

TP
610.7362
6216

7

18

PROTOCOLO DE MANEJO PARA EL NIÑO
MENOR DE CINCO AÑOS CON SINDROME
DE DESHIDRATACION

LUZ MARINA GARCIA

92184

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN MEDICO
QUIRURGICA CON ENFASIS EN URGENCIAS
CARTAGENA
1996

2

**PROTOCOLO DE MANEJO PARA EL NIÑO
MENOR DE CINCO AÑOS CON SINDROME
DE DESHIDRATACION**

LUZ MARINA GARCIA

Trabajo presentado como requisito para aprobar Investigación
en Médico Quirúrgica con Enfoque en Urgencia.

Asesora
NURI TORRES GARCIA
M/S Investigación

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN MEDICO
QUIRURGICA CON ENFOQUE EN URGENCIAS
CARTAGENA
1996**

NOTA DE ACEPTACION

EVALUADOR

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

NURI TORRES GARCIA, Enfermera Magister en Investigación Docente
Universidad de Cartagena.

NORA RUIZ , Enfermera Especialista en Salud Ocupacional. Docente de la
Universidad de Sucre.

RAFAEL PERALTA, Estadístico. Docente de la Corporación Universitaria
del Caribe.

DEDICATORIA

A mi madre Celia Rosa García de García por su apoyo económico y moral

CONTENIDO

	Pág
RESUMEN	ii
1. INTRODUCCION	iv
2. METODOLOGIA	9
3. RESULTADOS	12
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXOS	23

LISTA DE ANEXOS

	Pág
ANEXO 1. Protocolo de manejo del niño menor de cinco años con síndrome de deshidratación.	24
ANEXO 2. Plan para el hogar	31
ANEXO 3. Entrevista al familiar: Manejo de deshidratación al niño menor de cinco años en el HRS.	34
ANEXO 4. Guía de observación	37
ANEXO 5. Hoja de gastos	41
ANEXO 6. Característica socioepidemiológicas relacionadas con la deshidratación de los 16 niños menores de cinco años con este síndrome que hicieron parte del estudio.	42

RESUMEN

El presente trabajo, referido a un protocolo de manejo del niño menor de cinco años con síndrome de deshidratación consistió en:

Del diagnóstico realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Sincelejo, Empresa Social del Estado, surgió la necesidad de elaborar protocolos de atención al paciente, y de acuerdo a las estadísticas y observaciones directas realizadas durante las prácticas en el área de Urgencias, se pudo determinar que el síndrome de deshidratación es una de las patologías más frecuentes en dicho servicio.

El protocolo trata de tomar los conocimientos científicos existentes y aplicarlos a los conocimientos técnicos y manuales, que todo el personal de salud puede fácilmente manejar, como es el caso de la hidratación oral.

El trabajo se ejecutó con una muestra de 16 niños, la cual fue seleccionada a medida que solicitaban el servicio y eliminándose aquellos que tenían patologías agregadas, como quemaduras, hemorragias, sida, leucemia, problemas renales y cardiovasculares.

Al primer grupo (Grupo A), constituido por ocho niños, no se le aplicó el protocolo, sólo se evaluó su tiempo de estancia hospitalaria, los costos ocasionados durante la misma y otras características relacionadas con factores socioepidemiológicos.

Paralelamente, al segundo grupo o grupo B, se le aplicó el protocolo, el cual se fundamentó en la hidratación oral, organizado en pasos secuenciales desde el momento en que el niño consulta al servicio, hasta su recuperación.

El estudio fue de tipo evaluativo y sus efectos se midieron a través de variables como tiempo y costo durante la hospitalización.

Para la recolección de la información de utilizaron instrumentos como entrevistas, guías de observación y hojas de costo. El análisis de los resultados se realizó por medio de métodos estadísticos como promedio y varianza.

1. INTRODUCCION

La formación de las profesionales de enfermería al igual que la de otros profesionales del área de la salud, está enfocada hacia el logro del bienestar físico, psicológico y social del individuo, familia y comunidad.

El objeto de este trabajo es la ejecución y evaluación de un protocolo de manejo del niño menor de cinco años con síndrome de deshidratación, el cual se originó de un diagnóstico realizado en el año de 1993, sobre la preparación y calidad de atención que se brinda en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Sincelajo de II Nivel Empresa Social del Estado, donde se detectó que carecería de Protocolos establecidos para la atención de pacientes en diversas patologías y, de acuerdo a las observaciones hechas y a las estadísticas existentes, se llegó a la conclusión que uno de los protocolos que se debía ejecutarse era el referente al niño menor de cinco años con síndrome de deshidratación.

11

El protocolo en cuestión, trata de tomar los conocimientos científicos existentes y aplicarlos a los conocimientos técnicos y manuales que todos pueden fácilmente manejar, como lo es la terapia de rehidratación oral.

La terapia de rehidratación oral ha progresado a través de los tiempos, la cual se desarrolló en 1978 en la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Asia Suroriental en Nueva Delhi.

El objeto del protocolo es la hidratación oportuna y adecuada del niño que ingresa a la sala de urgencias, y consta de cinco pasos.

Todo el protocolo está contenido en el anexo número 1

Los pasos principales del protocolo son los siguientes:

- Historia Clínica Completa

- . Evaluación según el cuadro establecido.
- . Entrevista

- Toma de muestras

- . Heces (Coprológico)
- . Sangre, hemograma, ionograma
- . Orina, parcial de orina

El exámen de sangre (ionograma), no se realizó durante la ejecución, por ser un exámen costoso y no era indispensable para el manejo de la hidratación.

- Iniciar la hidratación via oral y endovenosa.

La hidratación via oral se llevó a cabo con fórmula, pero no se cumplió la secuencia de dos tomas de suero oral y una de agua.

- Plan de educación en el hogar (Ver anexo 2)

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la ejecución de un protocolo de manejo del niño menor de cinco años con síndrome de deshidratación que ingresa a la urgencia del Hospital Regional de Sincelejo, hoy Empresa Social del Estado.

El tipo de estudio fue evaluativo aplicado a una muestra que estuvo conformada por 16 niños, divididos en grupos de ocho cada uno.

