peso bajo al nacimiento y prematurez. El porcentaje de consumo de drogas de 6.8%, de tabaquismo (29.9%) y de alcoholismo (51.7%). En relación a las necesidades sentidas, la población y los líderes comunitarios reconocen las patologías más comunes en Celestún (infecto-contagiosas), sin embargo se continúan enfermando de éstas. En relación a las variables de la organización de los servicios y recursos, el porcentaje de mujeres en edad reproductiva sin utilizar algún método de planificación familiar es del (58.7%), en el sexo masculino se registra un 1.2%. El 13% de las viviendas no utilizan el

centro de salud y el 91.28% refieren no tener ningún tipo de seguridad social, únicamente el seguro popular; el H. Ayuntamiento apoya con vehículo para traslado de pacientes en caso necesario, da apoyo económico extra al personal de salud y tiene contratado a un médico para dar consulta en el centro de salud. El municipio cuenta con 1 centro de rehabilitación del DIF, 3 farmacias particulares y 1 laboratorio privado de análisis clínicos básicos. Hay una razón de médicos: 0.77 x 1000 habitantes, de enfermeros: 0.92 x 1000 habitantes y de promotores: 0.15 X 1000 habitantes. La cobertura de servicios en relación a horarios son las 24 hrs los 365 días a la semana. En referencia a las necesidades sentidas de la población en salud se quejan en torno a los servicios otorgados (no hay medicinas, mala atención, pocas citas para consulta, no hay doctores, no hay servicio de urgencias), se reportan muchos viajes a Mérida para consultas médicas. La población percibe el significado de las palabras “salud” y “enfermedad” de una manera limitada. Los líderes comunitarios, coinciden en mucho sobre la situación en salud, sobre todo en las carencias de los servicios de salud. En la priorización la enfermedad diarreica aguda ocupó el segundo lugar, en el acercamiento a nivel jurisdiccional y local se descubre que no hay cursos de capacitación continua y por eso el objetivo general es el de fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje en relación a la atención de la enfermedad diarreica aguda en el personal de salud multidisciplinario mediante el modelo de aprender a aprender y/o enfoque constructivista.²³

3. MARCO TEÓRICO

La historia de la educación para la salud como una profesión emergente data de tan sólo un poco más de cien años, el concepto de educación para la salud ha estado presente desde la época prehistórica, sin embargo las iniciativas en salud de promoción y prevención de la enfermedad se originaron en los años 70's. En 1978, en los Estados Unidos de Norteamérica se dio la Declaración de Alma Ata de Atención Primaria de la Salud, en donde se remarca en específico en el punto 6 la esencia y bondad de la atención primaria de la salud, reconfortada con la promoción a la salud. En el punto 7 se hace una remembranza de lo que comprende la atención a la salud, quiénes deben estar involucrados, las actividades que se realizan, el reconocimiento de la promoción a la salud como uno de los componentes de la atención primaria y como una herramienta fundamental para lograr alcanzar el estado de salud en general.²⁴

En la Ley General de Educación, en su artículo segundo, establece que la educación es un proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, y es factor determinante en la adquisición de conocimientos para formar al hombre de manera que tenga sentido de solidaridad social. Esta educación basada en competencias, "la profesionalización" esta dirigida a la formación de personal en relación a conocimientos, destrezas y actitudes personales e intelectuales al realizar tareas y funciones específicas con un desempeño óptimo, los cuales son observables y medibles. La definición de capacitación denota una guía para que el personal ejecute y desarrolle satisfactoriamente una tarea específica. Su objetivo es mejorar el rendimiento presente o futuro del personal siempre en busca de otorgar mayores conocimientos para obtener mejores destrezas o habilidades en determinado puesto, sustentado en el artículo 153-B de la Ley Federal del Trabajo y por el Reglamento Nacional de Salud.^{25, 26, 27}

La prevención de la enfermedad se ha convertido en una estrategia bien conocida en la profesión de la asistencia sanitaria. Sin embargo, las actividades de prevención, las cuales son de naturaleza intangible, deben ser cuidadosamente planificadas.²⁸ Lawrence Green la

definió como *"una combinación de experiencias aprendidas diseñadas para facilitar las actividades específicas que conducen a la salud"*. Desglosando ésta definición con las palabras clave se entiende por educación sanitaria a las diferentes estrategias por el cual un individuo (educador) ofrece las herramientas para que otro individuo (alumno) desarrolle un comportamiento libre y voluntario encaminado a mejorar o mantener las condiciones de vida favorables para preservar el buen estado de salud,²⁹ entre los objetivos y principios de la educación para la salud está el motivar a la población para adoptar conductas que promuevan estados saludables y proporcionar los conocimientos para obtenerlos, apoyo en el desarrollo de actitudes positivas, de autoayuda, empoderar a la gente para ser autosuficiente, con habilidades y conocimientos necesarios para lograr estilos de vida saludables. Hay varias formas de llevar a cabo la educación en salud: que el alumno haga sólo lo que le dice el educador, otra forma es permitir que el alumno tome las decisiones después de la información otorgada, otro es que el educador oriente al alumno sobre la decisión, pero finalmente el alumno es el que decide. Se considera que lo ideal es trabajar directamente y en coordinación con la comunidad para identificar conocimientos y habilidades de ésta y verificar que información necesitan para proporcionárselas y con esto logren tomar decisiones informadas. Sin embargo en situaciones especiales como los de una epidemia, la conducta a seguir está definida, por lo que la población tiene que seguir las indicaciones específicas.³⁰

Actualmente toda organización como respuesta a los avances tecnológicos tiene la necesidad de contar con recursos humanos capacitados que sean calificados y productivos con desarrollo personal y profesional, siempre a la vanguardia con la más alta calidad, en beneficio de ésta. La esencia del beneficio de la capacitación a cualquier nivel es lograr una gran inversión en recurso humano y una fuente de bienestar para todas las partes. Algunos de estos beneficios son que ayudan al individuo a la toma de decisiones y solución de problemas, otorga confianza, asertividad, desarrollo, mejor manejo de conflictos y tensiones, forma líderes y mejora aptitudes de comunicación, incrementa el nivel de satisfacción con el puesto, logros de metas individuales, en general un sentido de progreso y disminuye los temores a la incompetencia o la ignorancia individual.^{31 32} En resumen hace que los estudiantes sean los protagonistas en la resolución del problema, que se hagan cargo de la

situación y procura en el estudiante una conexión empática con la situación, que lo que les ocurre les importe.³³

El personal de la salud es uno de los componentes principales del sistema de salud y se identifica como prioritario para el fortalecimiento del propio sistema,³⁴ sin embargo es un campo el cual no ha sido muy evaluado,³⁵ ya que se no se cuenta con información estandarizada sobre el personal de salud, cada país maneja diferentes estándares de un mismo perfil.³⁶

Hay una gran variedad de intervenciones de educación en salud, todas ellas deben de seguir una planificación muy bien organizada teniendo en cuenta los servicios y recursos con los que cuenta la población y los que se pueden gestionar, así como identificar a las organizaciones sociales propias de cada comunidad; la educación en salud se da a nivel individual y/o personal (micro ambiente) hasta niveles macro (en un país, un estado, un municipio, una localidad, o algún establecimiento llámese una iglesia, una tienda, una escuela, el centro de salud, una vivienda etc.) Cada personal que conforma el sector salud tiene como misión la responsabilidad de otorgar educación en salud fuera y dentro del área laboral, por lo que si en la práctica diaria no ejercen educación sanitaria no están cumpliendo en esencia con su trabajo cotidiano. Sin embargo de todos los trabajadores de la salud, los responsables directos del trabajo con las familias y la comunidad para promocionar la salud así como de prevenir las enfermedades son los promotores de la salud. Sin educación para la salud (a manera de ejemplo), el paciente se enferma otra vez de la misma patología con más probabilidad, en comparación si estuviera capacitado sobre la prevención de enfermedades. Un aspecto muy importante es que los trabajadores de salud también deben darse cuenta de que es básico que sean coherentes en su persona para poder educar a la población correctamente, “que den el ejemplo”. El educador en salud deber ser coherente, empático, con facilidad de palabra, agradable, habilidad para descubrir junto con el paciente el comportamiento o acción de riesgo que pudiera estar causando la enfermedad y lograr un canal de comunicación eficaz para que le llegue esa información al paciente, asegurarse que el paciente en realidad haya captado el mensaje y comprobarlo, con capacidad de analizar el comportamiento y acciones encontradas en el paciente para enseñarle comportamientos saludables y lograr que el paciente explique las razones de su comportamiento, convencerlo

de la solución más viable, práctica y fácil de entender. En general el personal de salud debe capacitar a la población para que ésta sea autosuficiente, emprendedora, con disposición y confianza de participar en corresponsabilidad con los servicios de salud para lograr el objetivo final que es preservar la salud.^{37 38 39} Ahora todo esto se da de manera intrínseca con la cultura de cada población y/o grupo específico; ya que no hay que olvidar que el comportamiento es una acción con una duración y frecuencia específica y un propósito consciente o inconsciente. Es lo que hay que "hacer" y cómo "actuar". La gente está sana o enferma, a menudo como resultado de su propia acción o comportamiento. En la educación sanitaria es básico identificar las prácticas que causan, curan, mantienen o previenen un problema o enfermedad. Muchas veces no es lo mismo lo que se dice de una palabra, acción o comportamiento en la teoría a lo que se realiza o hace en la práctica, ya que cada persona o grupos de personas tienen estilos de vida diferentes que constituyen las distintas formas de vivir de la persona, incluyendo la dieta, la ropa, la vida familiar, la vivienda y el trabajo etc. Además todo esto es influenciado grandemente por las tradiciones y la cultura a través del tiempo de cada grupo o persona.⁴⁰ La cultura es primordial para discernir los mensajes en salud, gracias a ella se da la comprensión de las ideas, objetos, sentimientos o comportamientos por medio de símbolos que utiliza el lenguaje. Para transmitir ideas nuevas las personas pueden inventar palabras sueltas que representan ideas, sentimientos o valores diferentes. Hay que tomar en cuenta que la sociedad comparte el mismo patrón común de comportamientos y formas de pensar a través de cultura. La cultura se tiene que aprender para que cada individuo se integre y se adapte a la sociedad así como a los cambios del mundo que le rodea.⁴¹ Esta interrelación de la forma de vivir y el cómo actuar regidos por la cultura genera que el otorgar una educación sanitaria óptima y eficaz sea un gran reto.⁴² Es una gran responsabilidad para los educadores en salud de hoy otorgar educación sanitaria de calidad acorde con los requerimientos y demandas de cada persona o grupo, no es suficiente con otorgar la enseñanza en salud per se, ésta debe ser planeada, aplicada y evaluada según las necesidades de la persona, grupo o población en cuestión.⁴³ Además, los educadores profesionales de la salud deben ser competentes en la colaboración y la coordinación para con todos los programas en salud, comunicar y retroalimentar de la información pertinente en el momento que se requiera.⁴⁴

