

Conocimientos y aplicacion de la fluidoterapia en pacientes deshidratados por parte del personal medico en el departamento de Pediatria

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2394/1/Conocimientos-y-aplicacion-de-la-fluidoterapia-en-pacientes-deshidratados-por-parte-del-personal-medico-en-el-departamento-de-Pediatria.html>

Autor: Jesús Stampone

Publicado: Hoy

Introducción: El agua constituye la mayor parte de la masa corporal, aproximadamente, 70% del peso corporal en los niños y 80% en los neonatos. La deshidratación se define como pérdida de gran cantidad de agua y electrolitos del organismo. El tratamiento de elección es la vía oral, reservándose la intravenosa para situaciones graves o cuando la vía oral no sea posible.

Objetivo General: Determinar el conocimiento y aplicación de la fluidoterapia en niños deshidratados por parte del personal médico en el Departamento de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Valencia. 2009.

Conocimientos aplicacion fluidoterapia pacientes deshidratados personal medico Pediatria .1

Conocimientos y aplicación de la fluidoterapia en pacientes deshidratados por parte del personal médico en el departamento de Pediatría de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia 2009.

Stampone Jesús
Suárez Mabel
Valle Karlos
Vegas Yenifer

Tutor Metodológico: Liliana Libreros
Tutor Clínico: Maria Tomat

UNIVERSIDAD DE CARABOBO. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. TESIS DE GRADO

RESUMEN

Introducción: El agua constituye la mayor parte de la masa corporal, aproximadamente, 70% del peso corporal en los niños y 80% en los neonatos. La deshidratación se define como pérdida de gran cantidad de agua y electrolitos del organismo. El tratamiento de elección es la vía oral, reservándose la intravenosa para situaciones graves o cuando la vía oral no sea posible.

Objetivo General: Determinar el conocimiento y aplicación de la fluidoterapia en niños deshidratados por parte del personal médico en el Departamento de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Valencia. 2009.

Material y Método: El tipo de investigación desarrollado fue descriptivo de campo. La muestra: estuvo conformada por 37 médicos del Departamento de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Valencia, siendo la muestra del tipo no probabilística intencional u opinática. La técnica de recolección de la información que se empleó fue la encuesta. En este sentido.

El instrumento: fue un cuestionario de dieciséis (16) preguntas de selección múltiple, con cinco (5) alternativas de opción solo para una respuesta correcta y dos (2) preguntas de opinión tipo cerradas (SI y NO).

Resultado: Se evaluar socio demográficamente a la población en estudio, resultando que la edad promedio 27 años. Para clasificar el nivel de conocimientos sobre fluidoterapia, se realizó una escala, la cual consta de tres (3) rangos. El cual reporto 24,32% en el rango de bueno, el 70,27% en regular y el 5,41%, está en la categoría deficiente. En las respuestas de opinión reportan 54,05%, y 49,95% respectivamente. **Conclusión:** el estudio arrojó que los médicos residentes de pediatría en estudio poseen un déficit de conocimientos con respecto al uso y aplicación de los planes de rehidratación establecidos por la OMS

Palabras clave: Fluidoterapia, capacitación, protocolos de hidratación, pediátrica

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la práctica médica debe estar regulado por métodos, técnicas y procedimientos seguros, que tiendan a optimizar el tratamiento de los pacientes. Esto implica mejorar la calidad en la atención clínica en beneficio del paciente y del profesional, en procedimientos como la fluidoterapia para pacientes con deshidratación; la cual provoca una alteración del balance hidroelectrolítico del organismo ocasionada por disminución del aporte de líquidos, aumento en las pérdidas corporales o ambas cosas simultáneamente, pudiendo generar un compromiso de las funciones corporales.