Los niños seleccionados en el primer grupo, o sea el grupo A, se escogían a medida que éstos requerían el servicio, y eliminándose aquellos que tenían patologías agregadas como quemaduras, hemorragias, sida, leucemia, problemas renales o cardiovasculares.

La selección del segundo grupo o grupo B se hizo simultáneamente. Los niños se escogieron en la misma forma en la Unidad Intermedia San Francisco de Asís, por ser ésta más adecuada en infraestructura. La Unidad Intermedia depende del Hospital Regional y en ella se atienden las urgencias, y los casos más complicados son remitidos al Hospital.

En el Hospital no se puede aplicar el protocolo por el exceso de trabajo e infraestructura poco adecuada. El tiempo escogido para tomar las muestras fue entre el 20 de septiembre y el 16 de noviembre de 1995.

Al grupo A no se le aplicó el protocolo, mientras que el grupo B por ser el grupo de intervención, sí se le aplicó el protocolo.

La información se recolectó en instrumentos como entrevistas (Ver anexo 3), guía de observación (Ver anexo 4) y hoja de gastos (Ver anexo 5).

Los efectos del protocolo, se miden a través de las siguientes variables:

- Tiempo de estancia hospitalaria
- Costo de elementos, drogas y exámenes, durante la hospitalización.

Se tuvieron en cuenta otras características como son los grados de deshidratación al ingreso, a las tres horas y seis horas; y las características de su entorno. (Ver anexo 6).

La estancia hospitalaria disminuyó al 19 % en el grupo que se le aplicó el protocolo.

El análisis estadístico que se utilizó fue el de promedio y varianza.

De las estadísticas se obtubieron datos o características significativas entre las cuales sobresalen el analfabetismo del padre (25 %) y de la madre (31.2 %), la no existencia de alcantarillado (43.75 %), la preparación del suero oral, donde sólo el 12.5 % lo preparó en la casa.

Todas estas características son interesantes para iniciar estudios de la problemática social del departamento.

2. METODOLOGIA

El estudio fue evaluativo, y en él se midieron los efectos de la disminución del tiempo en la estancia hospitalaria y el costo de elementos, de drogas y de exámenes, durante ese mismo lapso de tiempo.

Se tuvieron en cuenta características importantes, tales como grados de deshidratación al ingreso, a las tres y a las seis horas; y datos del entorno.

La muestra fue seleccionada a medida que los niños requerían el servicio y se descartaron aquellos que tenían patologías agregadas como quemaduras, hemorragias, sida, leucemia, problemas renales o cardiovasculares.

La muestra escogida fue de 16 niños divididos en grupos de ocho cada uno. Los primeros ocho niños se seleccionaron en la urgencia del Hospital Regional de Sincelejo Empresa Social del Estado y los otros ocho niños en la Unidad

Intermedia San Francisco de Asís.

Este trabajo se ejecutó durante el tiempo comprendido entre el 20 de septiembre y el 16 de noviembre de 1995. La observación del primer grupo, se llevó a cabo con la ayuda de la enfermera jefe del servicio de urgencias. Los datos fueron recolectados por medio de instrumentos, tales como la entrevista (Ver anexo 3) guía de observación (Ver anexo 4) y hoja de gastos (Ver anexo 5). Para ésto se le explicó previamente al personal colaborador la forma de recoger adecuadamente la información.

Para la ejecución de las actividades descritas en el protocolo en el grupo dos, se contó con la colaboración del médico rural del servicio y auxiliares de enfermería. Para ello, también se llevó a cabo un entrenamiento previo al respecto.

A los familiares de los niños se le dió educación incidental sobre formas de prevenir la aparición de la deshidratación en ellos y la preparación del suero oral. Además, para mayor ilustración, se elaboraron unos folletos y se entregaron a dichos familiares.

Los datos obtenidos se procesaron en forma manual y su análisis estadístico fue el de promedios y varianzas en relación al costo, y de porcentaje en relación al

tiempo de estancia hospitalaria.

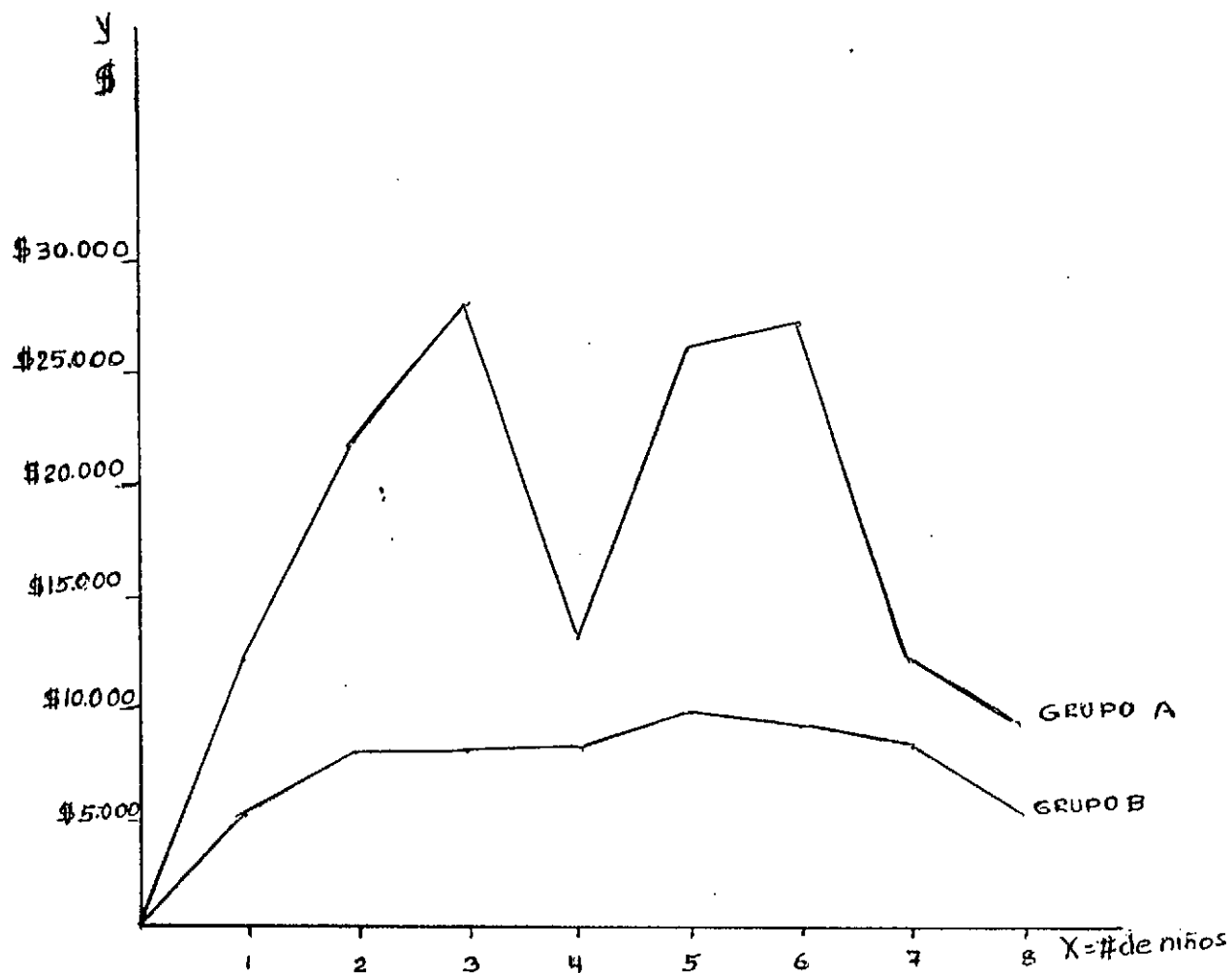
Los datos obtenidos se representaron en tablas, gráficas, polígonos y sectores circulares.