La definición de la intervención educativa no es fácil, ya que es una disciplina que ha seguido y se ha alimentado de todos los campos antiguos del conocimiento. Ha sido influenciada por la ciencia de la sociología, la cual permite la posibilidad de entender los procesos sociales mediante la sistematización de las formas en que se explica a la organización social y sus interrelaciones. Por medio de esta ciencia la intervención logra identificar procesos, formas, estructuras y funciones propias del contexto en que está inmersa la actividad del educador. Con la historia, la intervención une los elementos que le permiten analizar la realidad desde la evolución, por lo que da al educador la posibilidad de comprender lo multifactorial de los hechos sociales y así entender el contexto en que se derivará la intervención. El desarrollo regional incorpora principios de equidad y participación y se reconocen las vertientes del desarrollo en un sentido integral asociado a la organización productiva y al progreso técnico con las tareas de gobernabilidad y gestión, la preservación del ambiente y la organización del territorio en donde se establece la sociedad. Todas estas disciplinas antes mencionadas son algunas de las que más se acercan al ámbito de la formación del intervencionista en México, no son las únicas, ya que además la estadística y la etnometodología, etnografía, entrevista en profundidad, también están presentes como herramientas necesarias para la obtención real de los datos; en referencia al método científico como señala Darío Rodríguez, *“el método, además, debe permitir que el acto de conocer quede determinado por el objeto. En otras palabras, el conocer es un proceso interactivo entre un sujeto que conoce y un objeto que es conocido. En esta interacción, es posible que el sujeto vea lo que quiere ver, es decir, que deje (consciente o inadvertidamente) que sus preferencias y prejuicios alteren las características del objeto conocido. El método debe impedir esta interferencia de lo subjetivo con el conocimiento”*.⁴⁵ La visión de la intervención educativa es de predominio multidisciplinaria. Sin embargo se crea una contradicción ya que desde la formación profesional del intervencionista se genera una visión aislada, parcial, generando confusión en el uso de conceptos y dificultad para apropiarse de los contenidos, y también para integrarlos a su campo de conocimientos, aunque se presentan enfoques teóricos que tratan de comprender la realidad social, ofreciendo al intervencionista una perspectiva aún más compleja del proceso, por lo que también estudian la corriente constructivista, como una estrategia para mejorar los procesos para conocer, comprender y entender los fenómenos.⁴⁶ En México, se ha incrementado el auge de la intervención educativa. Este auge está

enfocado en conocer y saber más de ésta, hacia donde va, en que se diferencia de los otros procesos comunes de educación teórica como son la docencia, enseñanza, formación didáctica, curriculum, programa educativo, planeación, evaluación, investigación, entre otras. La noción de la intervención educativa expresa una práctica diferente de la educación, un abordaje distinto, con acciones educativas no comunes, ya que se encuentra fuera de los programas educativos normados o regulados por las instituciones educativas en México.⁴⁷ Por lo que la intervención educativa brinda una opción más de cómo abordar la forma de educar desde los contenidos temáticos, los cuales responden a demandas reales en el proceso enseñanza-aprendizaje, en crear hábitos y concientización en la gente, por ejemplo: en la atención a factores de riesgo de enfermedades o adicciones, cuidados y hábitos de pacientes con enfermedades específicas, consumo de medicamentos, salud reproductiva, proyectos productivos y de vida, entre otras. Así se crea una gama de opciones en las que se involucra a la persona para conocer e intentar resolver necesidades y problemas específicos en salud como son: sexualidad, medio ambiente, inclusión social, necesidades educativas especiales, calidad de vida, etc. Esto desencadena que sus instrumentos de medición, los espacios en los que se lleva a cabo y la participación de sus actores sean muchos y variados. Desarrollar esta noción en México ha representado fuertes dificultades, se hace referencia a actividades similares por programas de relleno o de educación no formal, los cuales atienden a población marginada de los servicios educativos y son guiadas por un régimen nacional unificador, que contrasta con la esencia de lo que es una intervención per se.⁴⁸

La educación se encuentra entre las funciones públicas más cuestionadas en cuanto a los resultados que se están alcanzando.⁴⁹ Todas las actividades realizadas de manera aislada, sin una planeación, de principio a fin, han generando un abismo entre los propósitos educativos y alcances logrados, cada vez más lejos de la educación con equidad, igualitaria y de calidad esperada.⁵⁰ Esta pérdida de la función educativa para con la sociedad a generado que se necesite otro recurso humano capaz de impartir las intervenciones educativas (actores como lo son los miembros de las ONG, gestores públicos que no son docentes, promotores comunitarios, etc.) Esto demanda que la aplicación de las intervenciones educativas contrarresten las necesidades reales del entorno promoviendo su dinámica dentro de las organizaciones sociales, tomando en consideración todas las

experiencias al aplicarlas, la esencia de los objetivos de las intervenciones y la problemática a la que se enfrentan día a día.⁵¹

La esencia de los proyectos de intervención es lograr un cambio en la persona o los grupos en los que se realiza, desafortunadamente este cambio no siempre se logra, ya que durante la intervención se presentan imprevistos e influyen muchas cosas en ella, primordialmente la cultura, desde las diferencias de cultura entre los educadores y alumnos. Los grupos populares tienen muy marcada la problemática que les afecta y como resolverlos; y es de esperarse que no coincidan con la problemática ni con la resolución que los educadores ofrecen ni con las formas de visualizar, captar, interpretar las cosas, conocimientos y contenidos; se genera esa bipolaridad entre lo que el educador considera la problemática causal y la forma de resolverlo y lo que el alumno considera como tal. Por lo anterior en la educación popular se generan una serie de conocimientos, estrategias y posibilidades nuevas las cuales se confrontan con las que ya tienen. Hay dos caminos para éste fenómeno: el alumno toma el nuevo conocimiento sin importarle el que ya tiene y lo ingresa al antiguo o rechaza el conocimiento nuevo sin importarle si le conviene o sirve. Es sin lugar a dudas una lucha de poderes “entre dos culturas”. Si se acepta la nueva información se da una transformación del conocimiento, ya que se tiene que integrar al contexto social y cultural propio de cada persona, por lo que también se habla de una negociación cultural. Según Mejía la negociación cultural no es solo de contenidos, sino también de estilos de aprendizaje que a su vez son determinados por contextos muy específicos. Y estos fenómenos se dan no sólo en el abordaje personal, sino el grupal y/o organizacional. “El acto educativo se produce como un acto de re-contextualización; la actividad educativa es un encuentro de comprensiones diferentes; la contrastación de lo aprendido está en la acción.” En las intervenciones educativas se espera generar un impacto, de ahí la importancia sobremanera de analizar y evaluar necesariamente cómo utilizan los participantes los nuevos conocimientos adquiridos, si hay similitudes o diferencias entre lo que se desea, lo que se dice y lo que en realidad se hace. Un fenómeno importante también es que la misma gente es una barrera para el cambio ya que la gente no cambia tan fácilmente, requiere de tiempo, es un proceso, ya que sin pensarlo inconscientemente sin expresarlo hay una resistencia al cambio. La gente puede asentir y expresar que ha cambiado pero en la realidad (en la acción) no hay cambio de actitud.⁵²

La clave al aplicar una estrategia es la evaluación de ésta, una intervención educativa debe ser susceptible de ser *eficaz*, o sea que logre el efecto deseado en condiciones normales y en condiciones ideales. También debe ser eficiente, la eficacia en relación a los costos. *Evaluable*, que la información generada proporcione información significativa y medible. *Evaluativa*, el proceso por el cual se juzga el valor o el valor de algo. *Evidenciable*: "todo lo que hace clara o evidente, lo que hace que la verdad evidente, o hace evidente a la mente lo que es la verdad". Asistencia sanitaria basada en la evidencia: el uso consciente de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales o la prestación de servicios de salud. *Basada en la evidencia promoción de la salud*: consiste en la integración sistemática de la evidencia científica en la planificación y ejecución de actividades de promoción de la salud. *Evaluación formativa*: evaluación para el propósito de mejorar el programa a medida que se está aplicando. *La evaluación de impacto*: que se ocupen de los inmediatos efectos a corto plazo y el alcance del programa, por lo general mide el logro de los objetivos del programa. *La evaluación de resultados*: mide efectos a largo plazo, si el programa ha alcanzado sus objetivos. *La evaluación del proceso*: se verifica en qué medida el programa ha sido implementado como estaba previsto, midiendo su alcance, satisfacción de los participantes, la ejecución de las actividades, el rendimiento de los componentes de intervención y control de calidad. *Evaluación replicable*: evalúa la replicabilidad de los mecanismos de un proyecto, procesos y resultados pueden ser trasladados a otro establecimiento o población y lograr los mismos efectos.⁵³ Toda el área de la práctica de evaluación basada en la evidencia aborda temas relacionados con el juicio, los valores y la percepción de la verdad, de la mejor información disponible y la integración de la información de la investigación con otros conocimientos y de la propia experiencia.⁵⁴

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad Diarreica Aguda es considerada como una enfermedad del rezago y continúa siendo un problema de salud pública que afecta principalmente a los países en desarrollo.⁵³ El control de esta enfermedad a nivel mundial inició en 1978 como respuesta al llamado de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que se concertaran acciones alrededor de uno de los mayores problemas de morbi-mortalidad en el mundo.⁵³ En México se ha disminuido de manera significativa la mortalidad por esta enfermedad, principalmente en menores de 5 años de edad; esto es debido a las acciones y políticas de salud que se han establecido en nuestro país, tales como la vacunación contra el sarampión y el rotavirus, la ministración de vitamina A y albendazol en las Semanas Nacionales de Salud, promoción de la lactancia materna, así como la terapia de hidratación oral, siendo esta una de las estrategias más importantes con lo que se ha permitido reducir drásticamente la mortalidad por esta enfermedad. Sin embargo, la Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años de edad sigue siendo una de las 10 principales causas de mortalidad en nuestro país; se presentan al año más de 1 millón de casos, afectado principalmente a los niños y niñas menores de 1 año de edad.⁵⁵

La enfermedad diarreica aguda es un problema de salud pública en el país, en el estado de Yucatán y en el municipio de Celestún, afectando principalmente a los niños menores de 5 años. Las causas de una enfermedad diarreica aguda son de diversa índole.

En el centro de Salud de Celestún se ha detectado por medio de supervisiones 3 veces por año dirigidas e intencionadas mediante las brigadas de salud de nivel jurisdiccional que el personal de salud (promotor, enfermeros y médicos) no conoce ni aplica la normatividad de la atención de la enfermedad diarreica aguda. El personal recibe “capacitaciones” con cursos separados para promotores, pasantes de enfermería, pasantes de medicina, enfermeros de base y médicos de base aproximadamente 1 vez al año, 1 curso impartido por el programa

de “agua limpia” y otro por el programa de “salud del niño y adolescente”. Se trata de cursos teóricos que constan de una pre-evaluación antes del curso, el curso con duración de un solo día por 3 a 4 horas, en donde el expositor es el único que interviene y finaliza con la post-evaluación. Es por esto y derivado de la dinámica e innovación en el proceso enseñanza del aprendizaje actual, se propone como alternativa de solución el fortalecimiento de un modelo de atención de la enfermedad diarreica aguda por medio de un enfoque constructivista, en el cual se pretende una vinculación en tiempo y forma entre el personal de enfermería, personal médico y promotor cuando menos 2 veces al año; se espera crear conocimientos prácticos y teóricos para que el personal de salud logre transmitirlos al responsable del menor.

Por lo que se planteó la siguiente interrogante:

¿Se modifica el conocimiento del personal de salud multidisciplinario, con una intervención educativa para la atención integral de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años?

5. JUSTIFICACIÓN

El proyecto de intervención nos dará una información clara, sencilla y significativa (puntos críticos) de lo que el personal de salud realiza, cómo la realiza, como percibe y que soluciones da para disminuir las consultas por enfermedad diarreica aguda en el municipio.

El método de enseñanza-aprendizaje propuesto es conocido y utilizado a nivel mundial y en distintas partes de México y en Yucatán, sin embargo la capacitación en un sólo momento del personal multidisciplinario no se aplica en los servicios de salud.

Considero que el personal de salud tiene todo el derecho y obligación de estar a la vanguardia en el proceso de enseñanza-aprendizaje utilizado para su formación, por lo que se considera que el cambio en este modelo pueda tener un mayor impacto en el conocimiento y por ende en la forma en como el personal de salud otorga la atención de la enfermedad.

Los resultados obtenidos se utilizarán para ser una base comparativa y sujeta a mejora con el personal de salud de otros centros de salud, ya que se pretende sea una alternativa de proceso enseñanza-aprendizaje oficial en los servicios de salud de Yucatán. Los usuarios directos de los resultados será propio personal de salud de las demás unidades de salud y en la unidad en la que se trabajó.

La eficacia de impartir la educación, profesionalización y capacitación continúa, son procesos básicos que reditúan mejorando las actitudes y capacidades del personal así como en el rendimiento, la calidad y la productividad y se logra desarrollar un personal competitivo. Proponer estrategias de capacitación alineados a la formación de competencias actuales del personal de salud multidisciplinario del centro de salud de Celestún en relación a la atención de la enfermedad diarreica aguda es una acción que sin duda es una estrategia competitiva para hacer frente a los nuevos conocimientos que se están generando, lo cual redituará en

beneficios para contar con mejor personal calificado, productivo, con sentido de responsabilidad y con deseos de cambiar su comportamiento para mejorar las relaciones interpersonales entre compañeros/as y ofrecer un valor agregado a los usuarios.

