

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

***“CONOCIMIENTO DEL PERSONAL AUXILIAR DE
ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PLAN DE
REHIDRATACIÓN ORAL”***

Estudio Descriptivo cuantitativo realizado con el Personal Auxiliar De
Enfermería del Servicio de Pediatría del Hospital Regional de San
Benito Petén en los meses de Enero a Mayo de 2008.

Mayra Karlina Tut Tesucún
Carné: 200518333

ASESORA : MSc. Rutília Herrera Acajabón
REVISORA: Mg. Enma Judith Porras

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –
USAC - Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, JULIO 2008.



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8392, 2472-1392
 E-mail guatenfria@yahoo.com Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO

**“CONOCIMIENTO DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL
 MANEJO DEL PLAN DE REHIDRATACIÓN ORAL”**

Presentado por la estudiante: *Mayra Karlina Tut Tesucún*
 Carné: 200518333
 Trabajo Asesorado por: *MSc. Rutilia Herrera Acajábón*
 Y Revisado por: *Mg. Enma Judith Porras*

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los diecisiete días del mes de Julio del año 2008.



Rutilia Herrera Acajábón
 MSc. Rutilia Herrera Acajábón
 DIRECTORA



Jesús Amulfo Oliva Leal
 Pr. Jesús Amulfo Oliva Leal
 DECANO
 2008-2010

Vo.Bo

RESUMEN

Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo realizado con el personal auxiliar de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Nacional de San Benito Petén, en el mes de Abril del 2008, para identificar los conocimientos sobre el manejo del plan de rehidratación oral.

Se utiliza instrumento que fue elaborado para la recolección de información con 14 preguntas cerradas y 2 abiertas donde en ello se relatan hechos para conocer la realidad de los conocimientos que aplica el personal auxiliar de enfermería sobre el manejo del plan de rehidratación oral en el servicio de pediatría.

El estudio piloto se realizó en el Servicio de Neonatos del Hospital Nacional de San Benito. Servicio que posee iguales características a los sujetos de estudio para verificar si el proceso metodológico se aplicaba al estudio de campo, para así hacer los cambios correspondientes y fortalecer el manejo del instrumento y otros aspectos.

El estudio de campo se realizó utilizando el instrumento mencionado y los datos se tabularon manualmente y se anotaron en un cuadro matriz, se realizaron gráficas y se analizaron en base a la revisión bibliográfica y como resultado se obtienen las conclusiones y recomendaciones.

Entre los resultados más significativos se encuentra que el 100% del personal entrevistado conoce el plan de rehidratación, signos de un paciente deshidratado, medidas universales para evitar la propagación de agentes patógenos, objetivo de la terapia de rehidratación oral, qué factores contribuyen a la deshidratación del infante, lo que indica la necesidad de realizar un reforzamiento en este aspecto a través de la elaboración de un programa de docencia permanente con el tema central en el manejo del plan de rehidratación oral con supervisión directa. Finalmente se recomienda elaborar un protocolo para unificar el manejo de la rehidratación oral, el que debe responder a la realidad particular del servicio de pediatría del Hospital Nacional de San Benito.

I. INTRODUCCIÓN

El alto nivel de infecciones intestinales se da debido a la mala práctica alimenticia, da como consecuencia la Diarrea recurrente y por ende la deshidratación en niños menores de 5 años de edad es por eso que el presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Nacional de San Benito Peten. Y tiene como objetivo identificar Los Conocimientos que tiene el personal de Enfermería Sobre el Manejo del Plan de Rehidratación Oral en el servicio de pediatría del mismo Hospital, durante los meses de Enero a Mayo del 2008, es un Estudio Descriptivo con enfoque cuantitativo de corte transversal en donde se utilizo como instrumento un cuestionario compuesto de 14 Preguntas cerradas y 2 abiertas, elaborado por la investigadora con base a los indicadores a la variable.

La justificación se fortaleció basándose en la Transcendencia, Factibilidad, y Viabilidad, del problema. Esta investigación es una aporte más al cuerpo de conocimiento de enfermería ya que deben conocer los riesgos que puedan desencadenar la no utilización de medidas preventivas para evitar la deshidratación de los infantes del Servicio de Pediatría de Hospital Nacional De San Benito peten.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

“La forma tradicional de corregir la deshidratación fue durante muchos años a base de la rehidratación intravenosa, procedimiento que aunque bueno no deja de tener serios inconvenientes como es el hecho de requerir de un medio hospitalario y un medico y una enfermera para su aplicación y lo peor era que a pesar de su aplicación la diarrea seguía ocupando uno de los primeros lugares entre las causas de mortalidad infantil, De manera que era necesario un cambio que permitiese que todo niño deshidratado estuviese en posibilidad de recibir la hidratación. Surgió así La Rehidratación Oral, procedimiento que ha sido utilizado en tiempos remotos a base de líquidos claros y líquidos a base de avena, fué hasta 1971, que la Organización Mundial de la Salud recomendó la utilización de este procedimiento debido a la alta incidencia de muertes en niños menores de cinco años a causa de diarreas.

Este procedimiento ha sido utilizado con gran éxito en diferentes países como en México que inicio su utilización en 1980.”¹

“En el Hospital Infantil Sur de Santiago de Cuba se ha demostrado que en los meses de abril de 1993 a marzo 1994 se hizo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de los infantes menores de cinco años, con diarrea persistente en donde son ingresados al servicio de Enfermedades Diarreicas Agudas de dicho Hospital, y se les hace los siguientes exámenes microscópicos fecales, coprocultivo, ya este tipo de diarrea predomina en infantes menores de cinco años quienes reciben Lactancia Artificial y habían padecido episodios diarreicos, previos por lo que el tratamiento se baso fundamentalmente en rehidratación oral.”²

“Los casos de mortalidad por diarrea en Guatemala superaban los 30,000 anuales y fue hasta cuando se presenta la deshidratación, el tratamiento de elección recomendado es el uso de sales de rehidratación oral (SRO). Por más de 25 años la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF recomendaron el uso de Suero de Rehidratación Oral a base de glucosa y sodio, no importando la causa De la diarrea ni la edad del grupo afectado. A partir de 1978, el SRO fue la principal herramienta para luchar contra la deshidratación, lo cual contribuyó a que la tasa de mortalidad por deshidratación secundaria a diarrea aguda en niños/as menores de cinco años de edad, disminuyera dramáticamente de 4.5 a 1.5

1 http://www.cpnlac.org/temas_cpnl/Tema_hidrataci%C3%B3n_oral.htm . Consultado el 05 de Diciembre 2007.

2 <http://www.bvs.s/d.cu/revistas./san/Vol.16-2-02/san08202.htm>.internet. Consultado el 10 de Octubre 2007.

millones de muertes anuales en el mundo. Las investigaciones para mejorar la formulación de las sales de rehidratación oral han continuado y de hecho la OMS introdujo en el 2004 nuevas recomendaciones sobre el tratamiento de la diarrea. Que el procedimiento de la rehidratación oral se utiliza en Guatemala disminuyendo notablemente a 30,000 casos anuales en niños menores de cinco años.³ En el Hospital Regional de San Benito Petén se ha demostrado que del mes de Enero a Julio del año 2007 tuvo una demanda de 157 caso de Enfermedades Diarreicas de los cuales dos de ellos presento Deshidratación. Y un 75% fue atendido por el personal de enfermería.⁴

A nivel departamental no se ha realizado ningún estudio sobre el manejo del Plan de Rehidratación Oral. Pero en relación a la investigación sobre los conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo del plan de rehidratación oral no se conocen en los hospitales de este departamento del Petén. El agua es un componente muy importantes de nuestro organismo. En el niño al rededor del 60% de su peso corporal corresponde al agua. Los ingresos de este líquido se llevan a cabo a través de los alimentos y diversas bebidas, mientras que las pérdidas normalmente se produce a través de la orina, evacuaciones y las llamadas pérdidas insensibles que comprenden el sudor y el vapor de agua exhalado en la respiración. Regularmente los ingresos y egresos son similares, manteniendo así una adecuada hidratación.

La deshidratación se produce cuando las pérdidas de líquidos son mayores que los ingresos. Podemos compararla cuando tenemos un tinaco lleno de agua, del cual vamos a estar sacando para diversos usos, pero no la ponemos, de manera que finalmente el tinaco se queda vacío, sin agua y por lo tanto deshidratado. En el niño las pérdidas de líquidos son mayores que los ingresos en diversa enfermedades, por ejemplo cuando hay una diarrea severa o vómito, y fiebre intensa persistente.

“Este estudio se baso en el concepto de Enfermería De Dorotea Orem. Donde dice que los cuidados de enfermería define como ayudar al individuo a llevar acabo y mantener, por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad, y afrontar las consecuencias.”⁵

3 http://www.deguate.com/salud/printer_6137.shtml. consultado el 15 de Diciembre 2007.

4 Departamento de estadística Reglamento del Hospital Regional De san Benito Peten consultado el 20 de agosto 2007..

5 <Htt://www.terra.es/personal/ dueñas/ Teorias 3.htm>.consultado el 15 de Diciembre2007.

2. DEFINICION DEL PROBLEMA:

El personal auxiliar de enfermería del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional de San Benito Petén pertenece al servicio de pediatría donde se brinda atención a pacientes infantes con diferentes patologías y tratamiento especializado siendo este el servicio donde con mayor frecuencia deben aplicar sus conocimientos y manejo del plan de rehidratación oral.

El servicio de pediatría se encuentra ubicado en el segundo nivel del hospital Regional de San Benito Petén, actualmente cuenta con seis auxiliares de enfermería realizando turnos rotativos y con una enfermera profesional y un medico pediatra.

En el servicio se brinda atención de enfermería a pacientes infantes con diferentes patologías entre ellas la deshidratación que hace necesario el manejo del plan de rehidratación oral siendo este el único servicio en el hospital que atiende a la población infantil.

Los conocimientos de enfermería deben ser científicos ya que la práctica de enfermería se sostiene sobre un sólido sistema de valores humanísticos que enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de entregarle los conocimientos científicos para que la actividad de enfermería tenga un producto principal atendiendo al usuario en el cuidado de media y larga duración ya que la enfermera tiene los conocimientos científicos para aportar en la asistencia, docencia, y gestión e investigación.

Llama la atención la cantidad de paciente infantes que ingresan al servicio de pediatría presentando deshidratación. En donde algunos de ellas lamentablemente llegan a perder la vida, si no les es aplicado el tratamiento oportuno.

3. DELIMITACION DEL PROBLEMA:

El Personal Auxiliar de Enfermería del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional de San Benito Petén, se tomo como sujeto de estudio para la realización de la Presente Investigación sobre los Conocimientos del manejo del Plan de Rehidratación Oral de Servicio de Pediatría, al brindar la atención al Paciente o en cada Procedimiento que realicen.

3.1 Dimensión Geográfica: San Benito Peten.

3.2 Dimensión Institucional: Servicio de Pediatría del Hospital Nacional de San Benito Petén.

3.3 Dimensión Personal: Auxiliar de Enfermería del Servicio de Pediatría.

3.4 Dimensión Temporal: De Enero a mayo 2008.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Por todo lo anterior descrito surgió la interrogante siguiente:

¿Cuales son los conocimientos del personal Auxiliar de enfermería en el manejo del Plan de Rehidratación oral del servicio de Pediatría durante los meses de enero a mayo 2008. Del Hospital Regional de San Benito Peten?

III. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

La deshidratación es causada por la pérdida de líquidos y electrolitos en pacientes con diarrea aguda, y se convierte en causa principal de muertes infantiles por lo que el personal de enfermería debe poseer en conocimientos. Necesario para llevar a cabo la detección temprana de la deshidratación o el tratamiento adecuado de la misma.

De esto surgió la idea de conocer cuáles son los conocimientos que el personal Auxiliar de Enfermería tiene sobre el manejo del plan de rehidratación oral teniendo en cuenta que este personal tiene un papel importante en la atención a pacientes de uno a cinco años de edad que son sometidos a rehidratación oral. Y La trascendencia de la Rehidratación Oral es tan importante que se convierte en un indicador de calidad.