3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir de la observación planeada de los grupos de niños menores de cinco años con síndrome de deshidratación, que se presentaron a la urgencia del Hospital Regional de Sucelejo y la Unidad Intermedia San Francisco de Ais, Empresas Sociales del Estado, donde al primer grupo sólo se le aplicaron los diferentes instrumentos como son la guía de observación, la entrevista y la hoja de gastos, mientras que en el segundo se hace una intervención, aplicando el protocolo del manejo del niño menor de cinco años con síndrome de deshidratación, el cual se fundamenta en tomar los principios y efectos de la hidratación oral y de cuya aplicación se esperaba una disminución en el costo y en la estancia hospitalaria.

En relación al costo se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfica 1. Costo de elementos, drogas y exámenes de diagnóstico durante el tiempo de estancia hospitalaria



Grupo A. Es el grupo que no se interviene y al cual se le aplica el tratamiento tradicional.

Grupo B. Grupo en el cual se interviene y se aplica el protocolo.

En el grupo A hubo dos casos: el primero de un niño que tenía deshidratación grado III y presentó convulsiones, por lo que se practicó una punción lumbar. En el segundo caso hubo que realizar una radiografía de tórax, ya que este niño presentaba fiebre alta y problemas respiratorios, lo que aumentó notoriamente los costos. Estos corresponden a los dos picos que aparecen en la gráfica, pero a pesar de estas situaciones aisladas, se puede observar que la línea siempre estuvo por encima del grupo B.

A pesar que los grupos fueron seleccionados al azar, en orden de llegada a la institución, se encontró que los niños del primer grupo ingresaron en un 25 % más complicados (deshidratación grado III), mientras el grupo B en un 100 %, presentó deshidratación grado II, como lo demuestra la Tabla 1.

Tabla 1. Grado de Deshidratación al ingreso, a las tres y seis horas.

GRUPO	NUMERO DE NIÑOS	AL INGRESAR	A LAS TRES HORAS	A LAS SEIS HORAS
A	1	II Grado	II Grado	I Grado
	2	II Grado	I Grado	I Grado
	3	III Grado	II Grado	I Grado
	4	II Grado	II Grado	I Grado
	5	III Grado	II Grado	I Grado
	6	II Grado	II Grado	I Grado
	7	II Grado	I Grado	I Grado
	8	II Grado	II Grado	I Grado
B	1	II Grado	I Grado	
	2	II Grado	I Grado	I Grado
	3	II Grado	II Grado	
	4	II Grado	II Grado	II Grado
	5	II Grado	II Grado	I Grado
	6	II Grado	I Grado	
	7	II Grado	II Grado	I Grado
	8	II Grado	II Grado	