Debido a estas importantes pérdidas de líquidos, se hizo necesario clasificar las deshidrataciones para de esta manera aplicar la terapéutica correcta según lo que el niño necesite, producto de las pérdidas ocasionadas. En la deshidratación leve está indicado el Plan A que consiste en mantener el consumo de alimentos y aumentar la ingesta de fluidos y asimismo está indicado el uso coadyuvante de las sales de rehidratación oral (SRO) que se pueden utilizar a cualquier edad. El plan B, Orientado al tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) en los casos de deshidratación moderada y con tolerancia de la vía oral. Se recomienda hidratar al paciente en un servicio de salud (clínica, hospital o consultorio), bajo la supervisión del médico y con la ayuda de la madre o responsable del cuidado del paciente.

Hay que distinguir correctamente entre prevenir y tratar la deshidratación. Los líquidos caseros son útiles únicamente para prevenirla. Para tratar la deshidratación deben usarse las sales de rehidratación oral (SRO), porque contiene todos los requerimientos necesarios para rehidratación del paciente, el suero oral se administra a dosis de 100 mL por kg de peso en cuatro horas. La dosis total calculada, se fracciona en tomas cada 30 minutos y se ofrece lentamente, con taza y cucharita, para no sobrepasar la capacidad gástrica y así disminuir la posibilidad de vómito. Si no se conoce el peso del paciente, se puede administrar el suero oral lentamente, a tolerancia. (1)

El suero oral se da a la temperatura ambiente, ya que frío retrasa el vaciamiento gástrico y caliente puede provocar vómitos. El proceso de rehidratación oral se completa en un periodo de 4-6 horas, aunque algunos se rehidratan en menos de 4 horas y otros en poco más de 6 horas. (2)

El plan C, es necesario aplicarlo en los casos de deshidratación moderada sin tolerancia a la vía oral y deshidratación grave con y sin shock, el propósito es administrar en tiempo corto de tres (3) horas aproximadamente por vía endovenosa, una cantidad suficiente de líquido y electrolitos con objeto de expandir el espacio extracelular y corregir el shock hipovolémico. Cuando el paciente recupera la conciencia y puede beber, el tratamiento se continúa con suero oral para terminar de corregir el déficit de líquidos y electrolitos de esta manera mantener al paciente hidratado. Este es el plan de tratamiento que menos se usa, pues los casos de deshidratación con shock representan menos de 5% de los casos de deshidratación que consultan en hospitales o centros de salud; a nivel de comunidad es aún mucho menos." Mientras más y mejor se usen los Planes A y B, menos se usará el Plan C". (1)

Pacientes en estado de shock caracterizado por: estado semicomatoso, o comatoso, dificultad o incapacidad para beber, y signos marcados de deshidratación: ojos muy hundidos, lágrimas ausentes, boca y lengua muy secas, signo del pliegue positivo y llenado capilar mayor a cinco (5) segundos. Pacientes con íleo; caracterizados por gran distensión abdominal, ausencia de evacuaciones, ausencia de ruidos hidroaéreos, y/o presencia de vómitos fecaloideos. Fracaso de rehidratación oral debido a vómitos incoercibles (abundantes y más de 4 en una hora) y/o numerosas evacuaciones líquidas. Pacientes que presentan convulsiones mientras reciben terapia de rehidratación oral, o pacientes con septicemia, infecciones concomitantes graves como meningitis, neumonía u otras. (1)

En otras palabras, en el tratamiento de la deshidratación debemos tener presente los siguientes hechos: restituir rápidamente la volemia para impedir o tratar la situación de shock, reponer el déficit de agua y de electrolitos que se haya valorado teniendo en cuenta las pérdidas continuadas que puedan seguir produciéndose (vómitos, diarrea, etc.), la presencia de fiebre.

Una serie de investigadores estudian las deshidrataciones y buscan de esta manera el mejor control sobre el tratamiento, al momento de hidratar. En 2002 se publicó un estudio donde se evaluó la seguridad y efectividad de dos técnicas de hidratación oral, una continua y otra a dosis fraccionada en niños deshidratados por diarrea aguda. R entre resultados, el promedio de gasto fecal en el grupo AL (suero oral ad libitum) fue 11.0 ± 7.5 g/kg/h y en el grupo Dosis Fraccionada 7.1 ± 7.4 (p=0.03). La ingesta de suero, el tiempo de hidratación y la diuresis promedio, fueron similares entre ambos grupos (p>0.05). Ningún paciente requirió rehidratación intravenosa. (3)