Entre las soluciones posibles para prevenir, tratar y dar seguimiento de una enfermedad aguda, es el de trabajar en base a la NOM 031 y el manual de atención de la enfermedad diarreica aguda.

Es fundamental el quehacer del personal médico para atender una diarrea aguda y la información que éste brinda a la madre, reduce costos tanto para la familia y para nuestras instituciones en salud y previene secuelas y/o defunciones. Por tanto la realización de esta intervención educativa en este municipio, tendría un impacto positivo ya que según el diagnóstico situacional, es una población catalogada de alta marginación, además que la mayoría de la población cuenta únicamente con la atención del centro de salud.

6. OBJETIVOS

Objetivo general

Fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje del personal de salud multidisciplinario, en relación a la atención integral de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, en el municipio de Celestún, 2013.

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar el conocimiento inicial del personal del centro de salud de Celestún en relación a la atención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años
- ✓ Capacitar al personal de salud por medio de un curso integral de la atención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, en base a las deficiencias encontradas en la medición basal.
- ✓ Evaluar el conocimiento del personal multidisciplinario en relación al curso integral al mes de la intervención.

7.- MATERIAL, MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental, al personal multidisciplinario del centro de salud de Celestún, durante los años 2012 y 2013. La promoción y difusión del proyecto se realizó por medio de entrevistas directas con el director de salud de la unidad y con el personal mismo desde la medición basal.

En agosto del 2012 se inició la primera evaluación, la medición basal (anexo 1) en la cual se empleó un instrumento de medición, mismo que fue sometido a prueba entre los miembros del equipo médico integrado por especialistas, se realizaron las correcciones pertinentes y se monitoreó en una población similar previo a la aplicación en la localidad intervenida. El instrumento que se aplicó es un cuestionario de 10 preguntas cerradas, dividido en una primera parte con preguntas abiertas para identificación de cada persona (con variables como lo son la edad, sexo, nivel último de escolaridad, institución de procedencia y perfil del puesto que desempeña), 4 preguntas de casos clínicos (en relación a la atención a los planes de hidratación A, B, C y el manejo de CEDATHOS) y 6 de conocimientos básicos de la atención de la diarrea aguda en niños menores de 5 años (temas en relación al CEDATHOS, su significado, que es, para qué, de que consta y cómo funciona; criterios de seguimiento de los pacientes según la clasificación diagnóstica de la enfermedad diarreica; identificación y conocimiento de signos de alarma; signos de deshidratación; factores de mal pronóstico y sobre medidas de saneamiento básico). El estudio no implicó riesgo alguno para los participantes.

Criterios de inclusión: personal médico, de enfermería y promotor de salud del centro de salud de Celestún.

Criterios de exclusión: sin disponibilidad para tomar la capacitación, personal que no tenga el perfil de médico, enfermería y promotor a la salud. Personal de salud que no otorgue la atención en el primer nivel de atención.

Criterios de eliminación: que algún personal no haya completado el curso y/o no haya realizado algún examen pre y post curso y que no haya cumplido con el 100% de la asistencia.

Variable dependiente: Nivel de conocimientos del personal de salud multidisciplinario, en relación a la atención de la enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años.

Variable independiente: Edad, sexo, nivel de escolaridad, tiempo de estar laborando en el centro de salud, perfil de puesto de cada uno de los participantes, conocimientos sobre el plan A de hidratación, plan B de hidratación, plan C de hidratación, CEDATHOS, criterios de referencia de los pacientes, signos de alarma y deshidratación, factores de mal pronóstico y saneamiento básico.

Se realizó la intervención en abril del 2013, al personal de salud conformado por un grupo de 7 personas. La sesión se desarrolló en un aula adaptada del centro de salud del municipio de Celestún, el 2 de Mayo del 2013.

Para no interferir con la consulta rutinaria se contempló iniciar el curso a partir del medio día (13 hrs), Se estimó una duración aproximada de 4 horas. Se realizó de primera instancia la presentación del capacitador, los objetivos del curso y los temas a tratar. Se entregó la carta descriptiva a cada participante, se procedió al llenado de la lista de asistencia, posteriormente se llevó a cabo el curso-taller entre el personal de enfermería, el personal médico y el promotor de salud, incluido el tiempo para enfatizar los errores encontrados en las supervisiones de rutina y dar en el momento las soluciones, también se buscó que el personal exponga su punto de vista sobre el tema, se entregó tanto la hoja de recomendaciones “indicaciones que deberá seguir en casa cuando su hijo tenga diarrea”. Se procedió a concluir la capacitación con las conclusiones de los temas y se contempló un tiempo para expresar por parte del personal de salud su percepción sobre el entorno y problemáticas de la atención de diarreas y en un mismo momento se sugirieron las posibles soluciones, basados en un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas). Mediante el modelo constructivista se realizaron evaluaciones en 2 momentos: la formativa y la sumativa. En la evaluación formativa estuvieron incluidas las evaluaciones de la medición basal con la post-intervención haciendo comparación de lo esperado con lo observado. En la evaluación sumativa se analizó el impacto generado en el cambio del conocimiento del personal de la salud. En Mayo del 2013, al mes de la intervención se realizó la ejecución de la supervisión, mediante la aplicación del mismo cuestionario al personal del centro de salud de Celestún. En los meses de mayo y junio se

obtuvieron los resultados, incluidos la descripción, análisis y discusión de los mismos y el 29 de Julio la entrega del trabajo final.

Se diseñó una sesión educativa por medio de una carta descriptiva (anexo 3) para la planeación de la misma; en ella se plantearon los siguientes temas:

Tema 1.- Panorama epidemiológico y Vigilancia Epidemiológica.

Tema 2.- La atención médica de la enfermedad diarreica aguda que abarca diagnóstico, clasificación, manejo y prevención de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años según la Norma Oficial Mexicana 031 y el manual de atención de enfermedad diarreica. (anexo 2)

Tema 3.- Identificación de puntos de mejora y debilidades, análisis FODA (sobre fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas percibidas por el propio personal de salud). Se buscó la colaboración e interacción de los participantes y el personal operativo en la parte final de la intervención al realizar la estrategia.

El contenido general esta descrito en la carta descriptiva, donde se incluye fecha, horario, contenido temático, técnica didáctica, auxiliar didáctico, evaluación, instructor y bibliografía.

La sesión fue programada para realizarse en un día para todo el grupo multidisciplinario en un mismo momento, con una duración de aproximadamente 4 horas. Se utilizaron estrategias de enseñanza que estimulan el aprendizaje significativo y demostración, como lo fue la aplicación de una sonda oro-gástrica y una intra-ósea como alternativas antes de agotar las posibilidades para hidratación del paciente.

La organización y desarrollo del proyecto quedó a cargo de un director, un administrador y un apoyo operativo. El presente proyecto se basó en la forma de evaluación escolar de la Secretaría de Educación Pública de México (donde el puntaje de 10 ó 100=Excelente, 8-9 ó 80-90=Bien, 6-7 ó 60-70=Suficiente, y 5 ó 50 [o menos] = No acreditado). La calificación se aplicará en número de aciertos del 1 al 10. La calificación mínima aprobatoria es de 6 a 7 aciertos arrojando un nivel de conocimientos suficiente. (tabla 1)

En cuanto a los recursos materiales utilizados en la implementación de las actividades se contó con la cantidad y calidad requerida, mismos que fueron financiados por el responsable del proyecto. Para el desarrollo del proyecto se contó con el recurso

financiero para su implementación en tiempo y forma según lo establecido en el programa.

El desarrollo de los temas se realizó en los tiempos establecidos acorde a las cartas descriptivas, integrando el material y equipo a utilizar durante la intervención en salud en un mismo momento a todo el personal multidisciplinario (lista de asistencia a capacitación, calendario de capacitación, cañón proyector, laptop, extensión, hojas blancas, lápices, borrador, evaluación diagnóstica pre y post). Se realiza la aplicación de los instrumentos y control del proyecto; mediante estrategia de enseñanza, la sesión educativa fue realizada con flexibilidad y en apego a lo establecido en la carta descriptiva de la sesión; se lleva control del cumplimiento de los objetivos, de las actividades, lista y entrega de material de apoyo adecuado. Al mes de concluir con el programa establecido se aplica la segunda evaluación del aprendizaje adquirido mediante la evaluación de conocimientos. La calificación a la evaluación de conocimientos pre y post intervención de los participantes del proyecto, se plasmó en la lista de asistencia y captura en base de datos. Para el análisis de medidas de tendencia central y presentación de resultados se realizó un análisis descriptivo a fin de comparar resultados de ambos tiempos.

Se realizó el procesamiento de datos por medio manual inicialmente y posteriormente se capturó en equipo de cómputo, en una base de Excel y el paquete estadístico STATA versión 11. Se revisaron las bases para identificar información incompleta, realizándose correcciones en las bases, obtención de frecuencias y porcentajes, así como análisis estadístico mediante la prueba de bondad de ajuste de diferencia de promedios y comparación de porcentajes, para el análisis de medidas de tendencia central, para el análisis y presentación de resultados se realizó un análisis descriptivo a fin de comparar resultados de ambos tiempos. La presentación de la información se realizó por medio de tablas y gráficas, así como la presentación de la misma.

Dentro de las limitaciones del estudio, es que con este tipo de estudio no se podría tomar en cuenta la realización de un diseño experimental, ya que no se cuenta con 2 centros de salud exactamente con el mismo personal y características. Se estudia al personal de salud multidisciplinario, tomando en cuenta nuestro universo/muestra en estudio, éste muy pequeño.

Tabla 1. Ponderación y status según el nivel de aciertos de la pre y la post-intervención

No. de aciertos/calificación	Nivel	Clasificación
0 a 5	4	No acreditado, nivel malo de conocimientos
6 a 7	3	Aprobado, nivel suficiente de conocimientos
8 y 9	2	Aprobado, nivel bueno de conocimientos
10	1	Aprobado, nivel excelente

Fuente: Proyecto Terminal Profesional, Dulce María Salazar Barrera.

8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

- ✓ Solicitud de la información y colaboración de los Servicios de Salud de Yucatán.
- ✓ Información utilizada solo por el investigador.
- ✓ No será de dominio público.
- ✓ Evitar filtración de información a extramuros.
- ✓ No se establecieron categorías de nombre en los cuestionarios pre y post test, para guardar la confidencialidad de los participantes.
- ✓ La contestación del cuestionario fue de manera voluntaria.

Este proyecto de investigación es avalado por el INSP, la Comisión de Ética es el encargado de asegurar que los proyectos que se realicen respeten en todo momento los derechos de los participantes, haciendo énfasis en los 3 principios éticos de la investigación: Autonomía y respeto de la dignidad humana, beneficencia, y justicia. En términos del respeto, se establece la obligación de la obtención del consentimiento informado, y de mantener la privacidad de los sujetos de investigación. En la intervención se fortaleció la confianza con el grupo de trabajo donde se les informó sobre los objetivos, duración de las sesiones, la estrategia didáctica a utilizar; también se les comunicó que la información obtenida será utilizada exclusivamente por el investigador de acuerdo a lo que norma la comisión de ética del Instituto Nacional de Salud Pública. En el municipio de Celestún no se han realizado investigaciones ni intervenciones sobre la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años como problema de salud pública.

9.- RESULTADOS

El grupo en estudio estuvo conformado inicialmente por 12 personas: 5 enfermeros (41.6%), 6 médicos (50%) y 1 promotor de salud (8.3%). La edad promedio fue de 28.08. Se conformó por 4 mujeres (33.33%) y 8 hombres (66.66%). 9 de las 12 personas estuvieron en un rango de edad entre 20 a 29 años (75%), 1 en rango de 30 a 39 años y otra en rango de 50 a 59 años (12.5% cada uno). En escolaridad, 1 persona término estudios hasta secundaria (8.3%), 8 con bachillerato (66.66%) y 3 la licenciatura (25%). 3 se encontraban realizando el servicios social en enfermería (25%), 3 el servicio social en medicina (25%), 2 enfermeros generales de contrato (16.66%), 1 promotor de salud de base (8.3%) y 3 médicos generales de contrato (25%).