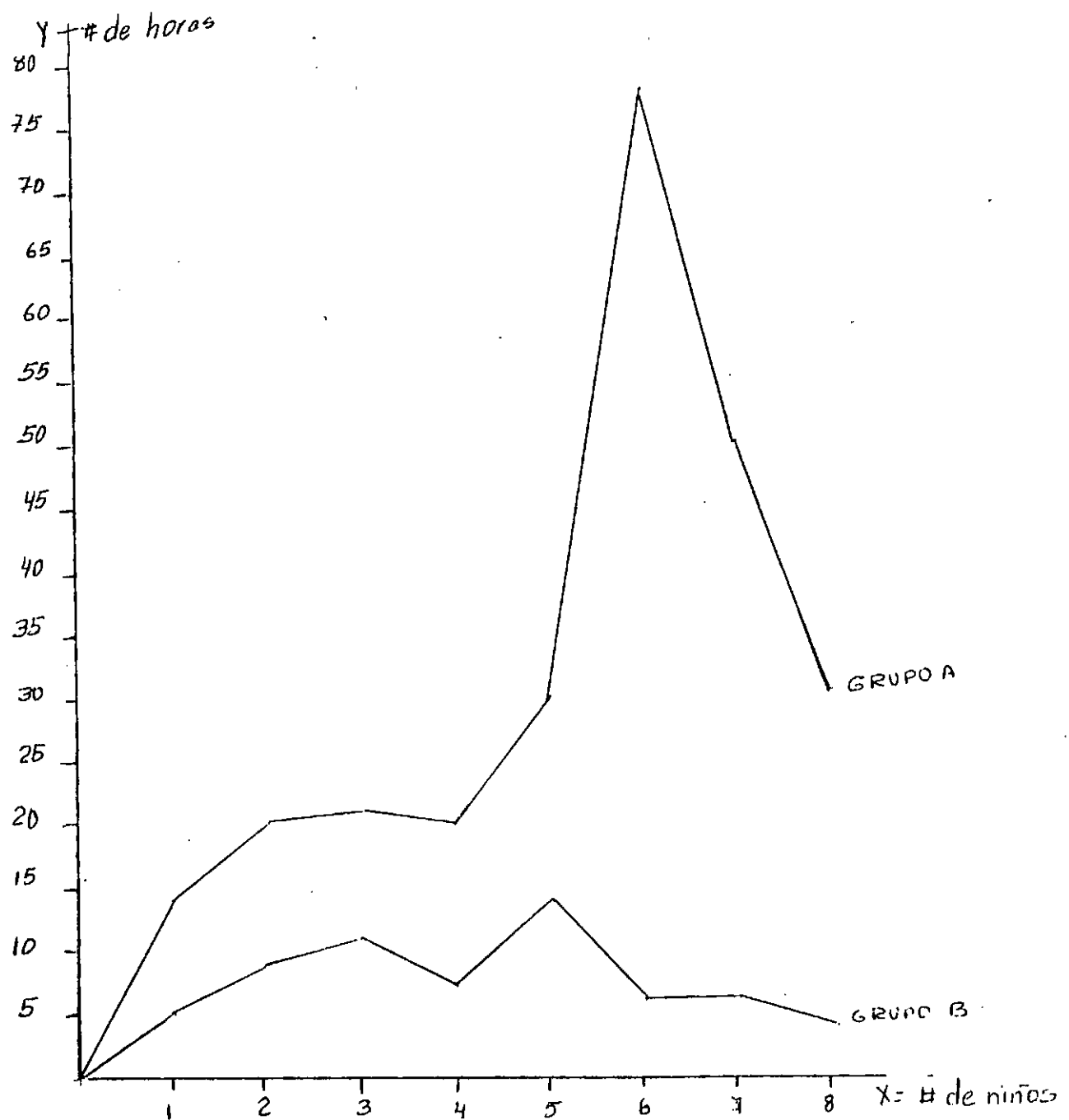
En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria, fue más prolongado en los niños que se les realizó hidratación endovenosa. Con respecto a ésto se puede decir que un factor que influye es el hecho de tener la vena canalizada y de estar recibiendo antibióticos por vía intravenosa, ya que se espera muchas veces pasar tres o cuatro dosis antes de dar de alta al paciente.

Otro factor es la tramitología, puesto que a veces el médico tiene que darle salida, pero el exceso de trabajo no le permite llenar los registros y documentos respectivos oportunamente, lo que prolonga la estancia hospitalaria de los pacientes que hacen parte del grupo A que fue evaluado en el Hospital.

El grupo B, al cual se le aplicó el protocolo en la Unidad Intermedia, como sólo se hace hidratación oral y se le inicia un tratamiento con antibióticos vía oral, ordenado por el médico. Este servicio no se congestiona, y el médico, la enfermera y la auxiliar de enfermería están permanentemente en contacto con el paciente y su familiar, y tan pronto como sea posible se dan las indicaciones respectivas para seguir el tratamiento en casa.

Todos estos datos arrojaron resultados significativos en relación al período de estancia hospitalaria, como se observa en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Tiempo de estancia hospitalaria.



El total de horas en el grupo A es de 255 y en el grupo B es de 48, dando una relación de un 8 1.2 % más en el grupo A que en el grupo B.

En el grupo A se encontró una variación típica de \$ 4.256, porque hubo dos casos de niños que se complicaron a los cuales se les realizaron exámenes como rayos x y punción lumbar, lo que aumentó significativamente los costos, pero al hacer el análisis del coeficiente de variación, dió un resultado para el grupo A de 22.3% y para el grupo B de 23,3 %, lo que demuestra que el coeficiente de variación no es significativo, pero el dato final de costos si.

La estancia hospitalaria, fue significativamente más alta en un 81.2% en el grupo A, con relación al grupo B.

Con relación a los factores socioepidemiológicos, se tomó en conjunto todo el grupo y se tabuló la información recopilada por medio de las entrevistas realizadas a los familiares, arrojando como resultado datos muy significativos, mostrados en las gráficas 1, 2, 3, 4 y 5 del anexo 6.

CONCLUSIONES

- Fue notoria la diferencia en costos, entre los dos grupos estudiados, siendo significativamente menores en los niños a los que se les hizo la rehidratación oral.

- Igualmente, la estancia hospitalaria fue menor en los niños que se hidrataron por vía oral.

- Fue significativo el bajo porcentaje 12.5 % de padres que prepararon suero oral en casa.

RECOMENDACIONES

- Implementar en la Unidad Intermedia San Francisco de Asis el protocolo descrito en el presente estudio, debido al bajo costo y al menor tiempo de estancia hospitalaria en niños con síndrome de deshidratación en niños menores de cinco años.

- Crear una sala con todos los implementos para la rehidratación oral en la Unidad Intermedia San Francisco de Asis.

- Establecer una norma que contemple que todos los niños con síndrome de deshidratación deben llegar primero a la sala de rehidratación de la Unidad Intermedia San Francisco de Asis, para que de allí sean remitidos al Hospital Regional.

- Elaborar un programa educativo, que se desarrolle permanentemente en el

Servicio de Urgencias, donde se incluya en manejo inicial de la hidratación en casa y todo lo relacionado con temas preventivos de salud.

BIBLIOGRAFIA

COGAN, Martín. Líquidos y Electrolitos: Fisiología y Fisiopatología. Manual Moderno 1993. 357 p

COTRAN; KUMAR y ROBBINS. Patología Estructural y Funcional. 4 ed. México: Interamericana, 1990. 1560 p.

GARCIA GOMEZ, Jorge; ROMERO DE SAADC, María Teresa y GALLARDO, Adalberto. Prevención y Rehidratación Oral en Enfermedad Diarréica Aguda en Menores de Cinco Años: Normas de Urgencia. Bogotá: Ministerio de Salud, 1987. 13 p.

----- Prevención y Rehidratación Oral en Enfermedad Diarréica Aguda en Menores de Cinco Años: Manual de Consultas para Médicos y Enfermeras. Bogotá: Ministerio de Salud, 1987.

HARRISON. et al. Principios de Medicina Interna. 11 ed. v 1. México: Interamericana - MacGraw-Hill, 1987. 1288 p.

MINISTERIO DE SALUD. Lactancia Materna: Decisión de vida. Santafé de Bogotá, 1993. 73 p.