Al mismo tiempo permitió el desarrollo de enfermería como Profesión ya que contribuye a identificar los Conocimientos del personal Auxiliares de Enfermería, sobre el Manejo del Plan de Rehidratación Oral.

“La Factibilidad y Viabilidad del presente estudio radica en que existe acceso directo a la fuente de información y apoyo institucional que permitió el logro de objetivos y dejar recomendaciones factibles de aplicación en la institución. a si como el 100% de empoderamiento del personal Auxiliar de Enfermería. Este estudio.

Su trascendencia se reflejara en el cuidado que se brinde a los niños que ingresen al servicio y requieran Rehidratación Oral.

Ya El personal Auxiliar de enfermería debe conocer los riesgos que puede desencadenar la no utilización de medidas preventivas para evitar, la deshidratación de los pacientes de 1 a 5 años de edad, del servicio de Pediatría del Hospital Regional de San Benito Peten⁶

6 Barrera de Figueroa Odilla. Tesis Conocimiento del personal Auxiliar de enfermería sobre la práctica de prevención de infecciones nosocomiales. Licenciatura de enfermería 2006.Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla de Febrero a Junio 2006.Universidad San Carlos de Guatemala. No de Pág. 5.

IV OBJETIVO

1).Identificar los conocimientos que posee el personal Auxiliar de Enfermería del servicio de Pediatría en el manejo del plan de Rehidratación oral. De los meses de Enero a Mayo 2008. en el Hospital Regional de San Benito Peten.

V. REVISION TEORICA Y DE REFERENCIA:

La revisión teórica conlleva la temática que fundamenta el presente estudio.

1. TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL

“Considerando que la deshidratación producida por la pérdida de líquidos y electrolitos en pacientes con diarrea aguda continua siendo causa frecuente de muerte infantil, el desarrollo de la terapia de rehidratación oral ha convertido a la diarrea aguda en la causa de mortalidad infantil más sencillo de prevenir.

La terapia de rehidratación oral (TRO) consiste en la administración por vía oral de mezclas estandarizadas de sales y Electrolitos disueltos en agua.

La terapia de rehidratación oral ha sido aplicada desde la prehistoria ya que a través del mecanismo de la sed se obligaba al hombre y a los animales a ingerir líquidos en caso de deshidratación.

A partir de 1832 se describe la terapia de rehidratación, siendo el Dr. Thomas Lata el primero en comunicar la aplicación de soluciones endovenosas en pacientes deshidratados por cólera.

En 1902 Reid demostró la estrecha relación que existía entre la absorción de sodio y glucosa en el intestino, sin embargo debieron pasar 62 años para corroborar dichas observaciones. En Calcuta, en 1909, Aleonar Roges retoma la terapia de rehidratación endovenosa y Sellards, en Filipinas, agrega bicarbonato de sodio a la solución endovenosa tratando de mejorarla y 36 años después, Haro E. Harrison y Daniel C. Darrow, en Baltimore y Hale, sugirieron que una solución electrolítica con glucosa y potasio podría supir la terapia de rehidratación parenteral en lactantes deshidratados por diarrea aguda, iniciando la rehidratación oral. Sin embargo la carga de glucosa fue elevada (3.5%), lo cual condicionó hipernatremia y muerte; motivando que se abandonara dichos conocimientos A través de la historia se encuentra que Chatarjee en la India en 1953 administró por vía oral una solución electrolítica que contenía glucosa a pacientes con cólera. En 1963 Schedll y Clifton perfundieron a humanos sanos diversos tipos de soluciones para valorar la mejor absorción de agua y electrólitos , encontrando que al infundir solución de Ringer combinada con solución Glucosa existía importante incremento de la absorción de agua, sodio, cloro, glucosa y en menor proporción de potasio.

Durante 1964 Phillips sugirió una solución de glucosa y electrólitos para facilitar la absorción de agua y solutos en pacientes deshidratados ya que observó reducción de las pérdidas por heces de sodio, cloro, potasio, bicarbonato y agua con relación a los periodos PRE-tratamiento.

Siguiendo esta línea Nalin y colaboradores desde 1970, en Oriental. Probaron diferentes soluciones para la rehidratación oral: utilizaron glicina o sacarosa como transportador; en un intento por encontrar una solución con ventajas sobre la que utilizaba glucosa, con buenos resultados, pero no definitivamente superiores a los obtenidos con glucosa.

También Pierde y su grupo emplearon soluciones a diversas concentraciones de glucosa para identificar cual era la mejor, desde 40 hasta 220mmol/L. Sodio desde 101 hasta 118mmol/L; potasio de 8.5 a 9 mmol/L, cloro de 74.5 a 86.5 mmol/L y bicarbonato de 35 a 40 mmol/L. Encontraron que la solución con 160 mmol/L de dextrosa, promovía una mejor absorción de sodio que la de 40 mmol/L; mientras que la de 220mmol/L no tenía ninguna ventaja.

Otros autores a través del tiempo han estudiado diferentes transportadores tratando de encontrar la solución ideal para la terapia de rehidratación oral, tomando en cuenta la absorción intestinal de nutrientes, líquidos y electrólitos, considerando que la absorción asociada de glucosa y sodio, favorece a su vez la absorción de agua, lo que permite obtener balances hídricos positivos de tal magnitud que posibilitan la corrección de deshidratación en las primeras 4 a 6 hrs. de iniciada su administración en más del 90% de los niños deshidratados por diarrea aguda. Lo anterior fue considerado por Lincecum como el descubrimiento médico más importante del siglo XX (17)⁷

1.1 METODO DE REHIDRATACION ORAL:

“Utilizando el método convencional del manejo de la deshidratación por cólera comparada con tratamiento de rehidratación oral, demostró que este último método lograba reducir de 2 a 6 veces la mortalidad en el grupo de < de 1 año y de 5 años respectivamente.

Tuvo su fundamento en estudios de perfusión intestinal que demostraron que la glucosa, la maltosa, la galactosa y algunos aminoácidos y pépticos, estimulan en forma importante la absorción neta de sodio y cloro en el yeyuno, así como la presencia de bicarbonato en el lumen intestinal favorece la absorción de sodio y agua.”⁸

7 [Http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm](http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm). consultado el 30 de marzo 2007.

8. <http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm>. Consultado el 30 de marzo 2007.

1.1.1 SUERO ORAL:

"Actualmente se considera que el sobre más efectivo, utilizado para la rehidratación oral es "VIDA SUERO ORAL", recomendado por la OMS y por la UNICEF desde 1971 por sus características en cuanto a concentración de electrólitos, glucosa, pH y osmolalidad.

El uso de este sobre se ha hecho más frecuente a partir de diversos estudios que se realizaron para prevención y control de las enfermedades diarreicas y evitar la deshidratación."⁹

1.1.2 ORIGEN DE LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL:

"La nueva era de TRO se inicia a finales de los 70, con los estudios de Palacios Treviño y Gonzalo Gutiérrez en el Hospital Pediátrico del CMN del IMSS, cuyos resultados fueron excelentes, con éxito en más del 90% de los pacientes que se manejaron con deshidratación por diarrea con TRO.

En el Hospital de Guatemala en 1982, De León y Boas emplearon rehidratación oral con la solución recomendada por la OMS, obteniendo éxito en el 75.3% de los casos e iniciando la sala de Rehidratación que al momento actual es la más antigua del país, habiéndose manejado hasta el momento actual (Jul/2001) un total 32,256 casos con éxito en el 91.5% de ellos. En 1984 Mota Hernández y Velásquez Jones establecen un centro de rehidratación oral observándose disminución importante en el número de muertes en niños con diarrea aguda en más del 90 % en los últimos doce años.

La fórmula para la rehidratación oral contiene en gramos por litro 3.5 de cloruro de sodio, 2.9 de citrato trisódico deshidratado, 1.5 de cloruro de potasio y 20 de glucosa, que al disolverse en un litro de agua proporciona en mmol/L sodio 90, cloro 80, potasio 20, citrato 10 y glucosa 111, con pH entre 7 y 8 y osmolalidad semejante al plasma, de 311mmol/L

La efectividad de las soluciones para rehidratación oral depende del transporte activo a través de las membranas, del borde en cepillo de los enterocitos, de iones de sodio acoplado con moléculas de glucosa, en presencia de pH alcalino.

La adición de bicarbonato o citrato a las soluciones para rehidratación oral permite la corrección temprana de la acidosis metabólica y corrige la deshidratación por diarrea aguda, al reincorporar el potasio a las células

9. <http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO,htm>. consultado el 30 de marzo 2007.

De acuerdo a Velásquez y a Mota en sus estudios realizados en 1984 a 1987 el tiempo de rehidratación puede variar de 2 a 8 hrs. empleando suero oral, el cual debe administrarse a dosis de 100 ml. /Kg. en 4 hrs. para reponer las pérdidas previas y actuales; debe darse a temperatura ambiente para evitar el retardo del vaciamiento gástrico si se administra frío o la presencia de vomito si se da caliente.”¹⁰

1.1.3 EL ÉXITO DE LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL

“ Depende de la evaluación correcta del paciente, de la selección adecuada del tipo de rehidratación (oral, intravenosa o por sonda naso gástrica), continuar con la alimentación habitual y la lactancia materna, del uso correcto de fármacos en caso necesario y de la educación al familiar del paciente para continuar con su manejo apropiado en el hogar, utilizando líquidos de uso común para prevenir la deshidratación, como son el atole de maíz, la sopa de zanahoria, el atole de arroz etc., que disminuyen el gasto fecal , favoreciendo la absorción de agua y electrolitos al proveer transportadores de sodio y agua y previniendo también de este modo la desnutrición.

El empleo de líquidos muy azucarados como jugos enlatados, o embotellados, bebidas gaseosas o bebidas como enerplex R, gatorade R, lucozade, R pedia lite R etc., debe EVITARSE – NUNCA DEBERAN USARSE- ya que por su alta osmolalidad, presencia de pH ácido y gran contenido de glucosa aumentan la secreción intestinal de agua, condicionando diarrea osmótica e hipernatremia, agravando la diarrea y aumentando la deshidratación - PUDIENDO CONDICIONAR LA MUERTE.

Por lo antes mencionado, la terapia de rehidratación oral con "Vida suero oral" continua demostrando ser la mejor alternativa para evitar o corregir la deshidratación en niños con diarrea aguda, disminuyendo el número de internamientos por esta causa.

La proporción del éxito es independiente del estado nutricional, ya que la respuesta es igual en niños eutróficos como en aquellos con algún grado de desnutrición, como lo ha demostrado De León y Velásquez de acuerdo a su casuística en los diferentes estudios de investigación al respecto

En conclusión se puede afirmar que el uso del suero oral recomendado por la OMS, continua reuniendo las condiciones bioquímicas ideales para su empleo masivo en niños deshidratados por diarrea aguda.

En Guatemala la enfermedad diarreica aguda (EDA) constituye aún un problema de salud pública, ya que si bien la mortalidad ha disminuido considerablemente

10.<http://WWW.Conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm>. consultado el 30 de marzo 2007.

(26,606 muertes en menores de 5 años en 1984) en 1998 murieron en este mismo grupo de edad 3,255 (INEGI. que comparado con lo reportado por Xantoma (1991) en Estados Unidos de Norteamérica, en donde se marcan únicamente 500 muertes y 300,000 internamientos, nos debe mantener en alerta constante, sobre todo porque entre el 50% y 70% son causadas por deshidratación. Entre los años 40 y 70 la EDA ocupó el primer lugar como causa de muerte y para 1990 el séptimo lugar. Villa S et al en 1994 analiza los certificados de defunción encontrando que el 69.45% ocurren el medio rural, 64.5% no fueron derechohabientes, 63% había recibido atención médica previa (70% por médico privado) y el 62.5% ocurrieron el hogar. Bojalil en 1998 analiza la atención de 80 médicos encontrando que el Médico Privado tiene deficiente calidad, ya que prescriben erróneamente la Solución de Rehidratación Oral (SRO) hasta en un 50%, el 63% dan indicaciones dietéticas erróneas, 66% prescribió anti-microbianos incorrectamente y el 49% prescribió medicamentos sintomáticos. Entre 1990 y 2000 la tasa de diarrea se redujo en un 82% con lo que se pudieron evitar 88,473 defunciones.