En Agosto del 2012, se realizó la medición basal con las 12 personas antes mencionadas. De un total de 10 aciertos, el promedio del grupo fue de 4.54, siendo la mayor calificación esperada de 10, por lo que el grupo se califica con un nivel bajo de conocimientos según la escala planteada. Los resultados se sacaron en base a un total de 10 posibles aciertos. El promedio grupal fue de 4.54 (no aprobatorio) correspondiente a un nivel malo de conocimientos.

En la evaluación del personal en relación al plan A de hidratación, tema básico e imprescindible en el primer nivel de atención, en el que todo personal de salud debe estar capacitado para brindar la atención en cualquier momento. Se relacionó el diagnóstico del paciente menor de 5 años de edad con los signos y síntomas leves, tratamiento de hidratación con vida suero oral, con detección y/o reconocimiento de los factores de mal pronóstico y seguimiento del paciente, diferenciar entre signos vitales fuera de rango normal, así como de otros factores de mal pronóstico. El total de aciertos obtenido por el equipo multidisciplinario fue de (33.33%), mismo que como hemos comentado está conformado por 1 enfermera pasante (8.3%) y 3 médicos pasantes (25%).

En la evaluación del personal en relación al plan B de hidratación, tema básico en el primer nivel de atención, principalmente para diferenciar entre el plan A de hidratación sobre todo en el momento preciso, no permitir que el paciente obtenga un plan de hidratación que no lo amerita y conlleve a un riesgo más rápido de complicaciones y/o

muerte. Se relacionó el diagnóstico del paciente con los planes A y C de hidratación, con la valoración integral del paciente incluidos sus signos de alarma, datos de deshidratación, factores de mal pronóstico, el manejo en CEDATHOS de vida suero oral, la importancia de capacitación a la madre sobre datos de alarma y deshidratación, como dar el vida suero oral y como prepararlo. En este reactivo, el total fue de 7 aciertos para el equipo multidisciplinario (58.33%), conformado por 2 enfermeros y médicos pasantes (cada grupo con 16.6%) y 3 los médicos generales de contrato (25%).

En la evaluación sobre el plan C de hidratación el cual no contempla que el personal aprenda sobre el manejo pero si que otorgue la atención de urgencia, la valoración del paciente, su clasificación y la referencia oportuna al 2do nivel de atención, sin olvidar el criterio de seguimiento pertinente. Punto muy relacionado lo que implica referenciar un paciente al 2do nivel, las redes sociales creadas con la comunidad para lograr que el paciente llegue al hospital. 4 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (33.33%) conformado por 2 enfermeros generales de contrato (16.66%), 1 enfermero y 1 médico pasantes (cada uno con 8.33%).

En la evaluación sobre el plan A de hidratación vinculado íntimamente con la utilización y manejo del CEDATHOS, se espera que el personal al hacer el diagnóstico de la enfermedad diarreica aguda y el plan A de hidratación utilice como esta estipulado en la norma oficial mexicana la estrategia del CEDATHOS para el tratamiento integral del menor de 5 años de edad. 10 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (83.33%), conformado por 1 enfermero pasante (8.33%), los 3 médicos pasantes (25%), 1 enfermera general de contrato (8.33%), 1 promotor de salud de base (8.33%) y los 3 médicos generales de contrato (25%).

En la evaluación sobre el CEDATHOS “centro docente asistencial de terapia de hidratación oral y asistencia”, se espera que el personal sepa la definición exacta del CEDATHOS, cual es su función básica dentro del manejo de la terapia de hidratación oral en cada uno de los planes de hidratación considerando que es un área delimitada, aislada, limpia y cerrada en donde se aprovecha la oportunidad de capacitar a la madre en como preparar el vida suero oral, detección de datos de alarma, como alimentarlo, signos de deshidratación y también sirve de apoyo al personal de salud para el manejo

integral del paciente y también por cada uno de los instrumentos y materiales que se necesitan para que se puedan llevar a cabo la estrategia. 5 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (41.66%), conformado por 2 médicos pasantes (16.66%), el promotor de la salud (8.33%) y 2 médicos generales de contrato (16.66%).

En la evaluación sobre los criterios de seguimiento a los pacientes en donde el personal de salud debe conocer y saber sobre los tiempos en citar al paciente en 72 horas si se trata de de plan A y plan B, sin factores de mal pronóstico, en 24 horas si se trata de plan A y plan B con factores de mal pronóstico, en 24 horas con plan C con y sin factores de mal pronóstico, así como informar al responsable del menor que deberá acudir antes de la cita programada, si advierte alguno de los signos de alarma en cualquier momento. 3 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (25%), conformado por un médico pasante, un promotor de salud y un médico general de contrato (cada uno con un 8.3%).

En la evaluación sobre los signos de alarma en donde todo el personal de salud de enfermería, médico y de promoción a la salud debe conocer y saber sobre los signos de alarma. Punto importante para que todo el personal de salud esté concientizado que si la madre refiere alguno de los datos de alarma, o que al momento de la valoración se detecta, de seguir una valoración minuciosa para posteriormente dar el diagnóstico certero así como el pronóstico según el plan de hidratación y más importante aún capacitar a la madre sobre estos datos de alarma (sed intensa, poca ingesta de alimentos, más de 3 evacuaciones en menos de 1 hora, más de 3 vómitos, y disentería), si es necesario mostrárselos y que ella los detecte en casa y que este consciente que si se presenta uno de estos síntomas debe y tiene que acudir ya que su niño se puede agravar y/o morir. 6 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (50%), conformado por los 3 médicos pasantes (25%), el promotor de salud (8.33%) y 2 médicos generales de contrato (16.66%).

En la evaluación sobre signos de deshidratación (ojos hundidos, llanto sin lágrimas, orina concentrada o escasa, fontanela hundida, pliegue de la piel igual o mayor a 2 segundos), de igual forma es indispensable identificar éstos síntomas primeramente en el personal de salud para que éste lo transmita a las madres que cuidan a los menores en la casa. El personal de salud al tener muy claros éstos síntomas realizan en primera instancia una

valoración de calidad y un diagnóstico certero, esto garantiza que el paciente sea atendido correctamente, con el tratamiento idóneo y procura un pronóstico favorable. El personal de salud al transmitir los signos correctos de deshidratación otorga a la madre las acciones para que de una manera consciente y razonada y en tiempo oportuno acuda por atención al centro de salud y no buscar automedicación, recomendaciones, usos y costumbres, remedios caseros, etc. 2 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (16.66%), conformado por un enfermero y un médico general, ambos de contrato (cada uno con 8.33%)

En la evaluación sobre factores de mal pronóstico, tener presente e indagar intencionadamente sobre si se trata de un menor de 2 meses, presencia de alguna inmunodeficiencia, muerte de un menor de cinco años en la familia, madre con baja escolaridad (igual o inferior a tercer año de primaria), madre menor de 17 años de edad, dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño, menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer, desnutrición moderada o graves con antecedentes, todas estas variables son clave para saber que esperar de una probable evolución del paciente muchas veces independientemente del tratamiento del paciente, nos da un panorama de la situación alrededor del paciente y de situaciones culturales o de simple ignorancia que son muy difíciles de erradicar, pero si no se cuestionan no tenemos una medida del riesgo del paciente. 4 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (33.33%), conformado por un enfermero general de contrato y un médico general de contrato (cada uno con 8.33%) y 2 enfermeros general de contrato (16.66%).

En la evaluación sobre saneamiento es básico el conocimiento y participación en las acciones para lograr el control y calidad del agua potable, del alcantarillado, eliminación de excretas, recolección y disposición de residuos sólidos, vivienda y control de fauna nociva, todo lo anterior para crear un macro-ambiente óptimo y disminuir riesgo de enfermedades diarreicas, ya que si uno de estos puntos no se controlan el riesgo para enfermar es muy alto, y no solo de diarreas, igual de hepatitis A, conjuntivitis e infecciones de vías respiratorias altas. 6 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (50%), conformado por un enfermero pasante, un enfermero de contrato y un promotor de salud (cada uno con 8.33%) y 3 médicos pasantes (25%).

Nueve meses después de la medición basal se realizó la estrategia de intervención. En ésta disminuyó el grupo en estudio en un 41.6% ya que de 12 personas que iniciaron el estudio, 7 concluyeron el estudio: 4 enfermeros pasantes, 1 médico pasante y 2 médicos generales. Lo anterior debido a que se terminaron 2 contratos por parte del ayuntamiento de Celestún, uno de médico general y otro de enfermería; además un médico pasante no realizó la intervención por encontrarse de vacaciones, un médico general ahora que era aún pasante en la medición basal tampoco recibió la intervención por tener mucha demanda de consulta, el promotor de salud tampoco realizó la intervención ya que se ausentó de la unidad por una cuestión familiar. Cabe mencionar que estuvieron presentes en la intervención el odontólogo, el nutriólogo y un personal administrativo de la unidad.

La medición post- intervención la cual se realizó en mayo del 2013, con las 7 personas que terminaron la intervención. El promedio grupal fue de 6.71 aciertos y el nivel promedio 2.28 (con un nivel suficiente de conocimientos de forma grupal).

En la evaluación del personal en relación al plan A de hidratación, tema básico e imprescindible en el primer nivel de atención, en el que todo personal de salud debe estar capacitado para brindar la atención en cualquier momento. Se relacionó el diagnóstico del paciente menor de 5 años de edad con los signos y síntomas leves, manejo ambulatorio integral incluido la terapia de hidratación a base de vida suero oral, con detección y/o reconocimiento de los factores de mal pronóstico y seguimiento del paciente, diferenciar entre signos vitales fuera de rango normal, así como de otros factores de mal pronóstico. 5 aciertos obtuvo el equipo multidisciplinario (71.42%), conformado por 2 enfermeros pasantes (28.57%) y por los 3 médicos pasantes (42.85%).

En la evaluación del personal en relación al plan B de hidratación, tema básico en el primer nivel de atención, principalmente para diferenciar entre el plan A de hidratación sobre todo en el momento preciso, no permitir que el paciente obtenga un plan de hidratación que no lo amerita y conlleve a un riesgo más rápido de complicaciones y/o muerte. Se relacionó el diagnóstico del paciente menor con los planes A y C de hidratación, con la valoración integral del paciente incluidos sus signos de alarma, datos de deshidratación, factores de mal pronóstico, el manejo en CEDATHOS de vida suero oral, la importancia de capacitación a la madre sobre datos de alarma y deshidratación,

como dar el vida suero oral, como prepararlo. 6 aciertos obtuvo el equipo multidisciplinario (85.71%), conformado por 3 enfermeros pasantes y 3 enfermeros (cada grupo con 42.85%).

En la evaluación sobre el plan C de hidratación el cual no contempla que el personal aprenda sobre el manejo pero si que otorgue la atención de urgencia, la valoración del paciente, su clasificación y la referencia oportuna al 2do. nivel de atención, sin olvidar el criterio de seguimiento pertinente. Punto muy relacionado lo que implica referenciar un paciente al 2do nivel, las redes sociales creadas con la comunidad para lograr que el paciente llegue al hospital. 2 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (28.57%) conformado por 1 enfermero y 1 médico pasantes (cada uno con 14.28%).

En la evaluación sobre el plan A de hidratación vinculado íntimamente con la utilización y manejo del CEDATHOS, se espera que el personal al hacer el diagnóstico de la enfermedad diarreica aguda y el plan A de hidratación utilice como esta estipulado en la norma oficial mexicana la estrategia del CEDATHOS para el tratamiento integral del menor de 5 años de edad. 5 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (71.42%), conformado por 2 enfermeros pasantes (28.57%) y los 3 médicos (42.85%).