Posteriormente, en España, se realizó un estudio titulado gastroenteritis aguda y deshidratación. Se determinó que la gastroenteritis aguda de causa infecciosa es prevalente en nuestro medio, aunque menos grave que en países en desarrollo. Predomina en lactantes y niños pequeños quienes son más susceptibles a deshidratarse. El pediatra de atención primaria debe actualizar sus conocimientos y, al ser el primer referente para los padres, es quien está en mejores condiciones para transmitir seguridad y confianza ante las novedades terapéuticas, siempre después de una acogida respetuosa, una correcta anamnesis, la exploración física completa y saber valorar el grado de hidratación y nutrición.

Conocimientos aplicacion fluidoterapia pacientes deshidratados personal medico Pediatría .2

Es primordial prevenir y/o tratar la deshidratación con el aporte de líquidos y/o solución de rehidratación oral (SRO) y además mantener el estado de nutrición del niño. (4)

En España, se realizó una encuesta nacional, orientada hacia la utilización de la rehidratación oral en urgencias, con el objetivo de analizar la actitud de los pediatras de urgencias frente a la deshidratación aguda, valorar sus conocimientos teóricos sobre rehidratación oral, conocer las situaciones en que creen indicada la rehidratación oral y su uso en la práctica habitual, y averiguar los inconvenientes para la utilización de dichas soluciones en urgencias. Los resultados arrojaron que el 59,3 % utilizan muchas veces la rehidratación oral en la deshidratación aguda y el 10,3 % no la utilizan nunca. El 100 % la emplean en la deshidratación leve (79,3 % si se asocia a vómitos), el 70,3 % en la deshidratación moderada con vómitos y el 22,8 % si además existe diarrea moderada. (5)

En otra investigación, los autores persiguieron como objetivo de la investigación evaluar los cambios electrolíticos de desnutridos graves deshidratados entre 2 y 30 meses tratados con una solución de rehidratación oral modificada (ReSoMal). Un estudio prospectivo, doble ciego, controlado, en el que fueron incluidos 30 niños con diagnóstico de desnutrición grave y deshidratación, donde concluyeron que las características electrolíticas de ReSoMal parecen ofrecer claros beneficios a estos pacientes. (6)

Un estudio acerca del manejo de los casos de diarrea en países de ingresos bajos y medio, pretendía determinar si el tratamiento de la diarrea mejoró durante 1986-2003, periodo durante el cual se hicieron grandes esfuerzos para fomentar un manejo eficaz de los casos en la población infantil. Para la realización dicha investigación se analizaron los datos de 107 hogares mediante encuestas de demografía y salud de 40 países de ingresos bajos y medios entre 1986 a 2003, evaluando las tendencias de los indicadores sobre la rehidratación y las cantidades de líquido y los alimentos ingeridos entre los niños con diarrea. Esta investigación obtuvo como resultado progresos moderados en relación con el uso de la terapia de rehidratación oral (TRO) (0,39% anual) y la ingestión de mayores cantidades de líquido (1,02% anual), pero las tasas de utilización se mantenían bajas en 2003, en comparación con la cobertura plena deseada. Aunque las tasas de uso mejoraron en la mayoría de los países, en varios de ellos no se lograron avances. Estimaron que, cada año, 307 millones de niños de países de ingresos bajos y medios no recibieron terapia de rehidratación oral (TRO) y 356 millones no recibieron mayores cantidades de líquido. (7)

La mayoría de estos estudios reflejaron la importancia de la fluidoterapia, que no es más que una de las medidas terapéuticas más importantes, la cual consiste en mantener por medio de soluciones un estado adecuado de hidratación y de perfusión hística con equilibrio electrolítico. Para calcular este parámetro de deshidratación existen 2 métodos. El más exacto consiste en calcular la pérdida porcentual de peso. Cuando no se dispone de un peso previo fiable se aplican escalas clínicas que pueden orientar como la clasificación de Fortin y Parent: deshidratación leve: 0-3 puntos deshidratación moderada: 4-8 puntos deshidratación grave: 9-17. Puntos si el niño está semicomatoso o muy irritable añadir 3 puntos. (8).