En cuanto a la morbilidad, ésta se ha aumentado; muy seguramente porque el registro ha mejorado, teniendo en el momento actual un promedio de 2.2 episodios de diarrea por niño por año (Mota /1993) en menores de 5 años.

Desgraciadamente desde hace aproximadamente 5 años, el Programa Nacional ha decaído importantemente, ya que la capacitación, supervisión e impacto en medios de comunicación casi ha desaparecido y debemos estar en alerta, ya que pudiera darse el caso de un incremento explosivo. Si las autoridades no tienen el interés de antaño, la comunidad médica tiene la responsabilidad de mantener la guardia alta y continuar con las medidas adecuadas para el manejo de casos de diarrea. ¹¹

2. PLANES DE TRATAMIENTO:

“El Éxito dependerá de una adecuada historia clínica, en donde se evalué a conciencia la evolución del cuadro diarreico; y características de las evacuaciones, número, color, olor, presencia o no de sangre, moco y pus, cantidad; fiebre, presencia de vómitos y sus características, frecuencia, cantidad. Presencia o ausencia de sed, alimentación previa, suspensión de alimentación, seno materno y medicamentos utilizados, identificando el nombre, dosis, tiempo de administración, número de dosis tomadas; la utilización de remedios caseros y si al paciente se le administro SRO, en que forma y cuanto tiempo.

Llevando a cabo una exploración física profunda que nos permita evaluar integralmente al paciente. Evaluando en forma específica: Puede o no beber y si

11. <http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm>. consultado el 30 de marzo 2007.

la sed se encuentra normal o aumentada. Su estado general se encuentra normal, decaído o irritable o definitivamente se encuentra inconsciente. Si llora con lagrimas o no (en el R/N no se deberá tomar en cuenta, ya que estos pacientes generalmente no lloran con lagrimas), determinar si las mucosas se encuentran húmedas o secas y principalmente si la saliva es espesa y fijante. La respiración como se encuentra es normal, rápida y profunda. Verificar la presencia o ausencia de lienzo húmedo y el tiempo en el que desaparece, siendo concientes que el R/N y en el desnutrido grave, su evaluación deberá efectuarse en la región deltoidea para que tenga validez. Pulso normal, rápido o fijante y ausente, Llenado capilar y fontanela.

Una vez hecha esta evaluación se decidirá el plan de manejo: SRO o Soluciones endovenosas.”¹²

2.1 SOLUCIONES ENDOVENOSA:

“Quedan circunscritas para aquellos pacientes que no pueden beber porque el estado de conciencia se encuentra alterado (shock hipovolémico), íleo y en aquellos pacientes que presentan vómitos incoercibles,”¹³

“En los cuales se ha intentado el paso de solución de rehidratación oral por sonda nasogástrica y persisten con vómitos. En aquellos casos de pacientes en estado de shock, en los cuales han pasado 90 seg. O se han hecho 3 intentos y no ha sido posible canalizar una vena periférica, deberá procederse a la utilización de la vía intr. Ósea. Las soluciones que se pueden utilizar pueden ser Ringar lactato, Hartmann o la solución que se utiliza en el Hospital Juárez y varios países de América Latina (Cuba, Costa Rica, Colombia, Venezuela, Perú, Guatemala, Salvador, Argentina) que contiene la misma fórmula que la de la SRO de OMS y que más adelante mencionare su característica y que se conoce como Solución Pizarro”, en Honor al DR. DANIEL PIZARRO de Costa Rica.

A continuación se presenta el cuadro que deberá utilizarse para efectuar la evaluación del paciente con EDA.”¹⁴

12 .<http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm>. consultado el 30 de marzo 2007.

13 .<http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm>.consultado el 30 de marzo. 2007.

14 Departamento de Pediatría de Pediatría Santa Bogota S. Ucross. A. Caicedos.G Llano. Guías de Pediatría. Practica basada en la evidencia Pág. 155-156. Total de Pág. 454. consultado el 5 de abril 2007.

“PLAN DE REHIDRATACION ORAL:15

SIGNOS	BIEN HIDRATADO	DESHIDRATADO (2 o más signos)	CHOQUE HIPOVOLEMICO (2 o más signos)
Observe: Sed Estado general Ojos Boca y lengua Respiración	Normal Alerta Normales, llora con lágrimas. Húmedas. Normal.	Aumentada, bebe con avidez Inquieto o irritable Hundidos, llora sin lágrimas. Secas, saliva espesa Rápida y profunda	No puede beber Inconsciente o hipotónico
Explore: Elasticidad de piel Pulso Llenado capilar Fontanela (en lactantes) Decida : Plan de Tratamiento	Normal Normal Igual o menor de 2 seg. Normal "A"	El pliegue se deshace con lentitud (igual o mayor a 2 seg.) Rápido 3 a 5 segundos Hundida. "B"	Débil o ausente Mayor de 5 seg. "C"

2.2 PLAN “A”

“Para pacientes con EDA sin deshidratación, se manejarán en su domicilio con capacitación de la madre, principalmente en el reconocimiento de los signos de ALARMA: Sed intensa o muy poca ingesta de líquidos y alimentos, presencia de más de 4 evacuaciones líquidas en 24 horas, vómitos frecuentes más de 4 en 24 horas, aparición o aumento de la fiebre, sangre o moco en las evacuaciones o más de 3 días de persistencia del cuadro diarreico. El paciente deberá acudir a consulta en 24 horas a revisión o antes si fuese necesario.

El plan “A” consiste en dar suficiente alimento, el que acostumbra comer el paciente, sin dietas especiales, ofreciéndolo con mayor frecuencia (10 a 12 veces al día) y en pequeñas cantidades, sin suspender la alimentación al seno materno o la leche que este tomando el pequeño; deberá ofrecerse frecuentemente líquidos a tolerancia, de uso en el hogar, evitando las bebidas gaseosas. (Caldos, sopas, Tes. —manzanilla, guayaba, limón, hierbabuena--, Aguas de frutas frescas, agua de coco y agua natural) con el objeto de evita la deshidratación. Sin embargo no sustituyen al SUERO ORAL, el cual deberá darse necesariamente después de cada evacuación, de preferencia a libre demanda; en nuestra experiencia no deberá ingerir menos de 2 onzas por cada evacuación. Manteniendo la alimentación y la ingesta de líquidos y SUERO ORAL, se previene la deshidratación y la desnutrición. Con el objeto de actuar disminuyendo el gasto

15 Departamento pediatría Fundación Santa Fe de Bogota S. Ucross. A. Caicedo. Llano. Guías de pediatría. Practica Basada en la Evidencia. Pág. 158 Total de pagina 454. consultado el 5 de abril 2007.

fecal, se deberá ofrecerse atole de HARINA DE ARROZ, el cual ha demostrado su eficacia para controlar la pérdida fecal, su preparación adecuada es simple: un litro de agua con 50 gramos de Harina de Arroz, poner a cocción por 10 minutos y apagar, como evapora agua; deberá aforarse ha un litro. De este Atole se deberá ofrecer un mínimo de 2 onzas 3 ó 4 veces al día. Al ATOLE DE HARINA DE ARROZ, se puede agregar canela antes de hervirlo.”¹⁶

2.3 PLAN “B”

“Se utiliza en pacientes con EDA y deshidratación sin shock; el paciente se deberá Hospitalizar en la unidad de Urgencias y se deberá llevar hoja de control de líquidos, con el objeto de tener una vigilancia constante. En estos casos la Solución que deberá ofrecerse es el SRO, 100 CC/Kg. / en 4 horas, lentamente con taza y cuchara de preferencia, la evaluación constante, nos permitirá determinar si es necesario continuar ofreciendo SRO por 2 a 4 horas más.

Si el paciente esta alimentado al seno materno y durante este período de 4 horas le corresponde comer, deberá dársele el seno materno, el resto de los alimentos que ya ingiera, se iniciarán al finalizar las 4 horas. Si el paciente persistiera con vómitos o estos aparecieran se suspenderá la vía oral por 10 minutos y se reiniciará el suero oral a razón de 5ml/Kg. cada 5 minutos, si el sujeto no vomita durante 20 minutos se aumentará la cantidad de suero hasta alcanzar la dosis de inicio. En aquellos casos en que el paciente no tolera la vía oral, se utilizará la SONDA NASOGASTRICA y goteará la cantidad requerida (100 ml/Kg. /4 horas). Durante el tiempo que el paciente permanezca en rehidratación oral, se debe aprovechar la capacitación a la madre para el manejo de la diarrea en el hogar.”¹⁷

2.4 PLAN “C”

“Se utiliza para tratar la EDA con shock, en estos casos si la canalización de una vena periférica se tarda más de 90 segundos o tres intentos, se deberá proceder a utilizar infusión intr. Ósea. Sea cual fuere la vía de acceso, la soluciones que se pueden administrar serán Ringar lactato, Hartmann o Solución PIZARRO en cantidad de 50 ml/Kg./ en una hora y repetir la misma cantidad en la siguiente hora, posteriormente se infundirá a razón de 25 ml/Kg. En 2 horas, al final de las cuales se probará la tolerancia a la vía oral con SRO; si la rehidratación se completado se inicia la alimentación. En nuestra experiencia se ha llegado administrar hasta 154 ml /Kg. en 45 minutos en un paciente choqueado, en el

16 <http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm> consultado el 5 de abril 2007.

17 <http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm> consultado el 5 de abril.

cual fue necesario la utilización de infusión intravenosa; con monitoreo constante de frecuencia cardiaca y respiratoria (enero del 2001).A continuación se describe la forma de preparación de la "SOLUCION PIZARRO.

SOLUCION	MI	Na	K	Cl	HCO3
NaCl 0.9%	330	50.8	-	50.8	-
Dextrosa al 5%	650	-	-	-	-
Nahco3	40	40	-	-	40
KCl	10	-	20	20	-
Total	1030	90.8	20	70.8	40

Como puede apreciarse la cantidad de electrólitos que provee es igual ala de la Solución de Rehidratación Oral. Los resultados que hemos obtenido con esta solución son superiores al 92%.

El buen uso de terapia de rehidratación oral y la experiencia adquirida a nivel mundial y nacional (De León-González, Mota Hernández, Velásquez-Jones, Palacios Treviño, Maule Adoban, Moreno Sánchez, Héctor Pérez, Cevallos y

Muchos más), nos permiten asegura que ia TRO es efectiva en cualquier tipo de diarrea, de cualquier etiología, con deshidratación de cualquier grado y tipo, sin que importe el medio social, económico o cultural y en cualquier sexo.

El seguir utilizando soluciones inadecuadas, con manejo de dietas, utilización de anti diarreicos, antibióticos, antieméticos, el abusar de las venoclis y la no capacitación de la madre nos lleva a ser **MEDICOS DE ALTO RIESGO, TRABAJANDO EN INSTITUCIONES DE ALTO RIESGO.**¹⁸

18 <http://www.conapeme.org.mx/emc/diarreasTRO.htm> consultado el 5 de abril. 2007.