En la evaluación sobre el CEDATHOS “centro docente asistencial de terapia de hidratación oral y asistencial”, se espera que el personal sepa la definición exacta del CEDATHOS, cual es su función central dentro del manejo de la terapia de hidratación oral en cada uno de los planes de hidratación, considerando que es un área delimitada, aislada, limpia y cerrada en donde se aprovecha la oportunidad de capacitar a la madre en como preparar el VSO, detección de datos de alarma, como alimentarlo, signos de deshidratación y también sirve de apoyo al personal de salud para el manejo integral del paciente y también por cada uno de los instrumentos y materiales que se necesitan para que se puedan llevar a cabo la estrategia. 5 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (71.42%), conformado por 2 enfermeros pasantes (28.57%) y los 3 médicos (42.85%).

En la evaluación sobre los criterios de seguimiento a los pacientes en donde el personal de salud debe conocer y saber sobre los tiempos en citar al paciente en 72 horas si se trata de de plan A y plan B, sin factores de mal pronóstico, en 24 horas si se trata de plan A y plan B con factores de mal pronóstico, en 24 horas con plan C con y sin factores de

mal pronóstico, así como informar al responsable del menor que deberá acudir antes de la cita programada, si advierte alguno de los signos de alarma en cualquier momento. 4 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (57.14%), conformado por un enfermero pasante (14.28%) y los 3 médicos (42.85%).

En la evaluación sobre los signos de alarma en donde todo el personal de salud de enfermería, médico y de promoción a la salud debe conocer y saber sobre los signos de alarma. Punto importante para que todo el personal de salud esté concientizado que si la madre refiere alguno de los datos de alarma, o que al momento de la valoración se detecta, de seguir una valoración minuciosa para posteriormente dar el diagnóstico certero así como el pronóstico según el plan de hidratación y más importante aún capacitar a la madre sobre estos datos de alarma (sed intensa, poca ingesta de alimentos, más de 3 evacuaciones en menos de 1 hora, más de 3 vómitos, y disentería), si es necesario mostrárselos y que ella los detecte en casa y que este consciente que si se presenta uno de estos síntomas debe y tiene que acudir ya que su niño se puede agravar y/o morir. 6 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (85.71%), conformado por los 2 enfermeros pasantes (28.57%), un enfermero general de contrato (14.28%) y los 3 médicos (42.85%).

En la evaluación sobre signos de deshidratación (ojos hundidos, llanto sin lágrimas, orina concentrada o escasa, fontanela hundida, pliegue de la piel igual o mayor a 2 segundos), de igual forma es indispensable identificar éstos síntomas primeramente en el personal de salud para que éste lo transmita a las madres que cuidan a los menores en la casa. El personal de salud al tener muy claros éstos síntomas realizan en primera instancia una valoración de calidad y un diagnóstico certero, esto garantiza que el paciente sea atendido correctamente, con el tratamiento idóneo y procura un pronóstico favorable. El personal de salud al transmitir los signos correctos de deshidratación otorga a la madre las acciones para que de una manera consciente y razonada y en tiempo oportuno acuda por atención al centro de salud y no buscar automedicación, recomendaciones, usos y costumbres, remedios caseros, etc. 5 aciertos (71.42%) obtuvo el personal multidisciplinario, conformado por 2 enfermeros pasantes (28.57%) y los 3 médicos (42.85%).

En la evaluación sobre factores de mal pronóstico, tener presente e indagar intencionadamente sobre si se trata de un menor de 2 meses, presencia de alguna inmunodeficiencia, muerte de un menor de cinco años en la familia, madre con baja escolaridad (igual o inferior a tercer año de primaria), madre menor de 17 años de edad, dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño, menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer, desnutrición moderada o graves con antecedentes, todos éstas variables son clave para saber que esperar de una probable evolución del paciente muchas veces independientemente del tratamiento del paciente, nos da un panorama de la situación alrededor del paciente y de situaciones culturales o de simple ignorancia que son muy difíciles de erradicar, pero si no se cuestionan no tenemos una medida del riesgo del paciente. 3 aciertos obtuvo el personal multidisciplinario (42.85%), conformado por 2 enfermeros pasantes (28.57%) y el enfermero general de contrato (14.28%).

En la evaluación sobre saneamiento es básico el conocimiento y participación en las acciones para lograr el control y calidad del agua potable, del alcantarillado, eliminación de excretas, recolección y disposición de residuos sólidos, vivienda y control de fauna nociva, todo lo anterior para crear un macro-ambiente óptimo y disminuir riesgo de enfermedades diarreicas, ya que si uno de estos puntos no se controlan el riesgo para enfermar es muy alto, y no solo de diarreas, igual de hepatitis A, conjuntivitis e infecciones de vías respiratorias altas. Todo el personal multidisciplinario acertó.

Nivel de conocimientos según perfil de puesto,
del personal del Centro de Salud de Celestún 2012- 2013.

Personal	No. promedio de aciertos medición basal	Nivel	No. promedio de aciertos post intervención	Nivel	aciertos promedio	Seguimiento	Nivel promedio
enfermeros pasantes	3	Malo	5.3	malo	4.15	más 2.3	Malo
enfermeros contrato	4	Malo	6	regular	5	más 2	Malo
médicos pasantes	8	regular	9	bueno	8.5	más 1	bueno
médicos contrato	5	Malo	8	regular	6.5	más 3	regular

Fuente: intervención del proyecto terminal profesional.

Como se observa en la tabla, se hizo el comparativo por el perfil de puesto de los participantes según sus aciertos, tanto en la medición basal como en la post- intervención. El perfil con más altos promedios tanto en los 2 momentos fue el de los médicos pasantes y el de menor promedio en los 2 momentos el de los enfermeros pasantes. Todo el personal involucrado incrementó sus conocimientos en relación a la atención integral de la enfermedad diarreica aguda.

Variables en estudio al personal de salud en relación a la atención integral
de la enfermedad diarreica aguda, 2013

Conocimientos en relación a:	Medición basal	porcentaje de aciertos	Post-intervención	Porcentaje de aciertos	Evaluación
Plan A de hidratación	4/12	33.33%	5/7	71.42%	38.09%
Plan B de hidratación	7/12	58.33%	6/7	85.71%	27.38%
Plan C de hidratación	4/12	33.33%	2/7	28.57%	4.76%
Plan A y utilización CEDATHOS	10/12	83.33%	5/7	71.42%	11.91%
Qué/Cómo/Para qué CEDATHOS	5/12	41.66%	5/7	71.42%	29.76%
Criterios de seguimiento a pacientes	3/12	25%	4/7	57.14%	32.14%
Signos de alarma	6/12	50%	6/7	85.71%	35.71%
Signos de deshidratación	2/12	16.66%	5/7	71.42%	54.76%
Factores de mal pronóstico	4/12	33.33%	3/7	42.85%	9.52%
Saneamiento básico	6/12	50%	7/7	100%	50%

Fuente: resultados del cuestionario pre y post intervención, PTP Dulce María Salazar Barrera.⁵⁶

En relación a la tabla, se realizó el comparativo por cada una de las variables en estudio, se evaluó el apartado de porcentaje, en donde se observa que las variables sobre el caso clínico en relación al plan C y el caso clínico del plan A de hidratación/CEDATHOS fueron las que mostraron una tendencia a disminuir el conocimiento, todas las demás variables mostraron incremento significativo en el nivel de conocimientos. Cabe mencionar que en la medición basal nuestra muestra fue en base a 12 y la post-intervención en base a 7 participantes.

Se utilizaron variables de tipo demográficas y antropométricas que caracterizaron nuestra población en estudio, además de los conocimientos y actitudes ante planes de hidratación A, B, C, signos de alarma, signos de deshidratación, factores de mal pronóstico y acciones de saneamiento ambiental.

En el momento del análisis FODA,⁵⁷ se buscó la colaboración e interacción de los participantes y el personal operativo en la parte final de la intervención al realizar la estrategia, cuando se les cuestionó sobre sus puntos de vista sobre sus:

Fortalezas: refirieron que se encuentran capacitados, con actitud para trabajar, que cuentan con la infraestructura necesaria para la atención, el promotor conoce muy bien a la comunidad.

Debilidades: el enfermero promotor es una persona mayor de 59 años, falta de vigilancia en el centro de salud principalmente para los fines de semana y guardias nocturnas. escasas soluciones para hidratación, medicamentos limitados, el vida suero catéter intra óseo no se encuentra en cuadro básico, el vida suero oral no se puede otorgar sin receta, no tiene todo el material el área destinada para el CEDATHOS , no hay apoyo de viáticos para las acciones de vigilancia epidemiológica

Oportunidades: transportes privados.

Amenazas: importante automedicación por la población, calidad deficiente del agua falta de compromiso de la población. No hay buena comunicación con el H. Ayuntamiento.

10.- DISCUSION

Se revisó literatura la cual refiere intervenciones educativas en adultos, con grupos de estudio de la población, en el personal de salud, sin embargo; no se encontró alguna que coincida en todos los detalles con la investigación. Algunos ejemplos son: en la literatura de una intervención educativa sobre longevidad satisfactoria⁵⁸, una intervención en adultos mayores en donde se refiere que se encontraron resultados de incremento de conocimientos en todos los adultos mayores estudiados, planteando los autores que las actividades educativas con los adultos mayores son muy importantes por que mejoran los conocimientos y estados de información sobre todas las actividades rutinarias que ellos realizan.

Para incrementar conocimientos sobre bioseguridad⁵⁹ se realizó una intervención educativa en donde se concluyó que el proyecto de intervención fue efectivo, debido a que se incrementó el nivel de conocimientos sobre bioseguridad en el personal de enfermería.

Odalys Rodríguez y colaboradores realizaron una intervención educativa⁶⁰ en la cual encontraron que la población tenía poco conocimiento sobre las infecciones respiratorias agudas y posterior a la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención.

En referencia a intervenciones educativas contra el dengue,⁶¹ se realizó una intervención educativa como estrategia para el control del mosquito *Aedes Aegypti* en una comunidad urbana, se concluyó que la intervención educativa contribuyó de forma significativa a elevar la percepción de riesgo y seriedad en relación al dengue, el conocimiento acerca de la importancia de las medidas de saneamiento doméstico y la responsabilidad de las acciones en el grupo intervenido.

En una intervención educativa para el manejo efectivo de diarreas en el hogar,⁶² se abordó sobre el tema del conocimiento de diarreas pero en las madres de los menores de edad, el cual resultó efectivo por que se encontró una diferencia posterior a la intervención educativa y se sugiere la necesidad de establecer programas permanentes de

capacitación a madres, a través de consultas educativas, cara a cara y/o por el personal de salud.

María Pereira y colaboradores realizaron una intervención educativa para la mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico,⁶³ y se reafirma la trascendencia del *Practicum*, materia pertinente a esta especialidad universitaria, en ese tipo de intervenciones pedagógicas.

En lo que respecta a la presente intervención, disminuyeron el número de errores comparando el antes y después de la intervención y por ende se modificaron los conocimientos (se incrementaron los aciertos) de cada personal participante independientemente del perfil de puesto y del nivel de escolaridad posterior a la intervención educativa.

Cada uno de los conocimientos abordados en la investigación es información básica que el personal de salud, llámese médico, enfermero y/o promotor de la salud deben de conocer, aplicar y no deben errar ya que son parámetros que involucran acciones que pueden modificar el status, evolución o pronóstico de un paciente, incluso de vida o muerte.

Un personal médico en servicio social obtuvo el mayor nivel de aprovechamiento y un personal de enfermería en servicio social obtuvo el nivel de aprovechamiento más bajo.

Al igual que en nuestra investigación en la intervención de Kawaguchi y Mori,⁶⁴ en ambas se encontraron ciertas evidencias del beneficio de la intervención en cuanto a mejorar el nivel de conocimientos, sin embargo, en función de la muestra tan pequeña de la investigación no fue posible extraer conclusiones firmes acerca de la efectividad real de la intervención, no es posible generalizar los hallazgos de esta revisión a la efectividad global de la capacitación en el puesto de trabajo.

Es básico asegurar la permanencia y constancia de los cursos de capacitación en servicio, ya que aumentan el conocimiento a corto plazo y las actitudes del personal de salud.^{65, 66, 67}

11. RECOMENDACIONES

El diagnóstico integral de salud es una herramienta clave en salud pública, no sólo identifica problemas de salud, ya que mediante la detección de las necesidades reales y sentidas de la población en estudio se logra una respuesta objetiva y concisa para llegar a posibles soluciones reales y que realmente impacten en la población en estudio.