NELSON, Waldo; VAUGHAN, Victor y BEHRMAN, Richard. Tratado de Pediatría. 12 ed. v 1. México: Interamericana, 1985. 1025 p.

ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLO DE MANEJO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS CON SINDROME DE DESHIDRATAACION

1. HISTORIA CLINICA COMPLETA

1.1 EVALUACION INICIAL SEGUN CUADRO ESTABLECIDO

Este es el cuadro de evaluación inicial que establece la O.M.S.

1. OBSERVE CONDICION	BIEN ALERTA	INTRANQUILO IRRITANTE	COMATOSO HIPOTONICO
OJOS	NORMALES	HUNDIDOS	MUY HUNDIDOS
LAGRIMAS	PRESENTES	AUSENTES	AUSENTES
BOCA Y LENGUA	HUMEDAS	SECAS	MUY SECAS
SED	SIN SED	SEDIENTO BEBE RAPIDA Y AVIDAMENTE	BEBE MAL O NO ES CAPAZ DE BEBER
2. EXPLORE SIGNO DEL PLIEGUE	DESAPARECE RAPIDAMENTE	DESAPARECE LENTO	DESAPARECE MUY LENTO (2 SEG)

3. DECIDA	NO TIENE SIGNO DE DESHIDRATA CION	SI PRESENTA DOS O MAS SIGNOS TIENE DESHIDRATA CION	SI PRESENTA DOS OMAS SIGNOS INCLUYENDO PO LO MENOS UN SIGNO TIENE DESHIDRATAACION GRAVE, ESTADO COMATOSO INDICA CHOQUE
	A. 1º Grndo < 5% Tratamiento v.o en casa	B. 2º Grndo 5% - 10% Hidratación oral abundante	C. 3º Grado + 10% Hidratación endivenosa o combinada

1.2 ENTREVISTA

Esta primera parte permite iniciar un tratamiento, el cual puede variar según el resultado de los exámenes que se tomen posteriormente. Puede ser iniciada por el médico o enfermera profesional de turno.

Como el protocolo se va a aplicar en una institución de servicio social, los exámenes especializados como el ionograma, se ordenan de acuerdo a la clínica, o sea, en niños irritables, con convulsiones o atáxicos, ya que generalmente el desequilibrio de líquidos y electrolitos, origina estas situaciones.

De acuerdo al resultado del ionograma se agregan las cantidades de sodio, cloro y potasio en los líquidos endovenosos.

2. TOMA DE NUESTRAS

2.1 HECES (COPROLOGIA)

2.2 SANGRE, HEMOGRAMA, IONOGRAMA (DE ACUERDO A LA CLINICA)

2.3 ORINA, PARCIAL DE ORINA

Cuando ya se hace la evaluación inicial, se puede comenzar de acuerdo a sus resultados, la hidratación vía oral o hidratación endovenosa.

Para hacer la hidratación vía oral se pueden usar dos formas, una que es el suero casero, que se prepara con un litro de agua previamente hervida, más cuatro cucharadas de azúcar y una cucharadita de sal; la otra forma es el suero que se prepara con los sobres que ya están listos y se disuelven en un litro de agua fría previamente hervida, siendo esta mezcla la de mayor absorción. En el comercio también se encuentran soluciones ya preparadas.

La cantidad de líquidos a administrar se calcula de la siguiente forma:

Hay que tener dos datos: porcentaje de deshidratación y peso del niño.

% de Deshidratación	C.C	
3%.....	30 cc	} Por kilo de peso del niño por dos es igual a c.c de suero oral para administrar en seis horas
5%.....	50 cc	
7.5%.....	75 cc	
10%.....	100 cc	
12.5%	125 cc	
15%.....	150 cc	

Del total anterior se resta la dosis inicial que es 40 cc por kilo de peso; esto se administra en una hora y el resto se divide en cinco horas.

Si el niño está recibiendo leche materna se le sigue lactando.

Si hay vómitos, se ofrece a los cinco y 10 minutos una cantidad de suero oral similar a la pérdida en pequeñas cantidades.

A las seis horas se continúa hidratación más alimentación.

Los líquidos endovenosos se inician inmediatamente en deshidratación grado III con compromiso del estado de conciencia, pero si el niño está conciente y no está vomitando, se puede iniciar simultáneamente los dos tipos de hidratación. El niño con deshidratación que no tolera vía oral, y presenta vómitos persistentes, puede ser deshidratación grado I, II o III, se les inicia líquidos endovenosos.

Si se inició solo hidratación endovenosa a las dos, tres y cuatro horas, se prueba tolerancia de suero oral, mientras se continúa endovenosa.

La hidratación endovenosa se inicia con una mezcla 2 - 1, o sea 1.000 cc de Dextrosa al 5% en A D más 500 cc de Dextrosa 5% SS. Como esta mezcla es

difícil de preparar, se toman 500 cc de Dextrosa al 5% en AD más 14 cc de Natrol, que equivalen a 28 meq de Na, si el niño orina se adicionan 6 ó 7 cc de Katrol.

La hidratación se inicia con 30 a 50 ml/k durante tres horas. Cuando la deshidratación está acompañada de irritabilidad, convulsiones, se ordena el ionograma y de acuerdo a éste se establecen los electrolitos.

A las tres horas de hidratación endovenosa, se hace la evaluación y se hace nueva distribución de líquidos de acuerdo al grado de deshidratación así:

Grado I = 5% de pérdidas basales más o menos 80 a 120 ml más 50 ml/k día.

Grado II = 5% de pérdidas basales más o menos 80 a 120 ml más 100 ml/k día.

Grado III = 5% de pérdidas basales más o menos 80 a 120 ml más 150 ml/k día.

3. INICIAR HIDRATACION VIA ORAL O ENDOVENOSA

Es de saberse que el tratamiento incluye también la prevención a nuevos episodios de deshidratación, por ésto es que durante su estancia hospitalaria y al salir el niño del hospital, se debe incluir un plan de educación para el hogar y el manejo inicial de la deshidratación.

4. PLAN DE EDUCACION PARA EL HOGAR

(Ver anexo 2).