3. MANEJO DE PLAN DE REHIDRATACION ORAL.

3.1 *Aplicación de manejo de rehidratación oral*

3.2 *Indicaciones de deshidratación Leve a Moderada.*

3.3 **Contraindicaciones:** *shock deshidratación grave, la terapia > 10ml/Kg. de pérdida en las evacuaciones como abdomen adquirido o agudo o distensión gástrica o aguda*

3.4 **Deshidratación Grave** *en pacientes con deshidratación grave la terapia endovenosa inicia con bolos de 20ml/Kg. de solución e isotónica debe usarse inicialmente hasta que el pulso, y la presión arterial y el nivel de conciencia regresen a la normalidad en ese momento la rehidratación oral puede instituirse de forma segura.*

4. **Técnicas.**

a) si el paciente está vomitando administrar de 5 a 10 ml de líquidos de rehidratación oral (usando una jeringa cucharita o tasa) cada 5 a 10 minutos y gradualmente aumentar la cantidad de acuerdo a la tolerancia, vigilar esta fase de rehidratación muy cerca.

b) "ocasionalmente (< 5% de los casos). El vómito intenso puede requerir líquidos endovenoso pequeñas cantidades de vómitos no requiere la interrupción de la rehidratación oral. Medir la cantidad de pérdidas de líquidos por el vomito cuando sea posible." ¹⁹

4.1 ¿Reemplazamiento de los difícil?

4.2 Deshidratación leve: 5ml/Kg. De solución oral de rehidratación de 4 hrs.

4.3 Deshidratación moderad: 100ml/Kg.de solución de rehidratación oral cada 4 hrs.

19 Verónica I gunn Cristian Enchiva tot Manual Ariel gane de pediatría décimo sexta edición. Tot Pág. 1031.# Pág.-244-248

Soluciones de rehidratación oral

Ceralyte	CHO	NAT	KT	Cl	BASE	MOSm/Kg.
Infelyte	4	70	20	60	30	220
Naturalyte	3	50	25	45	30	200
Pedf lite	2,5	45	20	35	48	265
	2,5	45	20	35	30	250
Rehidralite	2,5	75	20	65	30	310
wHo uncef ors.2	2	90	20	80	30	310

“Los líquidos que se consumen con frecuencia y su composición aproximadas de electrolitos, estos líquidos no se recomiendan para la rehidratación oral.”²⁰

	CHO (g/dl)	NAT (meg/l)	KT (meg/l)	CL (meg/l)	H co (meg/l)	MO m/Kg. H2O	3
Zumo de manzana	11,9	0,4	26	-----	-----	700	
Coca cola	10,9	4,3	0,1	-----	13,4	656	
Geytore	5,9	21	55	17	-----	377	
Ginger cola	9	3,5	0,1	-----	3,6	565	
Leche	4,9	22	36	28	30	260	
Sumo de naranja	10,4	0,2	49	----	50	654	

4.4 FASES DE MANTENIMIENTO

4.5 OBJETIVOS:

Proporcionar las dietas además reemplazar las Pérdidas continuas.

“Los lactantes con alimentación al seno materno debe reanudar su alimentación materna y los niños alimentados con fórmula debe reanudar su forma regular. Los niños de 1 a 5 años deben continuar con su dieta regular para reposar el intestino.

1. Comidas a fomentar.

a. Carbohidratos complejos tales como: arroz, patata, pastas, galletas saladas, pan tostado, cereales sin alto contenido de azúcar

2. Comidas no recomendables:

a. Comida con alto contenido de grasa o azúcares simples, jugos o refrescos.

b. El agua líquida no debe ser la única fuente de vida.

c. Reemplazamiento de las pérdidas continuas: a pesar del grado de deshidratación, administrar aproximadamente 10ml/kg. En niños de uno a cinco años de edad. De solución de rehidratación oral por cada evacuaciones diarreicas.”²¹

5. LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL CON SOLUCIONES DE GLUCOSA

“No reduce el volumen de las deposiciones y por ello, muchos padres consideran que su uso no mejora al niño es conveniente mencionar a los padres el objetivo de la terapia de rehidratación oral no es eliminar la diarrea si no evitar o corregir la deshidratación.

El transporte acoplado de sodio y agua también ocurre con otros Carbo hidratos, aminoácidos y pequeños péptido.

Por ellos se han trabajado en producir soluciones que reduzcan el volumen de las heces reemplazando la glucosa por otras moléculas o reduciendo la osmolaridad de la solución.

21 Verónica I Gunn Cristian Enchiva. Manual harriet lane de Pediatría Décimo Sexta Edición. Total Pág. 1031. # 244-248.

La mayoría de las comparaciones se adelantó en sujetos con deshidratación moderada a severa. Las cinco comparaciones en niños con deshidratación muestran que las soluciones de arroz reducen el volumen fecal en 24 hrs.

La terapia de rehidratación oral en niños de 1 a 5 años de edad con D.A. muestra su resultado equivalente a los observados.²²

“En Guatemala se utiliza las sales Rehidratación oral Según Protocolo de Atención alto Riesgo Pediátrico y como Tratamiento de la.

Síguela: Se utiliza:

* Trimetropin Sulfametoxazol 10mg/Kg./día..

* Si no responde considerar ampicilina 50mg/día.

*Acido Nalidixico

*Furosalidina o Céfalosporina de 3ª generación. (Ceftriaxone o cefotaxime).

* Segunda dosis Intravenosa.

*Si luego otras 48 horas no responde considerar resistencia evaluar otro antibiótico..

Giardia Lambía:

Metronidazol 15mg/Kg./día por 5 día.

E. Histolytica:

Metronidazol 35-50mg/kg7día por 10 días.²³

5.1 ANALISIS DE REHIDRATACION ORAL:

“Todos los pacientes infantiles mostraron que las soluciones de arroz reducen en 8 horas la diarrea.”²⁴

5.2 Rehidratación oral.

Es una mezcla de sales para suero oral constituyendo uno de los avances más significativos, de la medicina ya que han salvado muchas vidas al reponer el sodio cloro y potasio que pierde cuando hay deshidratación además desminuyen el riesgo de infecciones o sobre dosis de tratamiento endovenoso.

22 DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA fundación de santa fe de Bogota s. Ucros a Caicedo .G. llano

Guías de pediatría practica basada en la evidencia Pág. 158- 159 2004 total de pagina.

23 Sistema Integral De Atención en Salud. Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de Atención de alto riesgo Pediátrico. Encajamiento. Guatemala Diciembre.1997. Pág. 45 consultado el 5 de abril 2007.

24 Prensa Libre: Guatemala, miércoles 14 de marzo del 2007. Buena Vida Pág. 54. consultado el 10 de abril 2007.

Según datos estadístico en 1978 las sales de rehidratación oral es con base de glucosa y sodio estos han contribuido a reducir la tasa de mortalidad por deshidratación secundaria causada por una deshidratación aguda en niños menores de 5 años de edad de 4.5 a 1.5 millones de muertes anuales a nivel mundial.

Han recomendado su uso sin importar la causa de la deshidratación o del grupo afectado.

La tradicional fórmula de SRO ayuda sobretodo a prevenir la deshidratación por eso los investigadores ensayan niveles formulaciones para que también reduzcan la excreción fecal y ofrezcan beneficios adicionales.

Fruto de este esfuerzo es la nueva formulación de SRO con menor cantidad de glucosa y sal (cloruro de sodio) que disminuye la diarrea y los vómitos entre un 20 y 30%.

“Según el sistema de información general de la salud del ministerio de salud publica y asistencia social, durante el 2006 se registraron 356,668 casos de diarrea también se dice que Guatemala es el país con mayor incidencia de diarrea 7,778 casos.”²⁵

6. CONOCIMIENTO:

Es la acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia, razón natural como producto de la investigación en el conocimiento para proporcionar una atención de enfermería rentable de calidad que favorece resultados positivos para el paciente y para la familia.

“Ann Marriner.”²⁶ Presenta el conocimiento como la conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o a la investigación. Conjunto de aproximaciones sucesivas a través de los cuales el objeto de estudio va siendo percibido en forma progresiva y real.

“Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan bases al conocimiento científico y con ello forman el conocimiento humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el

25 Francisco chef especialista gastroenterología infantil. Organización Mundial de la Salud y las organizaciones de las naciones unidas para la infancia. Prensa Libre. Buena Vida. Consultado el 10 de abril 2007.

26 F. Tanner, J.J.Haxhe.Zamufen, G. Duchon, EUNSA, Elementos de Higiene Hospitalaria Y Técnicas da Aislamiento en el Hospital, Pág.13-14. consultado el 20 de junio 2007.

pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés de información de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forman la habilidad de los profesionales en esta área, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo, estas interrogantes las mantendrá interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistema clásicos, estos conocimientos fundamentan su saber y les permite enfrentar los diversos problemas clínicos además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del conocimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento mas profundo del cuidado enfermero. La profesionalización de enfermería esta basada o enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace un cambio diario, por lo que la actualización con diversas herramientas, mas la investigación y la experiencia son una fuente inagotable de conocimientos para las enseñanza en las areas donde realiza sus actividades diarias. Los conocimientos también mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalua de acuerdo a las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianza el poder. Hoy en dia también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento.²⁷

NIVELES DE CONOCIMIENTO.

6.1.1 Conocimiento Aparente:

Es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de todo conocimiento científico, el punto de partida a través del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza. El Conocimiento exige la aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcázar un conocimiento aparente, basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible. Y se dice que es la base de todo conocimiento científico. Este permite solo un reflejo parcial en la conciencia del hombre.

27 <http://www.meddigraphic.com/español/e-enfe/e-en2002/e-eno2-1/em-en021a.htm>

6.1.2 Conocimiento Real Científico:

“Es el movimiento de la razón. Que va del conocimiento primario al saber de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la práctica. La esencia del conocimiento consiste en la auténtica generalización de los hechos basados en el cuidado de calidad Libre de Riesgo. Comprobación Empírica. El Conocimiento Científico tiene como Objeto la realidad. Es decir la naturaleza del movimiento por lo tanto tiene dos exigencias básicas que son.

1. La comprobabilidad o sea que se exige la explicación de su origen.
2. El Conocimiento Científico aspira al conocimiento universal.”²⁸

El conocimiento es la base para el desempeño profesional de una disciplina o cualquier actividad que se desarrolle, en enfermería como el conocimiento aparente, empírico hasta el científico, lo que garantiza una práctica de calidad libre de riesgos.

7. PRACTICA:

“Es realizar una cosa que se ha aprendido y especulado.

Es el ejercicio bajo la dirección de un superior, por un tiempo determinado, para aprender un arte.”²⁹

Para Poulantzas La práctica es un trabajo de transformación sobre un concepto determinado cuyo resultado es la producción de algo nuevo y para él la práctica es de dos tipos:

1. Es aquella cuya actividad se desarrolla fundamentalmente a nivel de la conceptualización y de la teorización, tales como la religión, las filosofías y la ciencia.
2. Son aquellas en las cuales predomina la acción o el hacer, por ejemplo los ritos, la política y las prácticas profesionales como la medicina y la enfermería, cuya acción se apoya en los sistemas de pensamiento.

28 Burn, Nancy PHD, Investigación de Enfermería, el sevier España, 2004, Págs.20-23 consultado el 20 de junio 2007.

29 Diccionario Enciclopédico Océano Uno Color Pág.1299.consultado el 20 de junio 2007.

En la práctica de enfermería generalmente se unen perfectamente estos dos tipos porque basa su práctica o sea la acción en el conocimiento de las diferentes ciencias. Enfermería es quizás la única profesión que para llevar a cabo la práctica se fundamenta a nivel de conceptualización, teorización y acción.

La práctica es la parte medular del quehacer del personal de enfermería, es cuando se logra la interacción con el paciente. Lo que da la oportunidad de conocerlo más y recolectar información importantísima para la planificación del mismo cuidado.

Uno de los elementos fundamentales de la práctica de enfermería es la relación terapéutica enfermera persona, persona que debe construirse sobre la confianza, el respeto y el amor.

Práctica, una palabra tan sencilla por si sola, pero encierra una gran mística cuando se dice práctica de enfermería y es vital en la recuperación del paciente. Se puede decir que los conocimientos de Enfermería es el verbo del Cuidado.

7.1 CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA:

“Son todas las acciones y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación que se ajusta cognitivamente a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos e institución, con el fin de suministrar o apoyar el bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.”³⁰

“El proceso de los cuidados de enfermería procede de una relación entre dos o mas personas que poseen elementos de dicho proceso; el cual esta centrado en un intercambio de Fuentes diferentes y complementarias que intentan determinar:

¿Cuál es la naturaleza de los cuidados que se deben proporcionar?, ¿cuál es la razón para proporcionar dichos cuidados? ¿Cuales son los medios para ponerlos en practica?”.