Los resultados obtenidos en la presente intervención en salud revelan un incipiente incremento y el fortalecimiento de los conocimientos en el personal de salud multidisciplinario en relación a la atención integral de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años de edad. En este estudio en la medición basal se pudo constatar que el personal de salud no tenía conocimientos suficientes en relación a la atención de la enfermedad diarreica aguda, en la post-intervención se constató un incremento en el conocimiento sobre los temas ya tratados.

Cabe mencionar que la estrategia didáctica basada en teorías de aprendizaje significativo, y el basado en competencias permitió encaminar una incipiente consolidación del conocimiento del personal multidisciplinario en relación a la atención integral de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, en todo momento bajo un ambiente tranquilo, de confianza y agradable entre participantes e instructores.

Que los resultados se apliquen y comparen con otros centros de salud de la misma región.

En este tipo de intervenciones educativas se necesita que todo el personal de salud esté consciente y valore la importancia de lo que significa su capacitación y actualización continua de los procesos de salud.

Sería ideal la realización de capacitaciones multidisciplinarias en el propio centro de salud de todas las áreas de salud y cada personal en su rol interno poder expresar conocimientos, dudas y percepción del entorno en general, todo enfocado a mejorar la atención por cada padecimiento.

El propio personal de salud debe contemplar reforzar con capacitaciones y actualizaciones de los padecimientos más comunes de ser necesario cada mes, ser autocrítico y autodidacta; es un proceso continuo.

Estos resultados contribuirán para la toma de decisiones en el fortalecimiento del área de capacitación y enseñanza a nivel jurisdiccional y estatal para que el personal de salud esté realmente capacitado en los conocimientos básicos de la atención integral de la enfermedad diarreica aguda.

Investigaciones adicionales en todos los tipos de cursos de capacitación en distintos ámbitos para medir los resultados.

Se necesita número suficiente de instructores debidamente capacitados y material de capacitación funcional según los requerimientos locales.

Es necesario contemplar un tiempo prudente para considerar si el logro en el incremento de los conocimientos en relación a la atención de la enfermedad diarreica aguda en el personal de salud multidisciplinario van a ser perdurables, es importante que el personal recuerde cotidianamente sobre estos aspectos.

Dar seguimiento a este centro de salud en donde se realizó la intervención educativa y al mismo tiempo ampliar la cobertura con los demás centros de salud de la jurisdicción no. 1 de los servicios de salud de Yucatán. No se conoce los conocimientos del recurso humano y es importante conocerlo y darle seguimiento.⁶⁸

Que el personal de salud cuente con un ejemplar de esta intervención educativa, con el fin de darle seguimiento y continuidad al mismo.

12. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

-
- ¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud. 2006.
- ² Formación y capacitación. Cuál es la importancia de la capacitación del recurso humano?. Vol. 8 no. 2. Abril-Junio 2007.
- ³ Bedoya, Ritha Dra. y Sola José Dr. Informe de consultoría. Diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal que labora en las unidades de salud del distrito metropolitano de Quito. Ecuador. Septiembre 2006.
- ⁴ Tapia Conyer R. El manual de Salud Pública. Segunda edición. México: Editorial Inter-sistemas. 2006.
- ⁵ Cabello RR, Herrera B. Síndrome Diarreico Infeccioso. Primera edición. México: Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 682.
- ⁶ Organización Panamericana de la Salud. Manual de tratamiento de Diarrea. Serie Paltext N° 13; 1987. P-85.
- ⁷ Sistema Nacional de Salud. Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología.
- ⁸ Organización Panamericana de la salud. La enseñanza de la salud infantil en las escuelas y facultades de enfermería de América Latina. Salud del Niño y del Adolescente.
- ⁹ Hernández Mota Felipe. "Estrategias para la reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil en América Latina". Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud. La Habana. Cuba. 27 de noviembre al 10 de diciembre de 1989.
- ¹⁰ De la Cueva Víctor, et al. El modelo educativo constructivista abc2: aprendizaje basado en la construcción del conocimiento. ITESM, campus central Veracruz.
- ¹¹ Familiar y Comunitaria. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), 2005
- ¹² Díaz S. Enoc Dr. UPR en Humacao. Centro de Competencias de la Comunicación.
- ¹³ Bedoya Ritha, Sola José. Diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal que labora en las unidades de salud del distrito metropolitano de Quito. Ecuador. Informe de consultoría. Septiembre 2006.

-
- ¹⁴ Pereyra Z. Héctor. Los diez primeros años de AIEPI en el Perú; Organización Panamericana de la Salud, Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia/participación comunitaria/cooperación internacional/Lima, Perú, 2006. 83 p. www.bvsde.paho.org/texcom/AIEPI/AIEPI10Peru.pdf
- ¹⁵ Barrios Carlos, et al. DELOS: desarrollo local sostenible. Aplicación del enfoque constructivista a la educación sanitaria. ISSN: 1988-5245 Vol. 1, N° 2. Napuriconsultorabarrios@hotmail.com. Red Académica Iberoamericana Local-Global. Junio 2008.
- ¹⁶ Martínez S. Olga. Cursos.insp.mx/cwis/SPT--DownloadFile.php?Id=193
- ¹⁷ Cabrera P. Carlos, et. al. Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL-colesterol en diabéticos tipo 2. Salud pública Méx [online]. 2001, vol.43, n.6, pp. 556-562. ISSN 0036-3634.
- ¹⁸ Hidalgo S. Elisa, et al. Accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población joven: evaluación de una intervención educativa en Cuernavaca, Morelos. Salud pública Méx [online]. 2008, vol.50, suppl.1, pp. s60-s68. ISSN 0036-3634.
- ¹⁹ Cabrera. C., et al. Efecto de una intervención educativa sobre la memoria operativa de trabajo del adulto mayor: estudio cuasi experimental con juegos populares. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 13(2), 55-67.2011.
- ²⁰ Higareda A., et. Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa. Salud Publica Mex 2011; 53:134-140.
- ²¹ Iglesias P. et all. Intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México Rev. ADM 2008; 65.
- ²² Salud pública México. Accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población joven: evaluación de una intervención educativa en Cuernavaca, Morelos. 2008. V.50 supl.1
- ²³ Salazar B. Dulce. Diagnóstico Integral de Salud de la Maestría en Salud Pública. 2013
- ²⁴ www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- ²⁵ Ley Federal del Trabajo.
- ²⁶ Reglamento de capacitación. Servicios de Salud. México. D.F.

-
- ²⁷ Recursos humanos: informe anual Informe de la Secretaría. Sobre la calidad del recurso humano: consejo ejecutivo EB124/30 124^a, reunión 18 de diciembre de 2008. Punto 8.3 del orden del día provisional.
- ²⁸ Hubley, John. Communicating Health, An action guide Health Education and Health promotion, 2002.
- ²⁹ EPHA. Public Health Code of Ethics for Ethiopia, July 2003.
- ³⁰ Urban, Jonsson. Human rights Approach to development programming, published by UNICEF, 2003.
- ³¹ Formación y capacitación. Cuál es la importancia de la capacitación del recurso humano? Vol. 8 no. 2. Abril-Junio 2007.
- ³² Formación superior basada en competencias, interdisciplinariedad y trabajo autónomo del estudiante. Posada Álvarez Rodolfo. Facultad de Educación, Universidad del Atlántico, Colombia Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).
- ³³ Mendoza M. Xochiquetzalli, Bernabeu T. Ma. Dolores. Aprendizaje basado en Problemas. Competencias del profesional de la salud. Innovación Educativa, vol. 6. Núm. 35, diciembre 2006. pp. 1-12, Instituto Politécnico Nacional. México. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. Redalyc.org.
- ³⁴ Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes—WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007.
(http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 10 January 2009).
- ³⁵ Anell A, Willis M. International comparison of healthcare systems using resource profiles. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6):770–778 ([http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)770.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf), accessed 10 January 2009).
- ³⁶ Dal Poz MR, et. al. Relaciones laborales en el sector salud: fuentes de información y métodos de análisis, v. 1. Quito, Ecuador. Organización Panamericana de la Salud, 2000.
- ³⁷ Calcagno, Alfredo. Revista Iberoamericana de Educación. Número 14. Financiación de la Educación en América Latina. Mayo-Agosto 1997.
- ³⁸ Universidad de Colima. El aprendizaje basado en competencias. Proceso educativo centrado en el aprendizaje. Formación integral del estudiante. Comunicado no. 8. 29 de Noviembre, 2006.

-
- ³⁹ Posada A. Rodolfo. Formación superior basada en competencias, interdisciplinariedad y trabajo autónomo del estudiante. Facultad de Educación, Universidad del Atlántico, Colombia Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653)
- ⁴⁰ Getnet, Mitike et. al. Health Education for Health Science students, Addis Ababa University, Department of Community Health, January 2003.
- ⁴¹ www.marisolcollazos.es/sociología-complemento/pdf/SOC04.pdf.
- ⁴² McKenzie, JF et all. 2005. La planificación, implementación y evaluación de programas de promoción de la salud. 4ª ed. Boston, MA: Allyn and Bacon. 2005
- ⁴³ Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Libro de referencia sobre las tendencias en la salud de los estadounidenses. Estados Unidos, Hyattsville, MD: 2006.
- ⁴⁴ EE.UU. Oficina del Censo. Resumen Estadístico de los Estados Unidos: 2006. Washington, DC. 2005.
- ⁴⁵ Jiménez, Estrada D. La intervención educativa: una visión holística de los problemas sociales. UPN. 2002.
- ⁴⁶ Sañudo G. Lya. Los programas de intervención una modalidad para investigar en la educación. 3er Congreso Nacional de Investigación Educativa. Jalisco, México. 2005.
- ⁴⁷ Arteaga N, Teresa de J. et all. "Configuración del campo de la intervención educativa en México. Experiencias y soportes Analíticos" Revista de Educación y Desarrollo, UPN. 13. Abril-junio de 2010.
- ⁴⁸ Universidad Politécnica Nacional. Licenciatura en Intervención Educativa. Línea de Gestión Educativa. México, D.F. 28. 2002.
- ⁴⁹ Rodríguez, Darío. Diagnóstico Organizacional. "Fundamentos del Diagnóstico" "El Diagnóstico Organizacional" y "Modelos de análisis". Edit. Alfa-omega. México, D.F. 2006.
- ⁵⁰ Andere, Eduardo M. La Educación en México: Un fracaso monumental. ¿Está México en riesgo? Editorial Planeta. México, D.F. 2003.
- ⁵¹ Fernández P. Jorge y Barajas A. Guadalupe. Una Nueva Cultura Profesional. Notas para un debate. En Revista de Divulgación Científica Universciencia. Editorial Universidad de Oriente Puebla. Año 2, n°5. Septiembre-Diciembre. Puebla, México. 2003.
- ⁵² www.upn291.edu.mx/revista_electronica/DanielIntervencion.pdf
- ⁵³ Potvin L & L Richard. Evaluación de los programas de salud comunitaria. En Rootman I et al (eds.) La evaluación en promoción de la salud: principios y perspectivas de Copenhague, la OMS Europa. 2001.

-
- ⁵⁴ Wimbush E & J Watson. Un marco de evaluación para la promoción de la salud: La teoría, la calidad y la eficacia de Evaluación 6 (3): 301-21. 2000.
- ⁵⁵ Manual para el personal de Salud. Manual de Enfermedades Diarreicas. Prevención, control y tratamiento. Servicios de Salud. CENSIA. México, D.F. 2009.
- ⁵⁶ PTP Dulce María Salazar Barrera
- ⁵⁷ Análisis FODA
- ⁵⁸ Intervención educativa en adultos mayores para una longevidad satisfactoria. San Luis. Rev. Ciencias Médicas. Abril-Ju. ; 15(2):184-195. Medicina General Integral. 2011.
- ⁵⁹ Acosta G. Magda. Intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre bioseguridad en el personal de enfermería de una institución hospitalaria. Revista Cubana de Enfermería. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba. 2006:22 (2).
- ⁶⁰ Rodríguez H. Odalys, et al. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas. Revista archivo médico de Camagüey. Mayo-Junio 2010. V.14 n. 3.
- ⁶¹ Rodríguez C. Bárbara, et al. Intervención educativa como estrategia para el control del Aedes aegypti en una comunidad urbana. II parte. Policlínico universitario "Luis Li Trejent". Güines, Cuba, 2006.
- ⁶² Gutiérrez C. Claudia, et. al. Intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 2004. Vol. 61 (1):19-28.
- ⁶³ Pereira D. M^a C. y Pino J. M.R. Intervención educativa para la mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico. Un programa interdisciplinar en educación social. En Revista Portuguesa de Pedagogía. Año 37, (3), pp. 231-251. ISSN: 0870-418. 2003.
- ⁶⁴ Kawaguchi A y Mori R. Capacitación en el puesto de trabajo destinada a profesionales de la salud para mejorar la atención de neonatos o niños gravemente enfermos en países de ingresos bajos y medianos. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud; Ginebra. Última revisión: Noviembre, 2010.