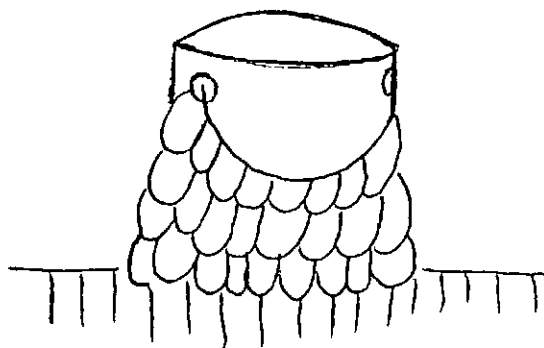
ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 DPTO DE POST GRADOS Y
 EDUCACION CONTINUA
 1995

PLAN PARA EL HOGAR

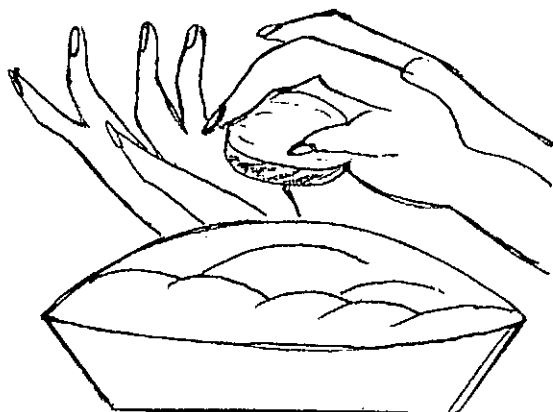
La diarrea y enfermedades son producidas por animalitos muy pequeños que solo se ven con un aparato especial (microscopio), estos microbios nos entran por la boca cuando:

1 Se toma agua sin hervir



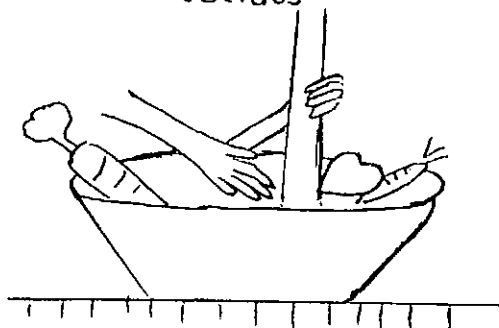
Hervir bien el agua

2. Comemos con las manos sucias

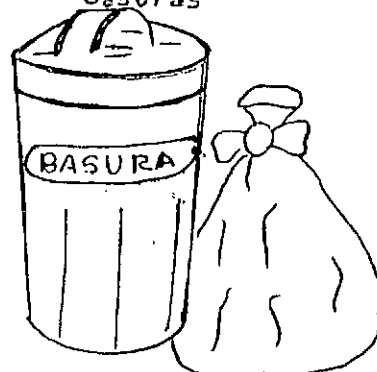


Lavarse las manos

3. Se come frutas sin lavar y alimentos que no esten bien cocidos



4. No manejamos bien las basuras



Manejar adecuadamente las basuras

4. Comience a darle al niño en pequeñas cantidades cada 10 minutos.

5. Si el niño consume leche materna, no la suspenda.



6. Si el niño continúa con diarrea, siga con la hidratación oral, la leche materna e inicie otros alimentos que el normalmente consume.

7. Si suspende la alimentación, esto puede llevar al niño a una posible desnutrición, lo que agravaría su estado de salud.

Si el niño no mejora tráigalo al Hospital

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DPTO DE POST GRADOS Y
EDUCACION CONTINUA
1995

ANEXO 3

ENTREVISTA AL FAMILIAR. MANEJO DE DESHIDRATACION AL
NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL H.R.S

FECHA _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____

NOMBRE DEL NIÑO _____ EDAD _____

1. GRADO DE ESCOLARIDAD DEL NIÑO _____

2. GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PADRE _____

3. GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE _____

4. GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE _____

5. CUANTOS EPISODIOS DE DESHIDRATACION HA TENIDO _____

6. CUAL ES LA FORMA COMO COMENZO LA DESHIDRATACION?

7. QUE DROGAS LE ADMISTRO EN LA CASA? _____

8. LE PREPARO SUERO EN LA CASA? SI _____ NO _____

9. LE PREPARO SUERO DE:

- a. Casero
- b. Papeleta
- c. Ya listo

10. SI PREPARO SUERO CASERO COMO LO HIZO:

11. LE SUSPENDIO LA LECHE MATERNA:

- a. Si
- b. No

12. SI SUSPENDIO LA LECHE MATERNA POR QUE LO HIZO ?

12. SUSPENDIO LOS ALIMENTOS QUE EL NIÑO CONSUME NORMALMENTE?

- a. Si
- b. No

14. SI LO SUSPENDIO, A QUE HORAS LA INICIO? _____

15. EL AGUA PARA EL CONSUMO DOMESTICO ES RECOLECTADA DE:

- a. Pozo
- b. Aljibes
- c. Acueducto
- d. La compra en los carro tanques

16. DONDE REALIZAN LAS DEPOSICIONES:

- a. Baño
- b. Aire Libre

17. CUAL ES LA FORMA DE DISPOSICION DE LAS BASURAS?

- a. Quemarlas
- b. Enterrarlas
- c. Arrojarlas a un lote cercano

d. Meterlas en recipientes para que el carro de B.P las recoja

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DPTO DE POST GRADOS Y
EDUCACION CONTINUA
1995

ANEXO 4

GUIA DE OBSERVACION

MANEJO DE DESHIDRATACION AL NIÑO DE 5 AÑOS EN H.R.S

FECHA _____ HORA _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR _____

NOMBRE DEL OBSERVADO _____

EDAD DEL NIÑO _____ PESO _____

TALLA _____

1. SIGNOS DE DESHIDRATACION

CONCIENCIA

1. BIEN ALERTA

2. INTRANQUILO IRRITABLE

3. COMATOSO-HIPOTONICO

OJOS

- 1. NORMALES
- 2. HUNDIDOS
- 3. MUY HUNDIDOS

LAGRIMAS

- 1. PRESENTES
- 2. AUSENTES

BOCA Y LENGUA

- 1. HUMEDAD
- 2. SECAS
- 3. MUY SECAS

SED

- 1. BEBE NORMAL SIN SED
- 2. SEDIENTO BEBE RAPIDAMENTE
- 3. BEBE MAL NO ES CAPAZ DE BEBER

SIGNO DEL PLIEGUE

- 1. DESAPARECE RAPIDAMENTE
- 2. DESAPARECE LENTO
- 3. DESAPARECE MUY LENTO (>2 segundos)