El proceso de Enfermería.”³¹ es el instrumento mas importante de estas disciplinas para la planificación del cuidado a graves de los conocimientos para

30 Zapata Villa Amparo Desarrollo Y perspectiva de la Profesión de Enfermería, memorias de décimo primer curso de actividad en enfermería. Colombia 2003 Pág. 130. consultado el 13 de agosto 2007.

31 Hender son-Niten “Enfermería Teoría practica” Vol. 4 “Problemas Especificos de Enfermería” Prensa Médica Mexicana, México 1988 Pág. 413. consultado el 13 de agosto 2007.

cada uno de los pacientes para lograr la efectividad de este proceso debe llevarse a cada paciente su plan de cuidado con su respectivo seguimiento.

El ámbito de la práctica no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos la evaluación de sus resultados, la defensa de sus pacientes y protección de riesgos.

7.2 CALIDAD DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERIA:

“El bien interno de enfermería consiste en el cuidado de las personas, ya sea la promoción de la salud, en la prevención de algún tipo de enfermedad o atendiendo a quienes se encuentran enfermos. Para alcázar este bien interno es preciso dominar ciertas practicas y habilidades, y saber hacer uso de éstas enfocándolas en la mejor dirección; es decir, dominar los conocimientos y las practicas y orientarlos al bien interno de la profesión, que se el bien de los pacientes, los colectivos o las comunidades.

Para valorar la calidad del cuidado se debe comprender la dimensión de los conocimientos de enfermería en un enfoque integral para generar autonomía con las acciones del cuidado. La calidad es una preocupación constante y medida con diferentes indicadores como morbilidad, mortalidad,”³²

“El control de la calidad del cuidado, es el resultado de una adecuada supervisión de conocimientos de enfermería, la cual se debe realizar sistemáticamente partiendo de las ordenes de los cuidados de la revisión de su cumplimiento y el mantenimiento de la continuidad del plan de rehidratación oral. Para lograr la calidad del cuidado, lo más importante, es la aplicación del proceso de enfermería, por ser este un instrumento administrativo que ayuda en la gestión de los servicios en el área de atención directa y que garantiza el desempeño profesional, lo que genera un cuidado de calidad.”³³

32 Berwick, D.M-En:Paganini,J.M Novaes,H.M Granita de Calidad.Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe serie SILOS No.13 OPS/OMS. Washington, D.C. 1092.consultado el 20 de agosto 2007.

33 Zapata Viilla amparo Desarrollo y Perspectiva de la Profesión de Enfermería, memorias del décimo curso de actividad en Enfermería, Colombia 2003, Págs.31-32 consultado el 25 de agosto. 2007.

“La evaluación constante del conocimiento que el personal de enfermería tiene permite un mejor control de calidad de la misma, lo que se convierte en otra herramienta en la prevención sobre el manejo del plan de rehidratación oral.”³⁴

8. FILOSOFIA DE ENFERMERIA:

Es un servicio consagrado a la persona humana necesitadas de ayuda y el elemento centra, indispensable y único de su que hacer en las personas humana, por lo que la enfermera debe hacer de su trabajo diario una oración constante, ya que tiene en las manos la obra maestra del señor (el hombre), un ser hecho a imagen y semejanza suya, dueño y centro de todo lo creado, se ofrece a él un servicio que esta basando en impulsos humanitarios de amor.

9. PERSONAL DE ENFERMERIA

9.1.1 AUXILIAR DE ENFERMERIA

“Es la persona que proporciona cuidado integral a los pacientes y realiza otras actividades que se le asigne dependiendo de la supervisión de la Enfermera. Se considera que la Enfermería moderna surgió con la era de Flórense Nightingale y apartir de allí ha venido evolucionando. Cada día de las Enfermeras enfrentan el desafío de asumir nuevos roles y aceptar responsabilidades cada vez mayores para proporcionar una atención mas amplia y de calidad al usuario. De tal manera que la enfermera y Auxiliar de enfermería tiene la responsabilidad de estar actualizada en todos los avances técnicos y científicos para poder desarrollarse eficientemente en cuales quiera de las cuatro áreas de su ejercicio profesional no perdiendo de vista en ningún momento la esencia de Enfermería, como es el cuidado directo del paciente tomando como base el proceso de Enfermería”³⁵

34 OP CIT, Pág. 28. consultado 13 de junio2007.

35. Romero Clemente Telma Odilia. Tesis Conocimiento y practicas sobre estilos de vida saludables en las enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de Medicina de Infantes Hospital Roosevelt. Pág. 10 total de Pág. 48. consultado el 16 de Diciembre 2007.

9.2 ASIGNACIONES PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA:

Del Servicio de Pediatría del Hospital Regional de San Benito Petén. "Se revisa el manual de normas del Hospital Regional de San Benito Petén, el cual dice así.

1. Dar enseñanza y orientación a paciente y familia.
2. Recibir y entregar el servicio limpio y ordenado.
3. Entregar y recibir pacientes con su respectivo kardex.
4. Administrar medicamentos por vía oral, intramuscular, intravenosa, y tópica.
5. Recibir y entregar equipo según libro de inventario.
6. Entregar equipo que se utilizo en las curaciones a la central de equipos limpio y seco
7. Solicitar dietas en turno de tarde en ausencia del jefe.
8. Preparar carro de curaciones.
9. Cumplir tratamientos y prescripciones médicas escritas stat en ausencia del jefe:
10. Hacer notas de enfermería.
11. Dar cuidado directo a pacientes que se le asignen.
12. Control de signos vitales y anotarlos en el expediente.
13. Llevar a pacientes a exámenes especiales.
14. Recolectar muestra de laboratorio, reclamar informes y pegarlos en el expediente en la hoja correspondiente.
15. Preparar pacientes para sala de operaciones.
16. Llevar pacientes a sala de operaciones.
17. Realizar ingresos y egresos de pacientes.
18. Llamar al médico cuando sea necesario.
19. Dar cuidados post- mortem a pacientes."³⁶

10. SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DESHIDRATACIÓN:

"Hallazgo percibido por un explorador como fiebre, erupciones disminución de los sonidos respiratorios. Muchos signos se acompañan de síntomas como el eritema y las erupciones maculó popular que suele asociarse con prurito."³⁷

"Subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente. Muchos síntomas se acompañan de signos objetivos como el prurito, que con frecuencia se asocia con eritema y erupción maculó popular de la piel.

36 Departamento de Enfermería. Hospital Regional San Benito Peten. Consultado el 12 de octubre 2007.

37 . Diccionario de Medicina océano Mosby edición 1996 Pág. 1165 Total de Pág. 1495.consultado. el 10 de Septiembre 2007.

Ciertos sistemas pueden confirmarse objetivamente, como el adormecimiento de una parte del cuerpo que se expresa con una falta de respuesta.³⁸

A demás de los síntomas de la deshidratación real, es posible que la persona también presente vómitos, diarrea, o una sensación de no poder retener nada, los cuales podrían estar causando dicha deshidratación tales como:

* "Sed: signo fundamental mientras no existan trastornos, de conciencia. Para que exista sed necesita una perdida de agua de uno a un litro y medio.

* Trastornos psíquicos: desde somnolencia y apatía, hasta delirio, alucinaciones, cuando las pérdidas son mayores.

* Piel y mucosas: piel seca, y hueco axilar seco, labios y lengua seca, ausencia de salivación, trastorno en la deglución.

* Temperatura: a menudo elevado.

* Sistema cardiovascular: taquicardia, hipotensión arterial, colapso de las venas,.

* Orina: oliguria aumento de residuo urinario.

* Sangre: concentración de las células, (aumento de hematocrito), proteínas plasmáticas y urea aumentadas. Aumento de los niveles de sodio y cloro plasmáticos."³⁹

VI MATERIAL Y METODOS:

1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo. Es descriptivo ya que el principal objetivo es describir las Prácticas que el personal auxiliar de enfermería realiza sobre el Plan de Rehidratación Oral e identificar los Conocimientos que manejan el Personal de Enfermería del Servicio de Pediatría en el Plan de Rehidratación Oral. En el Hospital de San Benito, Petén, es de muestreo Probabilística porque todos los

38 .Diccionario de Medicina Océano Mosby edición 1996 Pág. 1170 t0tal de Pág. 1495. consultado el 10 de Septiembre 2007.

39 .<http://WWW.medicina y prevencion.com/deshidratacion.htm>. consultado el 16 de Diciembre 2007.

Auxiliares de Enfermería del Servicio de Pediatría tuvieron la posibilidad de ser tomados en cuenta para el Estudio. Es Transversal porque los datos se recolectaron en un período de tiempo específico noviembre 2007.

2. UNIDAD DE ANALISIS:

Auxiliar de Enfermería que labora en el Hospital de San Benito, Peten: en el Servicio de Pediatría.

3. POLACION Y MUESTRA.

“ La Población la conforman el Personal Auxiliar de Enfermería que Labora en el Servicio de Pediatría siendo 16 Auxiliares de enfermería tomando para el estudio el 100% del Personal de Enfermería que labora en el Servicio de Pediatría en el Hospital de San Benito, Petén. “Considerando como base lo que dice *POLIT*: “Cuando la población es pequeña el investigador deberá ampliar la muestra mas grande y tomar en cuenta la muestra del estudio la homogeneidad de la población con respecto a las variables en riesgo la perdida de sujetos y la magnitud anticipada de la relación ante variables claves”, en términos generales cuando mayor es la muestra mas representativas la población, se tomar el 100% de la población lo que significa la muestra será de seis auxiliares de enfermería.”⁴⁰

4. VARIABLE.

El estudio maneja una variable que es: conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo del plan de rehidratación oral en niños de 1 a 5 años del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional de San Benito Petén.

⁴⁰ Soto Barrera De Figueroa Dilia Colombia “Tesis conocimiento del personal Auxiliar de enfermería sobre la practica de prevención de infecciones nosocomiales” Estudio cuantitativo realizado en el servicio de cirugía de mujeres del Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla. Pág. 30 Total de pag. 55 consultado en junio 2007.

4.1

Operacionalización de Variables

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES	PREGUNTAS
IDENTIFICAR: Los Conocimientos que posee el personal auxiliar de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Regional de San Benito, en el manejo del plan de rehidratación oral.	I. Conocimientos del personal de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Regional de San Benito, Peten. el Plan de Rehidratación Oral.	Elementos Teóricos que posee el personal auxiliar de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Regional de San Benito Peten sobre el manejo del plan de rehidratación oral.	REHIDRATACION SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DESHTRACION. FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA DESHIDRATACION. MANEJO CORRECTO DE LAS TECNICAS PARA LA REHIDRATACION ORAL.	1. ¿Que es rehidratación oral? 2. ¿Conoce el plan de rehidratación oral? Si _____ No _____ 3. ¿Qué síntomas presenta el paciente con deshidratación? 4. ¿Qué signos presenta el paciente deshidratado? 5. ¿Qué factores contribuyen a la deshidratación del infante? 6. ¿Cuál es la causa más común de la deshidratación? 7. ¿Qué técnicas se maneja en el cuidado de pacientes deshidratados? 8. ¿Con que frecuencia desarrolla la técnica de rehidratación oral?

**LAVADO
MANOS.**

DE

9 ¿Cuál considera usted que es la medida universal que se utiliza para evitar la propagación de agentes patógenos?

10 ¿Conoce los riesgos que puede desencadenar la no utilización de medidas preventivas para evitar la deshidratación?

11 ¿La deshidratación puede ser causada por diferentes enfermedades, mencione algunas?

12 ¿Cree usted que en niños de 1 año se puede evitar la deshidratación por diarrea moderada?

Si: _____

No: _____

Por que? _____

13 ¿Cuándo cree usted que se produce la deshidratación?