⁶⁵ Forsetlund L, et. al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; Issue 2. Art. No.: CD003030; DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2

⁶⁶ Baker. Pediatric emergency and critical care in low-income countries. *Pediatric Anesthesia* 2009; 19: 23–27.

⁶⁷ Molyneux E, Ahmad S, Robertson A. Improved triage and emergency care for children reduces inpatient mortality in a resource-constrained setting. *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84:314–319.

⁶⁸ Dal P. Mario, et al. *Manual de Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud*. OMS, EL BANCO MUNDIAL Y USAID.

13. ANEXOS

ANEXO 1.-EVALUACION PRE Y POST-CURSO

NOMBRE:

PROFESIÓN Y ESCUELA DE PROCEDENCIA:

CARGO:

TIEMPO LABORANDO EN EL CENTRO DE SALUD:

INSTRUCCIONES: DE LOS SIGUIENTES CASOS FAVOR DE CONTESTAR LO QUE A CONTINUACIÓN SE PIDE, SOLO UNA RESPUESTA ES LA CORRECTA.

CASO 1

1.-Luis de 5 meses de edad es llevado al centro de salud por presentar diarrea de 2 días de evolución con fiebre, 5 evacuaciones amarillas, con moco y sangre, a la exploración física reactivo, abdomen timpánico, peristalsis aumentada, llanto con lágrimas, llenado capilar menor de 2 segundos. Pesa 6 kgs, talla 55 cms, FC 150 x min, FR 45 x min, pulso normal, temperatura de 38°C. Peso al nacer 2,300 grs, aún realiza seno materno, ha iniciado con ablactación, le dan probaditas de fruta y verdura, madre de 16 años, vive en un ranchito antes de llegar a la comunidad. Qué factores de mal pronóstico identificas y que plan de hidratación iniciarías?

- a) Peso bajo al nacer como único factor. Inicio plan de hidratación A.
- b) Peso bajo al nacer, madre adolescente, distancia para acudir a la consulta. Inicio plan A en el área de CEDATHOS del centro de salud.
- c) No hay factores de mal pronóstico, únicamente le otorgo 3 sobres de vida suero oral y se le explica a la madre como dárselo.
- d) Todos los signos vitales fuera del rango normal, además de haber iniciado 1 mes antes la ablactación, y la diarrea con moco y sangre. Inicio plan de hidratación C y realizo referencia a 2do nivel de atención.
- e) Peso bajo al nacer, madre adolescente, distancia para acudir a la consulta. Únicamente le otorgo 3 sobres de vida suero oral y se le explica a la madre como dárselo.

CASO 2

2.-José tiene 2 años, lo llevan a consulta por su madre por presentar diarrea de 18 horas de evolución con más de 15 evacuaciones acuosas y abundantes, con 5 vómitos y con fiebre sin cuantificar, a la exploración física se encuentra con mucosas secas, poco reactivo, piel pálida, sudoroso, ojos hundidos, pulso débil, FC de 150 x min, FR de 36 x min, temperatura de 36.5°C, pesa 10 kg, talla 85 cms. Qué plan de hidratación le iniciarías y que otras acciones realizarías para complementar la atención integrada?

- a) Inicio plan de hidratación A, pase a CEDATHOS para las acciones es ésta área.
- b) Inicio plan B de hidratación y cuestiono sobre factores de mal pronóstico, antecedentes personales patológicos.
- c) Inicio plan B de hidratación y pase a CEDATHOS, además se le otorga 3 sobres de vida suero oral y se le explica a la madre como dárselo.

d) Inicio plan de hidratación C y realizo referencia a 2do nivel de atención.

e) Inicio plan de hidratación B, únicamente le otorgo 3 sobres de vida suero oral.

CASO 3

3.-Manuel tiene 1 año 2 meses acude al centro de salud por presentar fiebre y además encuentra el personal de salud que hace 4 días presenta diarrea con evacuaciones líquidas, con moco y sangre en número de 5 a 7 por día y 2 vómitos, a la exploración física se le encuentra irritable, tiene los ojos hundidos, fontanela anterior hundida, llora sin lágrimas, piel pálida, pesa 8,200 grs, mide 70 cms, FC 130 x min, FR 32 x min. Qué acciones iniciarías? Y que diagnóstico integrarías en este pacientito?

a) Inicio plan de hidratación A, pase a CEDHATOS para las acciones es esa área. Diagnóstico: enfermedad diarreica aguda.

b) Inicio plan B de hidratación y cuestiono sobre factores de mal pronóstico, antecedentes personales patológicos. Diagnóstico: enfermedad diarreica aguda/desequilibrio hidro-electrolítico/ Deshidratación moderada GII.

c) Inicio plan B de hidratación y además se le otorga 3 sobres de vida suero oral y se le explica a la madre como dárselo. Diagnóstico: enfermedad diarreica aguda/desequilibrio hidro-electrolítico/Deshidratación moderada GII.

d) Inicio plan de hidratación C y realizo referencia a 2do nivel de atención. Diagnóstico: enfermedad diarreica aguda/desequilibrio hidro-electrolítico/deshidratación severa GIII.

e) Inicio plan de hidratación B, únicamente le otorgo 3 sobres de vida suero oral y se le explica a la madre como dárselo. Diagnóstico: enfermedad diarreica aguda/desequilibrio hidro-electrolítico/deshidratación GIII.

CASO 4

4.-Rosita tiene 4 años, desde hace 7 días presenta 2 evacuaciones en el día, la madre refiere que ella generalmente es estreñida y realiza una evacuación al tiene con materia fecal sólida. Rosita consume la leche nido entera, come frutas y verduras, pollo, pescado, puerco y res, no se le permite comer golosinas ni sabritas (solo los fines de semana). A la exploración física: peso: 23 kgs, talla 100 cms, FC 90 x min, FR 24 x min, ligera palidez de tegumentos, mucosas rosadas e hidratadas, llenado capilar menor de 2 segundos. Qué plan de hidratación iniciarías? Y que acciones realizarías?

a) Inicio plan de hidratación A, pase a CEDHATOS para las acciones en esa área.

b) Inicio plan B de hidratación y cuestiono sobre factores de mal pronóstico, antecedentes personales patológicos.

c) Inicio plan B de hidratación y además se le otorga 3 sobres de vida suero oral y se le explica a la madre como dárselo.

d) Inicio plan de hidratación C y realizo referencia a 2do nivel de atención.

e) Inicio plan de hidratación B, únicamente le otorgo 3 sobres de vida suero oral y se le explica a la madre como dárselo.

5.- En relación a la definición del área de CEDATHOS, señala la respuesta correcta:

- a. Definición: centro docente asistencial de terapia de hidratación oral y saneamiento, ayuda al personal y a las madres a manejar fácilmente los casos de enfermedades diarreicas con deshidratación, en un área específica, común de fácil acceso, área agradable y bien ventilada, con una mesa, anaqueles, silla, sobres VSO, 1 botella, 1 jarra, 1 taza, 1 cuchara, 1 gotero, sonda nasogástrica, jabón, material educativo, hoja de registro de pacientes.

-
- b. Definición: centro de atención para los tratamientos de hidrataciones orales, ayuda al personal de salud y a las madres a manejar fácilmente los casos de enfermedades diarreicas con deshidratación, en cualquier área común de fácil acceso (hasta el consultorio médico), área de preferencia con aire acondicionado, con una mesa y una silla en donde hayan sobres VSO, 1 jarra, 1 taza, 1 cuchara, material educativo, hoja de registro de pacientes.
 - c. Definición: centro docente asistencial de terapia de hidratación oral y saneamiento, ayuda a las madres a manejar fácilmente los casos de enfermedades diarreicas con deshidratación, en un área específica, común de fácil acceso, área agradable y bien ventilada, con una mesa, anaqueles, silla, sobres VSO, 1 botella, 1 jarra, 1 taza, 1 cuchara, 1 gotero, sonda nasogástrica, jabón, material educativo, hoja de registro de pacientes.
 - d. Definición: centro docente asistencial de terapia de hidratación oral y saneamiento, ayuda al personal a manejar fácilmente los casos de enfermedades diarreicas con deshidratación, en un área específica, común de fácil acceso, área agradable y bien ventilada, con una mesa, anaqueles, silla, sobres VSO, 1 botella, 1 jarra, 1 taza, 1 cuchara, 1 gotero, sonda nasogástrica, jabón, material educativo, hoja de registro de pacientes.
 - e. Definición: centro de atención para los tratamientos de hidrataciones orales, ayuda al personal y a las madres a manejar fácilmente los casos de enfermedades diarreicas con deshidratación, en un área específica, común de fácil acceso, área agradable y bien ventilada, con una mesa, anaqueles, silla, sobres VSO, 1 botella, 1 jarra, 1 taza, 1 cuchara, 1 gotero, sonda nasogástrica, jabón, material educativo, hoja de registro de pacientes.

6.- Cuales son los criterios normados para el seguimiento de los pacientes con enfermedad diarreica aguda, señale el listado correcto:

- I
 - a. Plan A y plan B, sin factores de mal pronóstico: cita en 72 hrs.
 - b. Plan A y plan B, con factores de mal pronóstico: cita en 24 hrs.
 - c. Plan C con o sin factores de mal pronóstico: cita en 24 hrs.
 - d. Informar al responsable del menor que deberá acudir antes de la cita programada, si advierte alguno de los signos de alarma.
- II
 - a. Plan A y plan B, sin factores de mal pronóstico: cita en 48 hrs.
 - b. Plan A y plan B, con factores de mal pronóstico: cita en 12 hrs.
 - c. Plan C con o sin factores de mal pronóstico: cita en 12 hrs.
 - d. Informar al responsable del menor que deberá acudir antes de la cita programada, si advierte alguno de los signos de alarma.
- III
 - a. Plan A y plan B, sin factores de mal pronóstico: cita en 1 semana.
 - b. Plan A y plan B, con factores de mal pronóstico: cita en 48 hrs.
 - c. Plan C con o sin factores de mal pronóstico: cita en 24 hrs.
 - d. Informar al responsable del menor que deberá acudir antes de la cita programada, si advierte alguno de los signos de alarma.
- IV
 - a. Plan A y plan B, sin factores de mal pronóstico: cita en 1 semana.
 - b. Plan A y plan B, con factores de mal pronóstico: cita en 24 hrs.
 - c. Plan C con o sin factores de mal pronóstico: cita en 24 hrs.
 - d. Informar al responsable del menor que deberá acudir antes de la cita programada, si advierte alguno de los signos de alarma.

7.- En relación a los signos de alarma el listado correcto es:

- I.
 - a. Sed normal.
 - b. Moderada ingesta de líquidos y alimentos.
 - c. Evacuaciones líquidas numerosas (más de tres por hora) y no abundantes.
 - d. Vómitos frecuentes (más de tres por hora).
 - e. Sangre en las evacuaciones.

- II.
 - a. Sed intensa.
 - b. Abundante ingesta de líquidos y alimentos.
 - c. Evacuaciones líquidas numerosas (más de tres por hora) y no abundantes.
 - d. Vómitos frecuentes (más de tres por hora).
 - e. No sangre en las evacuaciones.

- III.
 - a. Sed intensa.
 - b. Poca ingesta de líquidos y alimentos.
 - c. Evacuaciones líquidas numerosas (más de tres por hora) y abundantes.
 - d. Vómitos frecuentes (más de tres por hora).
 - e. Sangre en las evacuaciones.