2. GRADO DE DESHIDRATAACION AL INGRESO

- 1. 1º GRADO
- 2. 2º GRADO
- 3. 3º GRADO

3. SE INICIA EL TRATAMIENTO CON

4. EXAMENES ORDENADOS

5. ALIMENTACION QUE ESTA RECIBIENDO

6. RESULTADOS DE COPROLOGIA

- 1. PARASITOS 2. BACTERIAS 3. HONGOS
- 4. NADA DE LO ANTERIOR 5. OTROS _____

7. A LAS 3 HORAS EL GRADO DE DESHIDRATAACION ES

- 1. 1º GRADO 2. 2º GRADO 3. 3º GRADO

8. SE CONTINUA TRATAMIENTO CON

1. HIDRATACION E.V

2. HIDRATACION ORAL

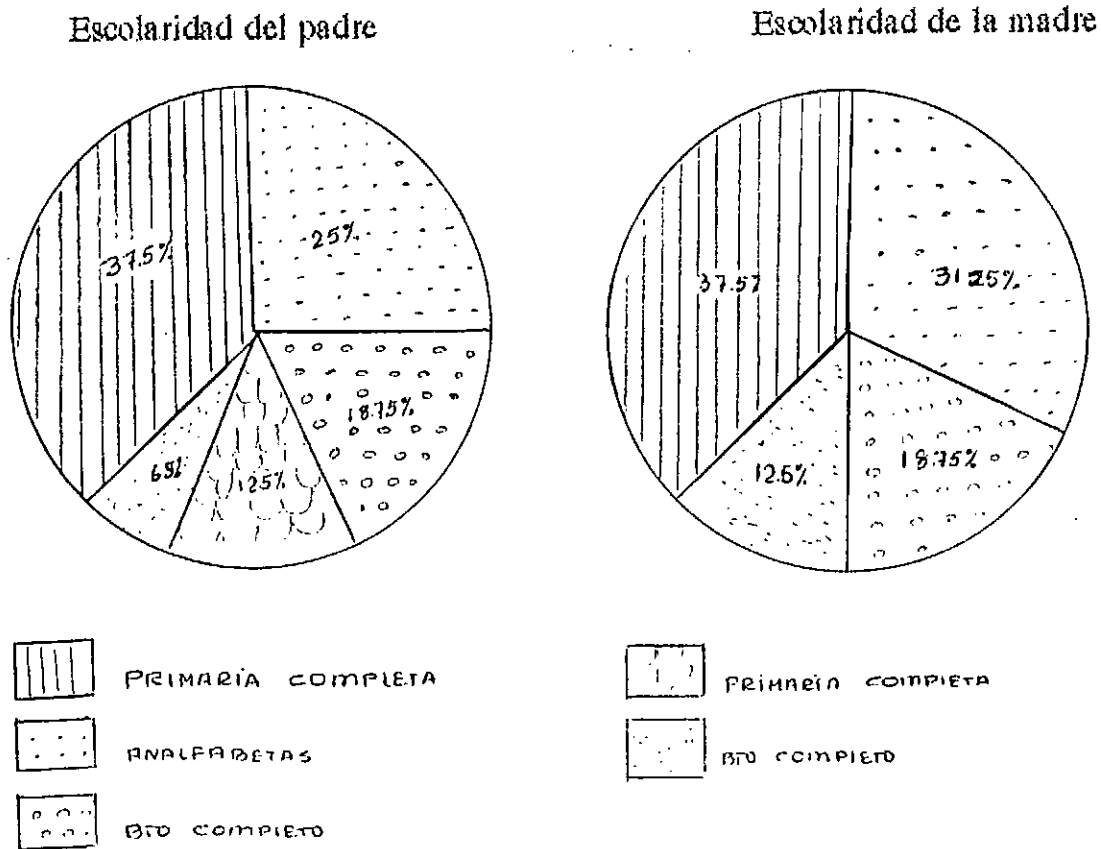
9. DROGAS QUE ESTA RECIBIENDO

10. FECHA Y HORA DE SALIDA

11. TRATAMIENTO AL SER DADO DADO DE ALTA PARA CONTINUAR EN LA CASA

ANEXO 6
CARACTERISTICAS SOCIOEPIDEMIOLOGICAS RELACIONADAS CON
LA DESHIDRATACION DE LOS 16 NIÑOS MENORES DE CINCO
AÑOS CON ESTE SINDROME QUE
HICIERON PARTE DEL ESTUDIO

FIGURA 1. Nivel educativo de los padres.

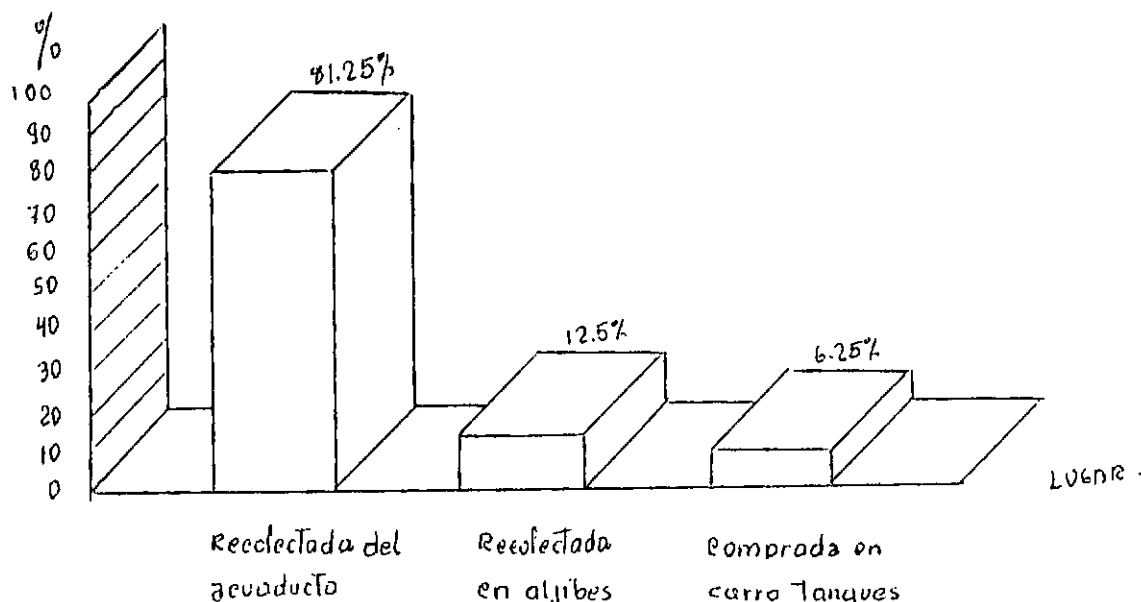


Como puede observarse, es significativo el bajo nivel educativo presentado por los padres.