DESHIDRATACION

		<p>PLAN DE REHIDRATACION ORAL.</p>												

14. ¿Cómo cree usted que deben ser los conocimientos de enfermería.

15. ¿De donde cree usted que depende el éxito de la terapia de rehidratación oral.

16. ¿Cuál cree usted que es el objetivo de la terapia de rehidratación oral?

5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE TEORIAS Y PROCEDIMIENTO QUE SE UTILIZARON.

Para el Presente Estudio se utilizo un Instrumento que fue elaborado por la investigadora de acuerdo a objetivos y variables de la investigación. .

Se estructuraron preguntas cerradas de selección múltiples con opción a abiertas se realizo la prueba piloto en el servicio de neonato que reúne las mismas características a los Sujetos de la Investigación.

la Prueba piloto tiene como objetivo identificar si el proceso metodológico es adecuado para el estudio y si se requiere hacer algún cambio en el procedimiento, instrumento y análisis.

El Instrumento está conformado por 16 Preguntas las cuales miden los Conocimientos en el Manejo del Plan de Rehidratación Oral.

Posteriormente se realizo el trabajo de campo pasando el instrumento a los sujetos de estudio previo permiso institucional y consentimiento informado. Finalizada la recolección de la información se tabularon los datos de forma manual y se presento en graficas y se analizaron utilizando estadísticas contrastando los objetivos, variables, indicadores y revisión bibliográfica se elaboraron conclusiones y recomendaciones.

6. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

6.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

a.) Todo el personal de enfermería que labora en el servicio de pediatría del hospital de San Benito, Petén.

b.) Personal que acepta voluntariamente a participar en el estudio.

6.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

a. personal auxiliar de enfermería que no labora en el servicio de pediatría.

b. Personal suspendido o de vacaciones.

C Personas que no deseen participar..

7. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

7.1 Consentimiento informado:

Se solicito por escrito el permiso para realizar la investigación al director del hospital y a enfermeras y jefes de servicios de pediatría y a cada sujeto de estudio para que tome la decisión de participar ó no en la investigación.

7.2 Derecho a la autodeterminación:

Se les informo a los sujetos de estudios que tienen derecho a decir si desean participar o no en el estudio y que pueden abandonar el estudio cuando así lo considere.

7.3 Derechos al anonimato y a la confidencialidad:

Se les dio a conocer que no se les revelaran nombres ya que el manejo de la información estrictamente es confidencial.

7.4 Derecho a la intimidad:

Sé les dio a conocer que tiene derecho a decidir el momento, la cantidad de información que proporcionarán durante la investigación.

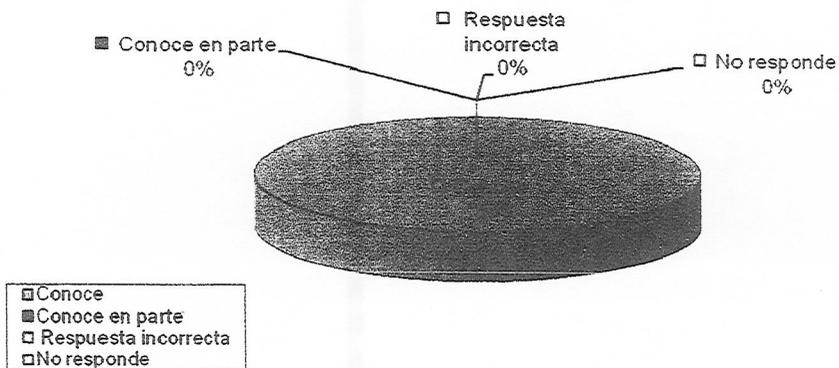
7.5 Derecho al tratamiento justo.

Basado en el principio ético de justicia, a todos los participantes se les trato con justicia y con igualdad, sin distinción de raza o credo.

VII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICA NO 1

No.	Preguntas	Respuesta	Frecuencia	%
1	¿Qué es rehidratación oral?	Conoce	15	100
		Conoce en parte	0	0
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	0	0
		Total	15	100

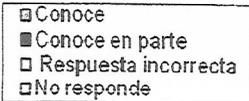
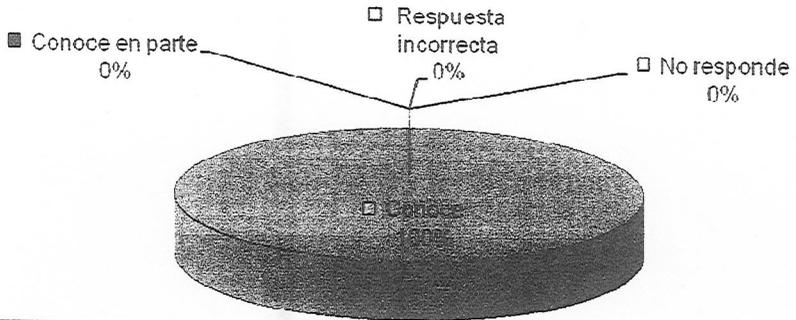


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

El 100% del personal. Responde. ¿Qué rehidratación oral? Es una mezcla de sales que sirve para reponer líquidos perdidos en pacientes con diarrea aguda a lo que incluye el sodio, cloro y potasio, Lo que significa que tienen claro lo que es rehidratación oral.

CUADRO Y GRAFICA NO 2

No.	Preguntas	Respuestas	Frecuencia	%
2	¿Conoce el plan de rehidratación oral?	Conoce	15	100
		Conoce en parte	0	0
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	0	0
		Total	15	100

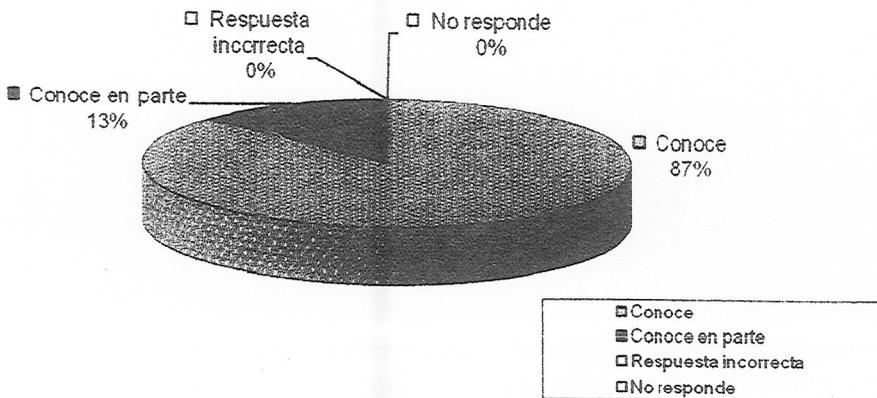


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

El 100% del personal. Responde que si conocen. el plan de rehidratación oral. Ya que hacen mención del Plan A el cual corresponde a pacientes con enfermedades diarreicas aguda pero sin deshidratación en donde será manejado en su domicilio con capacitación a la madre. el Plan B. se utiliza en pacientes con enfermedades diarreicas agudas y deshidratación sin shock el paciente deberá ser hospitalizado en la unidad de Urgencias. y el plan C. se utiliza para tratar la enfermedad diarreica aguda con shock en estos casos si la canalización de una vena periférica se tarda más de 90 segundos o tres intentos, se deberá proceder a *infusión intraosea*. esto permite el desarrollo de enfermería como profesión

CUADRO Y GRAFICA N0 3

No.	Preguntas	Respuesta	Frecuencia	%
3	¿Qué síntoma presenta El paciente deshidratado?	Conoce	13	87
		Conoce en parte	2	13
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	0	0
		total	15	100

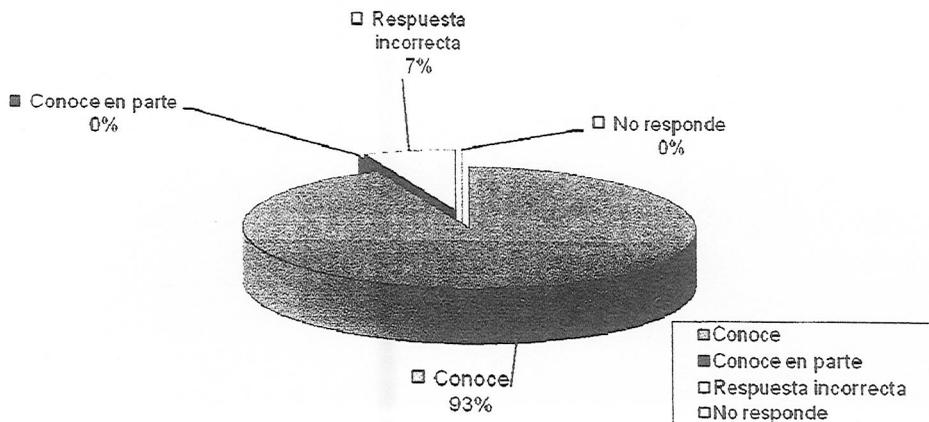


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

El 87% conoce correctamente los síntomas que presenta el paciente deshidratado, afirman que uno de los síntomas es llanto sin lágrimas, falta de elasticidad de la piel, respiración rápida y profunda piel seca y caliente, poco volumen de orina, boca y lengua seca, Y el 13% contesto parcialmente la pregunta lo que pone en riesgo el bienestar del paciente quienes están a expensas de los cuidados que enfermería le brinda, ya que si el personal de enfermería conoce los síntomas del paciente deshidratado puede intervenir oportunamente y sabrá cuando el paciente esta deshidratado o si está mejorando o empeorando su condición.

CUADRO Y GRAFICA NO 4

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
4	¿Qué signo presenta el paciente Deshidratado?	Conoce	14	93
		Conoce en parte	0	0
		Respuesta incorrecta	1	7
		No responde	0	0
		total	15	100

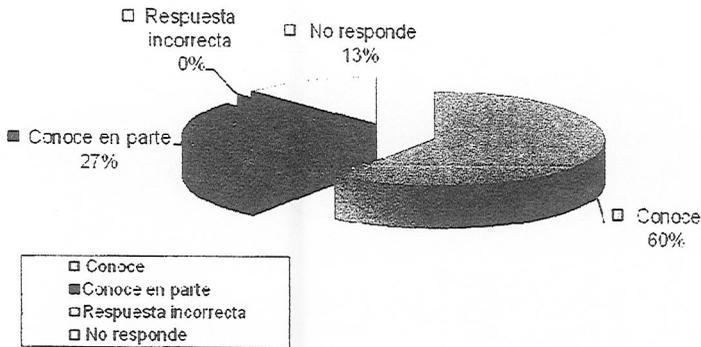


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

El 93% conoce correctamente los signos que presenta el paciente deshidratado afirman que uno de los signos es sed, labios y lengua secas, ausencia de salivación, piel mucosas secas, trastorno de la deglución, temperatura elevada, ausencia de lagrimas, fontanela deprimida ojos hundidos, piel fría. Si el personal de enfermería conoce estos signos tendrá la capacidad de identificar si los pacientes presentan o no deshidratación y podrán de acuerdo a eso dar el tratamiento oportuno. Y el 7% contestó parcialmente lo que pone en riesgo el bienestar del paciente.

CUADRO Y GRAFICA NO. 5

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
5	¿Qué factores contribuyen en la Deshidratación del infante?	Conoce	9	60
		Conoce en parte	4	27
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	2	13
		Total	15	100

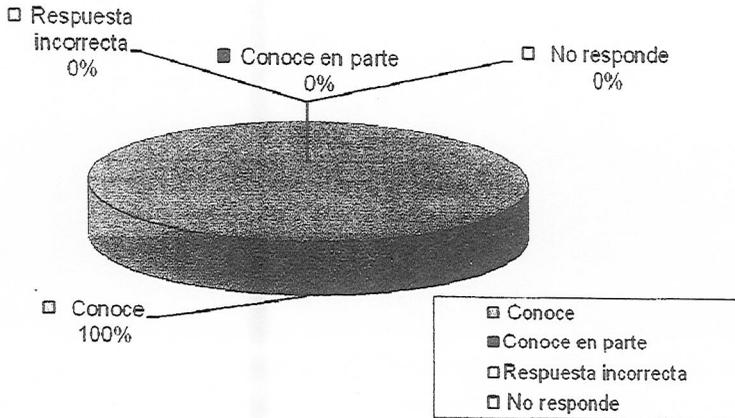


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

De las persona que responde el instrumento el 60% conocen los factores que contribuye a la deshidratación del infante, en donde ellos refieren que es la mala higiene personal, malos hábitos alimenticios, mala higiene de la vivienda, y el 27% contestaron parcialmente la pregunta lo que pone en riesgo el bienestar del paciente, Es necesario que el personal de enfermería identifique estos factores porque al brindar atención a los infantes podrán identificar entre ellos que factores influyen en el paciente a quien están cuidando y podrán dar apoyo educativo a las madres o cuidador principal para que tomen las medidas adecuadas y el niño pueda mejorar, y evitar que vuelva a enfermar. Y el 13% no respondieron.