Por tal razón, esta investigación determino cuál es el conocimiento y la aplicación de la fluidoterapia por parte del personal médico en el departamento de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de la ciudad de Valencia 2009. Se espera que los resultados beneficien al personal médico ya que podrían aclarar y fortalecer los conocimientos para la correcta aplicación de la fluidoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de investigación que se desarrolló a propósito de la temática es de carácter descriptivo de campo ya que estos tienen como fin exponer o definir los fenómenos basados en la observación de los mismos, detallando cada uno de los componentes principales de una realidad (9).

La población estuvo conformada por 39 médicos del Departamento de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Valencia, de los cuales dos (2) se encontraban en periodo vacacional, siendo la muestra de tipo no

probabilística intencional u opinática "...en la cual el investigador decide, según sus objetivos, los elementos que integrarán la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que se desea conocer". (10)

La técnica de recolección de la información que se empleó fue la encuesta. En este sentido, el instrumento fue un cuestionario de dieciséis (16) preguntas de selección múltiple, con cinco (5) alternativas de opción solo para una respuesta correcta y dos (2) preguntas de tipo opinión cerradas acerca de su labor con alternativa de respuesta (SI y NO). Para clasificar el nivel de conocimientos sobre fluidoterapia, se realizó una escala, la cual consta de tres (3) rangos 0 – 9 puntos (Deficiente), 10 – 13 (Regular), 14 – 16 (Bueno) permitiéndonos así, calificar tanto cualitativa como cuantitativamente los resultados obtenidos mediante la aplicación de dicho instrumento.

El instrumento se sometió al juicio de tres (3) expertos, para establecer la validez de su contenido (Con criterios de pertinencia, relevancia y redacción) "la validez de contenido no se puede expresar cuantitativamente o a través de un índice o coeficiente; por lo general se estima de manera subjetiva o inter subjetiva y que convencionalmente, se utiliza el juicio de expertos". (11)

Finalmente se tabularon los datos, aplicando la estadística descriptiva donde se pudo calcular la frecuencia absoluta y los porcentajes, así mismo las medidas de tendencia central como el promedio y la desviación estándar; para emitir un análisis e interpretación de cada una de las variables estudiadas.

RESULTADOS

En el estudio realizado en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, de la Ciudad de Valencia, a los médicos residentes de pediatría, se pudo identificar que la edad promedio es de 27 años con una desviación estándar ± 4 , siendo el grupo de edad con mayor porcentaje el de 26 a 28 años con un 51,35%; el género predominante es el femenino representando un 91,89%, de acuerdo al nivel académico el porcentaje de residentes del primer año representaron el 40,54%, residentes del segundo y tercer año representaron un 29,73% respectivamente. (Tabla 1).

El conocimiento basado en los planes de hidratación según los protocolos establecidos por la O.M.S, adquiridos por los residentes de pediatría", arrojó que el 70,27%, se ubico en la categoría "Regular", el 5,41% en la categoría "Deficiente" y el 24,32% en el nivel "Bueno". Respecto a las preguntas de conocimientos de hidratación se evidencio que solo un residente (2,70%) respondió adecuadamente las preguntas de los planes de hidratación, 21 residentes (56,76%) respondieron satisfactoriamente las preguntas relacionadas a el plan A, un residente respondió adecuadamente el plan "B" y el plan "C" nadie respondió adecuadamente. De los planes A, B y C de hidratación, 5 residentes (13,52%) conoce al menos dos planes (A y B), (A y C), (B y C), de manera preocupante 9 residentes (24,32%) de la totalidad de la muestra no poseen un conocimiento completo acerca de los planes de hidratación. (Tabla 2).