- IV.
 - a. Sed normal.
 - b. Abundante ingesta de líquidos y alimentos.
 - c. Evacuaciones líquidas numerosas (más de tres por hora) y abundantes.
 - d. Vómitos frecuentes (menos de tres por hora).
 - e. No sangre en las evacuaciones.

- V.
 - a. Sed moderada.
 - b. Poca ingesta de líquidos y alimentos.
 - c. Evacuaciones líquidas numerosas (menos de tres por hora) y abundantes.
 - d. Vómitos frecuentes (menos de tres por hora).
 - e. No sangre en las evacuaciones.

8.- En relación a los signos de deshidratación, señale el listado correcto:

- I.
 - a. Ojos semi- hundidos.
 - b. llanto con lágrimas.
 - c. Elasticidad de la piel reducida (signo del pliegue).
 - d. Saliva seca o filante.
 - e. Fontanela hundida
 - f. Orina concentrada o escasa.

II.

- a. Ojos hundidos.
- b. llanto con lágrimas.
- c. Elasticidad de la piel reducida (signo del pliegue).
- d. Saliva seca o filante.
- e. Fontanela hundida.
- f. Orina abundante.

III.

- a. Ojos hundidos.
- b. llanto sin lágrimas.
- c. Elasticidad de la piel reducida (signo del pliegue).
- d. Saliva seca o filante.
- e. Fontanela hundida.
- f. Orina abundante

IV.

- a. Ojos no hundidos.
- b. llanto con lágrimas.
- c. Elasticidad de la piel reducida (signo del pliegue).
- d. Saliva seca o filante.
- e. Fontanela hundida
- f. Orina concentrada o escasa.

V.

- a. Ojos hundidos.
- b. llanto sin lágrimas.
- c. Elasticidad de la piel reducida (signo del pliegue).
- d. Saliva seca o filante.
- e. Fontanela hundida.
- f. Orina concentrada o escasa.

9.- En relación a la identificación de los factores de mal pronóstico en enfermedades diarreicas, señala el listado correcto.

I.

- a. Menor de 6 meses.
- b. Presencia de alguna inmunodeficiencia.
- c. Muerte de un menor de cinco años en la familia.
- d. Madre con baja escolaridad (igual o inferior a tercer año de primaria).
- e. Madre menor de 17 años de edad.
- f. Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño.
- g. Menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer.
- h. Desnutrición moderada o grave.

II.

- a. Menor de 2 meses.
- b. Sin presencia de alguna inmunodeficiencia.
- c. Muerte de un menor de cinco años en la familia.
- d. Madre con alta escolaridad.
- e. Madre menor de 17 años de edad.
- f. Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño.
- g. Menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer.
- h. Desnutrición leve.

III.

- a. Menor de 1 año de edad.
- b. Presencia de alguna inmunodeficiencia.
- c. Alguna muerte en la familia.
- d. Madre con baja escolaridad (igual o inferior a tercer año de primaria).
- e. Madre de 17 años de edad o más.
- f. Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño.
- g. Menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer.
- h. Desnutrición leve.

IV.

- a. Menor de 2 meses.
- b. Presencia de alguna inmunodeficiencia.
- c. Muerte de un menor de cinco años en la familia.
- d. Madre con baja escolaridad (igual o inferior a tercer año de primaria).
- e. Madre menor de 17 años de edad.
- f. Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño.
- g. Menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer.
- h. Desnutrición moderada o grave.

V.

- a. Menor de 6 meses.
- b. Presencia de alguna inmunodeficiencia.
- c. Muerte de un adulto en la familia.
- d. Madre con baja escolaridad (igual o inferior a tercer año de primaria).
- e. Madre menor de 17 años de edad.
- f. Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño.
- g. Mayor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer.
- h. Desnutrición leve.

10.- En relación al saneamiento ambiental, cuales son los componentes del saneamiento básico, marque el listado correcto:

I.

- a. Suministro de agua potable para consumo humano.
- b. Alcantarillado
- c. Eliminación adecuada de excretas
- d. Recolección y disposición de residuos sólidos
- e. Vivienda y control de fauna nociva

II.

- a. No Suministro de agua potable para consumo humano.
- b. Alcantarillado
- c. Eliminación adecuada de excretas
- d. Recolección y disposición de residuos sólidos
- e. Vivienda y control de fauna nociva

III.

- a. Suministro de agua potable para consumo humano.
- b. Sin alcantarillado
- c. Eliminación adecuada de excretas
- d. Recolección y disposición de residuos sólidos
- e. Vivienda y control de fauna nociva

IV.

- a. Suministro de agua potable para consumo humano.
- b. Alcantarillado
- c. Eliminación no adecuada de excretas
- d. Recolección y disposición de residuos sólidos
- e. Vivienda y control de fauna nociva

V.

- a. Suministro de agua potable para consumo humano.
- b. Alcantarillado
- c. Eliminación no adecuada de excretas
- d. Sin recolección y disposición de residuos sólidos
- e. Vivienda y control de fauna nociva

ANEXO 2.- HOJA DE RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE SALUD PARA CUANDO LA MADRE SE ENCUENTRE EN CASA Y SU HIJO TENGA DIARREA

INDICACIONES QUE DEBERÁ SEGUIR EN CASA CUANDO SU HIJO TENGA DIARREA

-NO deje de dar los alimentos que acostumbra comer el niño.

-Si es menor de 6 meses, continúe con la leche usual (seno materno o fórmula)

-Si es mayor de 6 meses y ya está recibiendo alimentos sólidos, de los que esté consumiendo dar preferencia a:

Arroz, sopa de pasta, tortillas, verduras sin cáscara cocidas (papa, zanahoria, chayote, brócoli, nopal).

Frutas sin cáscara (manzana, guayaba, pera, higo, durazno).

Pollo y pavo sin piel, ternera, jamón cocido.

CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN HABITUAL

-Además, agregue una a dos cucharaditas cafeteras de aceite vegetal a cada comida.

-Mientras tenga diarrea, no debe introducir alimentos que el niño aún no ha probado.

-Estimule a su hijo a comer con más frecuencia que la habitual, y dé una comida extra al día hasta que recupere el peso adecuado.

OFRECER MÁS BEBIDA DE LO USUAL

-Si sólo está acostumbrado a amamantar, dele su leche habitual y **Vida Suero Oral**.

-Si ya toma otros alimentos además de la leche, dele líquidos como:

Atoles de arroz o maíz.

Sopas, caldos.

Aguas de frutas frescas con poca azúcar, agua de coco verde, **Vida Suero Oral**.

-No dé bebidas muy dulces (jugos comerciales, bebidas deportivas, refrescos) ni utilice miel o piloncillo.

-Recuerde que los líquidos solos **NO** sustituyen a los alimentos para darle energía a su niño.

REPONGA LAS PÉRDIDAS CON VIDA SUERO ORAL

-Si el niño tiene menos de un año de edad, deberá darle mínimo **MEDIA TAZA (75ml)** después de cada evacuación o vómito, **CON CUCHARITA Y LENTAMENTE**.

-Si es mayor de un año, deberá darle mínimo **UNA TAZA (150ml)** después de cada evacuación o vómito, **CON CUCHARITA, LENTAMENTE**.

-Si el niño vomita, espere 10 minutos y continúe pero más despacio. **NO DÉ MEDICAMENTOS**

-La mayoría de las diarreas son causadas por microbios que el cuerpo solito controla.

Sólo se dan antibióticos en ciertas situaciones (sangre en la diarrea o diarrea de más de 2 semanas).

-Los medicamentos que evitan el vómito o las evacuaciones pueden complicar la salud de su hijo.

-Sólo le dará los medicamentos que su médico le indique (como para la fiebre).

ACUDIR DE INMEDIATO A LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA, en caso de que note usted **UNO** ó **MÁS** de los siguientes: **SIGNOS DE ALARMA:**

•Sed intensa.

•Toma pocos líquidos y alimentos.

•Evacuaciones líquidas numerosas (más de tres por hora) y abundantes.

•Persistencia de la fiebre por más de tres días.

•Vómitos frecuentes (más de tres por hora) o vomita cada vez que usted intenta darle líquidos lentamente o presenta vómito verde o amarillo.

•Sangre en las evacuaciones.

•Irritabilidad.

Recuerde que estos signos:

Ojos hundidos

Llanto sin lágrimas

Saliva seca o filante

Mollera hundida

Orina concentrada o escasa **indican que su hijo YA ESTÁ DESHIDRATADO y puede morir**

Otros signos de gravedad son: Vientre inflamado, convulsiones o que esté demasiado dormido.

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO

INSTRUCTIVO HOJA DE RECOMENDACIONES“INDICACIONES QUE DEBERÁ SEGUIR EN CASA CUANDO SU HIJO TENGA DIARREA”

•Al término de la consulta, el médico deberá entregar y explicar detenidamente al responsable del menor, la hoja de recomendaciones titulada:“INDICACIONES QUE DEBERÁ SEGUIR EN CASA CUANDO SU HIJO TENGA DIARREA”.

•Esta hoja constituye un complemento indispensable de la receta médica, por lo que se debe entregar junto con ésta última, previa explicación de su contenido.

•La hoja de recomendaciones deberá contener el nombre completo del medico tratante, mismo que se escribirá con tinta y letra legible.

ANEXO 3.- CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DEL CURSO: "Panorama epidemiológico, vigilancia epidemiológica y atención de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años"

TIPO DE CURSO O EVENTO: CURSO-TALLER

RESPONSABLE DEL CURSO O EVENTO: Dra. Dulce María Salazar Barrera

OBJETIVOS: Proporcionar toda la información TEÓRICA Y PRÁCTICA según la NOM-017-2012 y la NOM-031-1999 para la atención de la enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años.

DIRIGIDO A: Personal médico, de enfermería y de promoción del centro de salud de Celestún.

DURACION: MESES: 0 DIAS: 1 HORAS: 4 HORAS

PROFESOR TITULAR: Dr. Albino Velázquez Lagunes

NOMBRE DE LA UNIDAD: Celestún

SEDE: Centro de Salud de Celestún

CUPO: 15 personas

FECHA DE INICIO: 02 DE MAYO 2013

HORARIO	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TECNICA DIDACTICA	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION	INSTRUCTOR	BIBLIOGRAFIA
12:00-12:20	Registro de asistencia e inauguración.	Presentar los objetivos del curso, expectativas y organización en general.	Escrita y Verbal	Lista de asistencia			
12:20-12:40	Presentación de facilitadores y asistentes.	Conocer a las personas involucradas en la atención a las diarreas. Generar en los participantes del taller un clima de apoyo y apertura que permita trabajar con confianza. Aplicar la evaluación pre-curso.	Verbal evaluación escrita y	Cuestionario	evaluación pre-curso	Dr. Albino Velázquez Lagunes/Dra. Dulce Salazar	
12:40-13:30	Panorama epidemiológico de las diarreas y su vigilancia epidemiológica	Conocer el Panorama Epidemiológico de la Enfermedad Diarreica Aguda. Conocer y Aplicar la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda.	Expositiva y Práctica	Laptop y video proyector		Dra. Dulce María Salazar Barrera	NOM-017-SSA2-2012
13:30-14:30	Atención médica de la enfermedad diarreica aguda	Diagnóstico, clasificación, manejo y prevención de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años según la NOM y el manual de EDAS 2009.	Expositiva y Demostrativa (escrita y verbal)	Laptop y video proyector.		Dr. Albino Velázquez Lagunes	NOM-031-SSA2-1999 Manual de enfermedad diarreica aguda. Prevención, control y tratamiento, 2009
14:30-16:00 hrs	Observaciones, experiencias y puntos de vista en relación al curso. Conclusiones.	Identificar puntos de mejora y debilidades. Análisis FODA. Aclaración de dudas.	Mesa redonda	Hojas y lápices/ pintarrón y plumones		Dr. Albino Velázquez Lagunes. Dra. Dulce María Salazar Barrera	NOM-031-SSA2-1999 Manual de enfermedad diarreica aguda. Prevención, control y tratamiento, 2009 NOM-017-SSA2-2012