En lo relacionado al agua para el consumo doméstico, el lugar donde se realizan las deposiciones y la forma de disposición de las basuras, se encontraron los siguientes resultados:

Fig. 2

Porcentaje del lugar donde es recolectada el agua para el consumo doméstico.

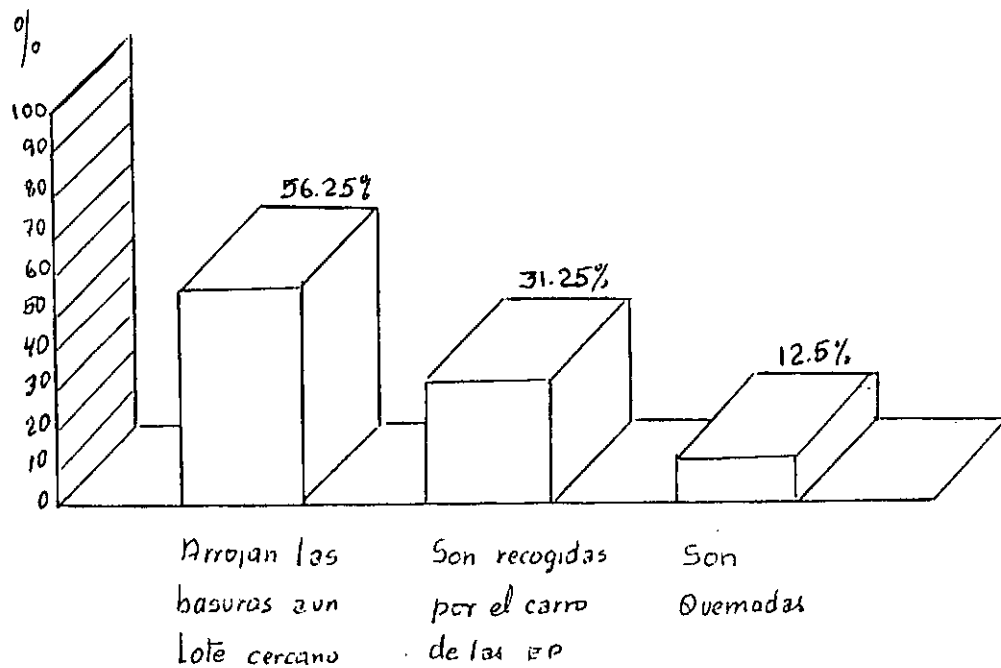


Como podemos observar, un alto porcentaje de 81.25 % adquiere el agua para su consumo del acueducto.

En cuanto a la forma de disposición de las basuras, se encontraron los siguientes resultados.

Fig. 3

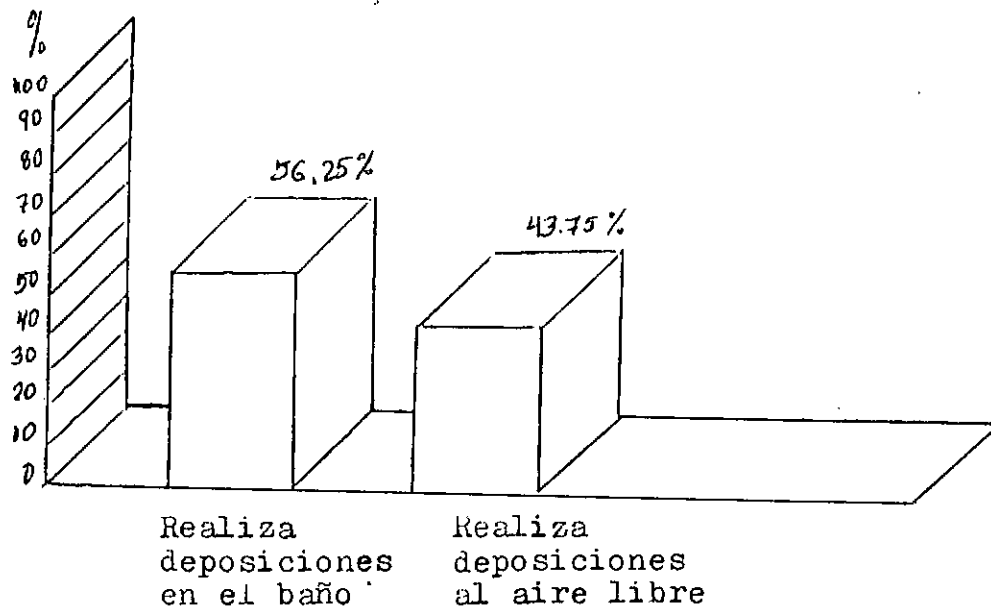
Formas de disposición de basuras



También se encuentra aquí un factor del ambiente que incide como medio para facilitar la infección o parasitosis.

Con relación a donde se realiza la eliminación de excretas, se encontraron los siguientes resultados.

Fig # 4
Eliminación de excretas.



Esto nos está demostrando que hay un alto porcentaje 43.75% que no tiene alcantarillado, lo que obliga a realizar las deposiciones al aire libre, que se sabe facilita el contagio de parásitos e infecciones que llevan al proceso de la diarrea y por ende a la deshidratación.

Uno de los datos llamativos en la entrevista realizada a los niños estudiados, fue el relacionado con la preparación del suero oral en casa, donde se encontró que solo el 12.5% preparó el suero oral en casa e inicio de la rehidratación vía oral. El 87.5% restante no lo preparó.

Fig. 5
Preparación de Suero Oral en Casa.