CUADRO Y GRAFICA NO. 6

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
6	¿Cuál es la causa más común De la deshidratación?	Conoce	15	100
		Conoce en parte	0	0
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	0	0
		Total	15	100

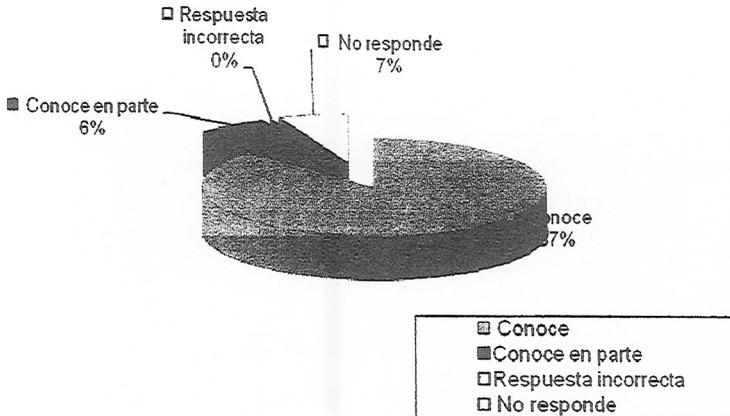


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

En esta pregunta el 100% del personal conoce y afirman que la diarrea y el vomito es la causa más común de la deshidratación sobre todo cuando hay más de siete evacuaciones diarreicas lo que da a entender que el personal si pone en práctica sus conocimientos. Ya que es necesario llevar a cabo la detección temprana de la deshidratación o el tratamiento adecuado.

CUADRO Y GRAFICA NO. 7

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
7	¿Qué técnica se maneja en el Paciente deshidratado?	Conoce	13	87
		Conoce en parte	1	6
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	1	7
		Total	15	100

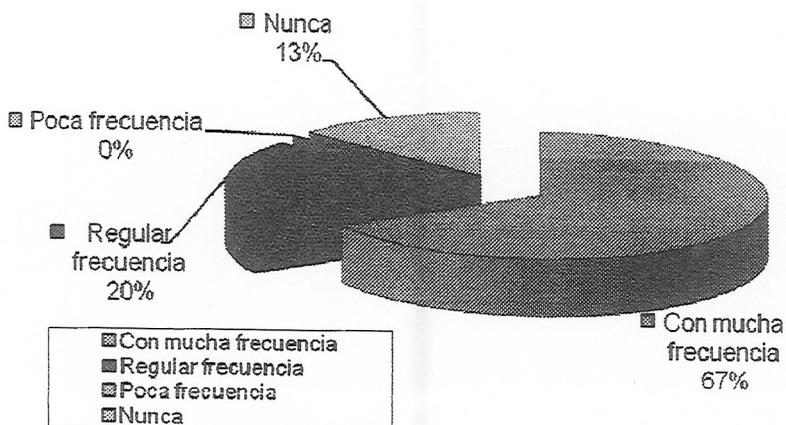


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

El 87% de las personas encuestadas respondieron que si conocen las técnicas que se maneja en el paciente deshidratado el cual depende del lavado de manos del personal, y de una buena higiene, del cuidado que se debe de dar al paciente como el estarlo vigilando de cerca, y el 6% contestaron parcialmente, por lo que de ello depende su éxito o fracaso en la recuperación del niño. Lo que pone en riesgo el bienestar del paciente quienes están expensas de los cuidados que enfermería le brinde. Y el otro 7% no contestaron.

CUADRO Y GRAFICA NO. 8

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
8	¿Con que frecuencia desarrollo la Técnica de la rehidratación oral?	Con mucha frecuencia	10	67
		Regular frecuencia	3	20
		Poca frecuencia	0	0
		Nunca	2	13
		Total	15	100

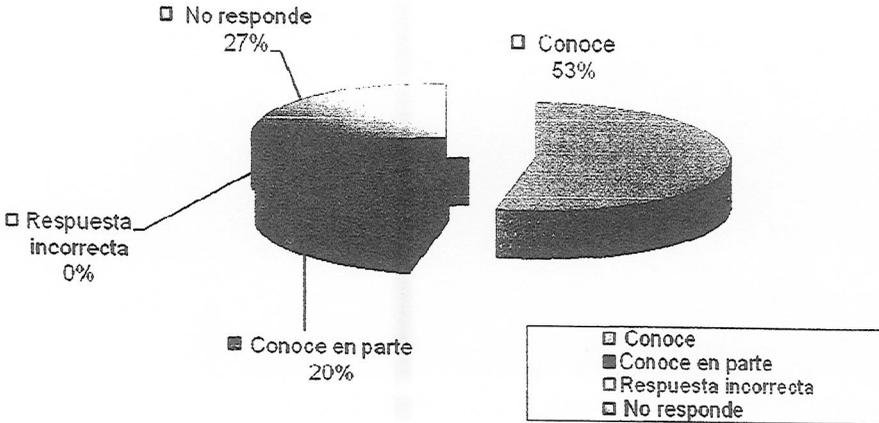


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería

El 67% de las personas respondieron correctamente la pregunta ya que el paciente a su ingreso llega al servicio con soluciones endovenosa y en nada por vía oral y si presentara vómitos abundantes. Y el 20% de las personas a las que se les pasó el instrumento contestaron parcialmente lo que pone en riesgo el bienestar del paciente. Y el 13% no responde a la pregunta.

CUADRO Y GRAFICA NO. 9

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
9	¿Cual considera usted que es la medida universal que se utiliza para evitar la propagación de agentes patógenos?	Conoce	8	53
		Conoce en parte	3	20
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	4	27
		Total	15	100

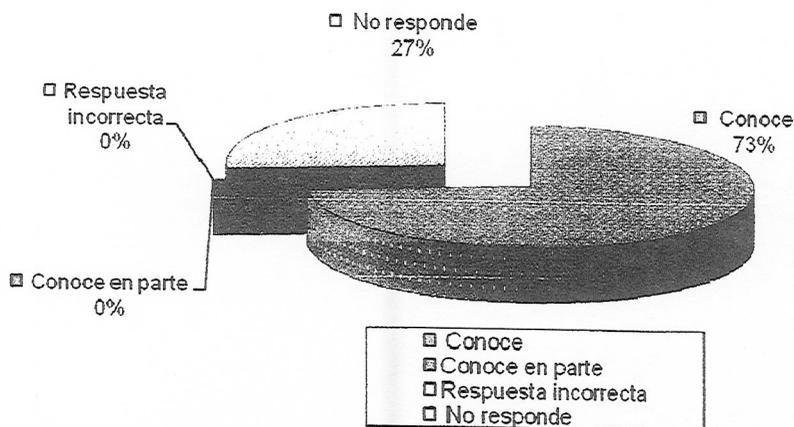


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería

El 53% conoce y da una respuesta correcta de las medidas universales y afirman que una de las medidas es la asepsia y antisepsia, como también el mantener una buena higiene ya que si esto no se lleva cabo estamos dando lugar a que los gérmenes abundan dentro del servicio. Y el 20% responden parcialmente la pregunta. Y el 27% no contestaron.

CUADRO Y GRAFICA NO. 10

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
10	¿Conoce los riesgos que puede desencadenar la no utilización de medidas preventivas para Evitar la deshidratación?	Conoce	11	73
		Conoce en parte	0	0
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	4	27
		Total	15	100

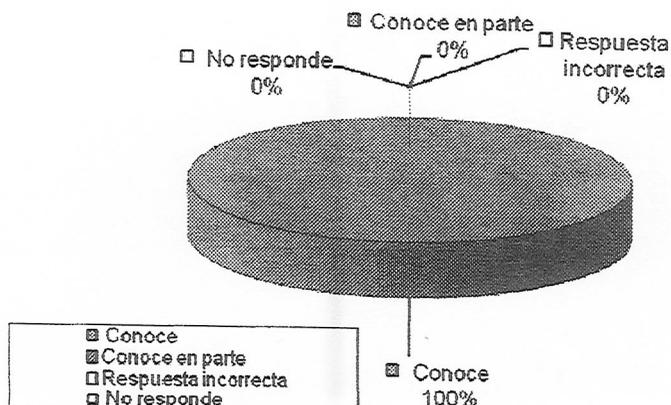


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería

El 73% conoce correctamente los riesgos que se pueden desencadenar al no utilizar las medidas preventivas para la deshidratación. Sin embargo es preocupante que un 27% no respondiera la pregunta, lo que puede significar ausencia de conocimiento.

CUADRO Y GRAFICA NO. 11

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
11	¿La deshidratación puede ser causada por diferentes enfermedades mencione algunas?	Conoce	15	100
		Conoce en parte	0	0
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	0	0
		Total	15	100

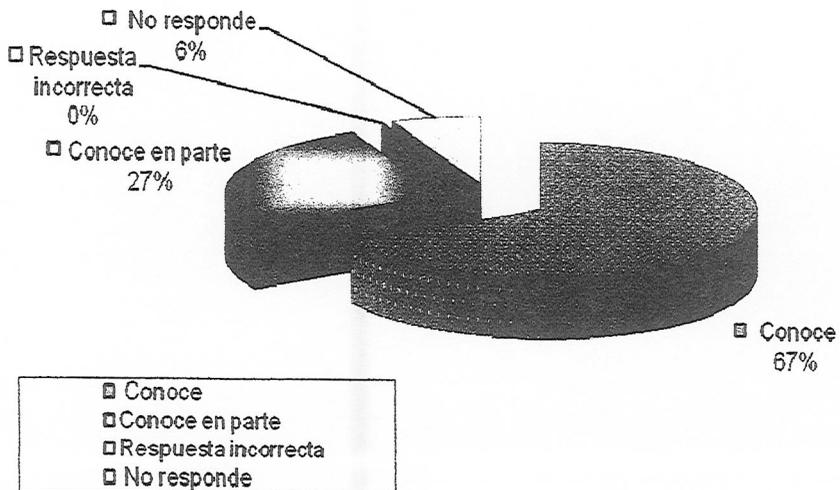


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería

El 100% responde a esta pregunta y da una respuesta correcta que la deshidratación puede ser causada por la diarrea, el vómito y fiebre alta. Es necesario que el paciente sepa cuál es la causa de la deshidratación por lo que esto ayuda al personal a mejorar sus conocimientos y evitar que los pacientes vuelvan a enfermar. Tomando en cuenta que tienen un papel importante en la atención a pacientes de uno a cinco años de edad ya que al mismo tiempo permitirá el desarrollo de enfermería contribuyendo a identificar los conocimientos del personal auxiliar de enfermería.

CUADRO Y GRAFICA NO. 12

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
12	¿Cree usted que en los niños de 1 año se le puede evitar la deshidratación?	Conoce	10	67
		Conoce en parte	4	27
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	1	6
		Total	15	100

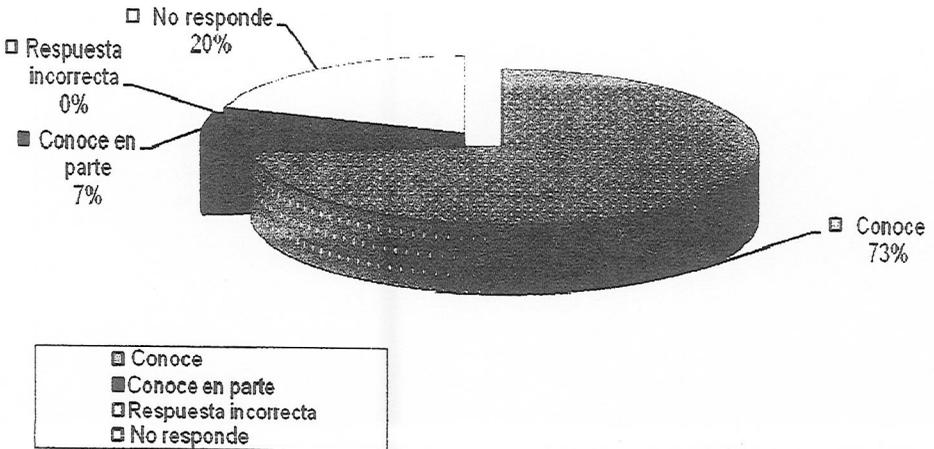


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

El 67% responde correctamente la pregunta mientras que el 27% del personal de enfermería responde que si creen que se puede evitar la deshidratación por diarrea en niños de un año. Ya que conociendo el plan de rehidratación oral sabrán el momento en que el niño se encuentre deshidratado y el 6% no contestaron a la pregunta lo que pone en riesgo el bienestar del paciente.

CUADRO Y GRAFICA NO. 13

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
13	¿Cuándo cree usted que se produce la deshidratación?	Conoce	11	73
		Conoce en parte	1	7
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	3	20
		Total	15	100

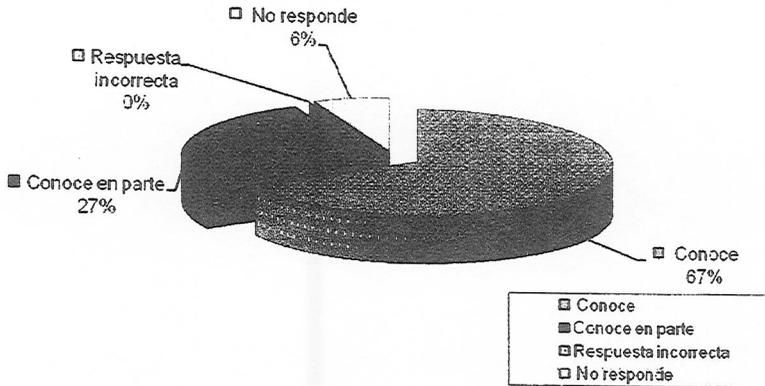


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería.

El 7% del personal responde parcialmente la pregunta lo que pone en riesgo el bienestar del paciente quienes están expuestas a los cuidados que enfermería le brinde. Y el 73% del personal reconoce correctamente cuando se produce la deshidratación. Y el 20% de las personas a las que se les pasa el instrumento no responde a la pregunta formulada. Lo que también puede constituirse en un inconveniente por la posible falta de claridad. Ya que la deshidratación se produce cuando las pérdidas de líquidos son mayores que los ingresos.

CUADRO Y GRAFICA NO. 14

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
14	¿Cómo cree usted que debe ser el conocimiento de enfermería?	Conoce	10	67
		Conoce en parte	4	27
		Respuesta incorrecta	0	0
		No responde	1	6
		Total	15	100

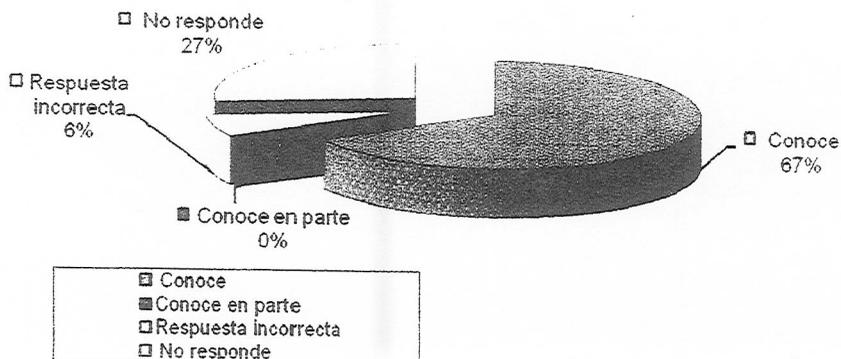


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería

El 67% opinaron que los conocimientos de enfermería deben ser científicos, ya que la práctica de enfermería se sostiene sobre un sólido sistema de valores humanísticos que enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional a demás de entregarle los conocimientos científicos para que la actividad de enfermería tenga un producto principal atendiendo al usuario en el cuidado de media y larga duración ya que la enfermera contiene los conocimientos científicos para aportar en la asistencia, docencia, y gestión e investigación. el 27% responde parcialmente la pregunta, y sus respuestas varían ya que refiere que los conocimientos de enfermería deben cumplirse con iniciativa ya que el objetivo de ellas es hacer su trabajo con calidad. Y el 6% no contestaron.

CUADRO Y GRAFICA NO. 15

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
15	¿De dónde cree usted que depende el éxito de la terapia de rehidratación oral?	Conoce	10	67
		Conoce en parte	0	0
		Respuesta incorrecta	1	6
		No responde	4	27
		Total	15	100

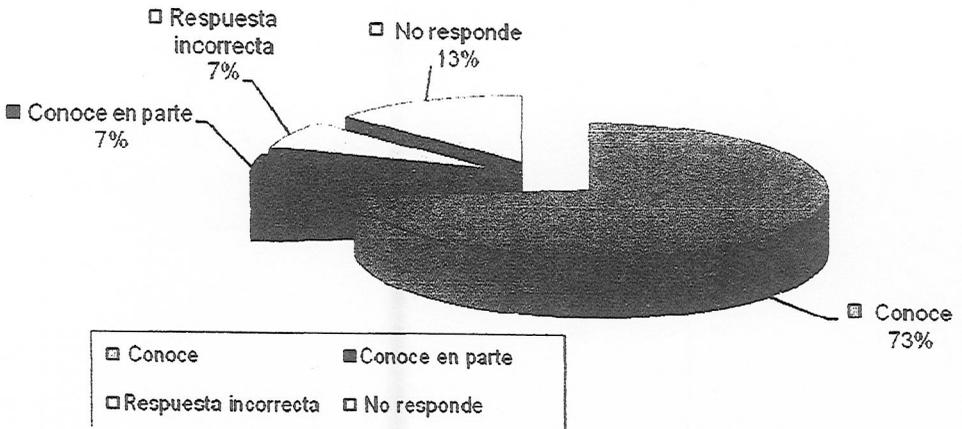


FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería

El 67% conoce correctamente el éxito de la terapia de rehidratación oral y afirman que depende de la evaluación correcta del paciente y de una historia clínica en donde se evaluó a conciencia. Mientras que el 6% del personal contestaron parcialmente, ya que sus respuestas varían y refieren que el éxito es cumplir con eficiencia su trabajo, y del plan educacional que se les brinde. La otra parte del personal no contestó la pregunta.

CUADRO Y GRAFICA NO. 16

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
16	¿Cuál cree usted que es el objetivo de la terapia de rehidratación oral?	Conoce	11	73
		Conoce en parte	1	7
		Respuesta incorrecta	1	7
		No responde	2	13
		Total	15	100



FUENTE: Cuestionario de la investigación realizado con el personal auxiliar de enfermería

El 73% de las personas encuestadas responden que conoce el objetivo de la terapia de rehidratación oral el cual afirman que no es eliminar la diarrea sino evitar o corregir la deshidratación ya que muchos padres consideran que su uso no mejora al niño es conveniente mencionarle a los padres el objetivo de la terapia de rehidratación oral. Y el 7% de las personas responde parcialmente la pregunta. Y el 7% del personal da una respuesta incorrecta. Y el 13% del personal no respondieron.

VIII. CONCLUSIONES

1. Se logró identificar que el personal auxiliar de enfermería del servicio de pediatría si conoce en un 100% que es rehidratación oral, el plan que se maneja en la rehidratación oral, la causa más común de la deshidratación y las diferentes enfermedades que pueden ser las causales de la deshidratación, sin embargo se hace necesario que se retroalimente esos conocimientos, para que sean utilizado oportuna y adecuadamente para evitar cualquier riesgo en el infante.
2. Es necesario mencionar con respecto a las preguntas que se refieren a que factores contribuye en la deshidratación del infante, que técnica se maneja en el paciente deshidratado, con qué frecuencia desarrolla la técnica de la rehidratación oral, cual considera que es la medida universal que se utiliza para evitar la propagación de agentes patógenos, conoce los riesgos que puede desencadenar la no utilización de medidas preventivas para evitar la deshidratación, cree usted que en los niños de 1 año se le puede evitar la deshidratación, cuando cree usted que se produce la deshidratación, como cree usted que debe ser el conocimiento de enfermería, de donde cree usted que depende el éxito de la terapia de rehidratación oral, el personal no respondió a la pregunta.
3. La mayoría del personal posee conocimiento pero no en un 100% en los aspectos siguientes: que síntoma presenta el paciente deshidratado, que signo presenta el paciente deshidratado, que factores contribuye en la deshidratación del infante, con qué frecuencia desarrolla la técnica de la rehidratación oral, cual considera usted que es la medida universal que se utiliza para evitar la propagación de agentes patógenos, conoce los riesgos que puede desencadenar la no utilización de medidas preventivas para evitar la deshidratación, cree usted que en los niños de 1 año se le puede evitar la deshidratación, cuando cree usted que se produce la deshidratación, como cree usted que debe ser el conocimiento de enfermería, de donde cree usted que depende el éxito de la terapia de rehidratación oral.
4. También se logró identificar que el personal no acertó a todas las preguntas ya que conocen en parte por lo que se ve la necesidad de retroalimentar ya que se estará trabajando al respecto, por lo que pone en riesgo la vida del paciente.

IX. RECOMENDACIONES

1. Socializar el estudio al personal auxiliar de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Regional de San Benito Peten dándoles educación permanente una vez por mes.
2. Darle continuidad al registro de demanda de enfermedades Diarreicas y Deshidratación, de los cuales han sido atendidos por el personal de Enfermería del Hospital Regional de San Benito Peten, para proveer de educación a las madres y disminuir la posibilidad de reingresos por este problema.
3. Elaborar un protocolo de atención al paciente pediátrico con diarrea para unificar el manejo del plan de rehidratación oral.
4. Incluir dentro del proceso de educación permanente un programa de docencia sobre el manejo del plan de rehidratación oral.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 24404477, 2472-1392

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE ESTUDIO: CONOCIMIENTO QUE APLICA EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA SOBRE EL MANEJO DEL PLAN DE REHIDRATACION ORAL.

Investigador: Mayra Karlina Tut Tesucún, Enfermera Profesional.

La enfermera Profesional Tut Tesucún estudiante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería esta realizando el estudio sobre conocimientos que maneja el personal auxiliar de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Nacional de San Benito Peten. Con el propósito de conocer el grado de conocimiento que aplica el personal de enfermería sobre el tema.

El estudio y los procedimientos han sido aprobados por la unidad de tesis de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, con el aval académico de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y por la Dirección de Hospital Nacional. Esta investigación consiste en responder una serie de preguntas abiertas y cerradas y de selección múltiple sobre el conocimiento que tiene el personal Auxiliar de Enfermería sobre el Manejo del Plan de rehidratación Oral.

Su participación en el estudio es de forma libre y voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar.

Tiene derecho a abandonar el estudio cuando así lo considere.

La información del estudio será confidencial y codificada para que no pueda relacionarse con usted, y en el informe no se vera afectada.

La participación en el estudio le ocupara aproximadamente 15 minutos.

He leído el formulario de consentimiento informado y voluntariamente acepto participar en el estudio.

Firma de la persona que participa

Fecha

Firma de la investigadora