En relación a las preguntas de opinión sobre si considera que acerca de la fluidoterapia se ajusta a sus conocimientos de los lineamientos establecidos por la OMS, los resultados, arrojaron que el 100% opina que si se ajustan a dichos lineamientos. Subsecuentemente se le realiza otra pregunta de opinión donde se indaga si la aplicación de los protocolos de la fluidoterapia han sido modificadas por la metodología de trabajo en la institución donde actualmente laboran, el 45,95% respondió afirmativamente. (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Una vez realizada la investigación, se evidencio que sólo el 24,32% del total de residentes del departamento de pediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, obtuvieron un resultado satisfactorio sobre los conocimientos de fluidoterapia, ubicándose en el nivel Bueno de la escala implementada, mientras que el 70,27% y 5,41%, se encuentran en los niveles Regular y Deficiente, respectivamente (Tabla 2). Situación paradójica ya que el 100% de éstos; afirmaron poseer un conocimiento y dominio absoluto acerca de los planes A, B, y C de hidratación (Tabla 3).

Conocimientos aplicacion fluidoterapia pacientes deshidratados personal medico Pediatría .3

En Cuba, una investigación encontró que la terapia de rehidratación intravenosa, resultó ser el mecanismo más empleado por los especialistas en el tratamiento de la deshidratación; sin embargo, sólo cinco (5) de los treinta y seis (36) casos requerían de dicha terapia (13), situación ésta que responde a la carencia de conocimientos en materia de fluidoterapia, por parte del personal médico; lo que acarrea como principales consecuencias la utilización innecesaria de insumos médicos, el incremento de la estadía de los pacientes y los costos de la Institución Hospitalaria. (13)

Es de gran preocupación observar como los residentes para el momento de la aplicación del instrumento para esta investigación, ya había transcurrido siete (7) meses aproximadamente de su residencia; es decir, más de la mitad de su periodo académico anual. El 40,54% de la muestra estudiada pertenece al primer año de residencia (Tabla 1), quienes atienden y reciben la mayoría de los casos de deshidratación en su práctica clínica diaria. En este sentido, cada uno de los residentes, bien sea del primer, segundo o tercer año, debe poseer un conocimiento adecuado referente a la temática estudiada.

Ciertamente, dentro de la práctica clínica, sea ésta hospitalaria o a nivel privado, desde cualquier nivel de la educación médica, estudiante, médico Residente o especialista es posible hacer Iatrogenia y mala praxis (Lo cual se define como "toda alteración del estado del paciente, producida por el médico"). O por desconocimiento u omisión. Generalmente se hace en la fase de diagnóstico o en la terapéutica, pero sin tener la intención de ocasionar algún daño por las acciones médicas, quirúrgicas, medicamentosas, de laboratorio o de gabinete (12). Sin embargo, cabe la posibilidad de que por falta de conocimientos respecto a un procedimiento médico como lo es la fluidoterapia, cualquiera de los especialistas incurra en este tipo de actos.

Ahora bien, los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, se encuentran en total contraposición con los obtenidos en el estudio realizado en España del 2004, en donde se evidencio que el 100% de los pediatras abordan las deshidrataciones leves con sales de rehidratación oral (SRO), y que éstos justifican, la no aplicación del Plan A, por la falta de espacio para la preparación de sales de rehidratación oral (SRO) y la asistencia de personal de enfermería, esta opinión se relaciona con los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado a los residentes de pediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, donde la opinión emitida por uno de ellos fue que "con respecto a las preguntas 20 y 21 del instrumento, es de acotar que en área de emergencia pediátrica del instituto ya antes mencionado no se cuenta con un área para el cumplimiento de los planes A y B, incluso indicándose en las ordenes medicas no se aplica y tal vez esto contribuya al uso y abuso de la terapia endovenosa" (5).

Otra investigación, llevada a cabo durante el año 2002, en Bronx, New York, en la cual se estudiaron 2 grupos de manera aleatoria, se evidenció que la terapia de rehidratación oral obtuvo mejores resultados que la terapia intravenosa en todos los resultados medidos (15).

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Esta investigación arrojo como conclusión que los médicos residentes del Departamento de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, poseen un déficit marcado de conocimiento con respecto al uso y aplicación de los planes de rehidratación establecidos por la OMS, los mismos afirman poseer un dominio absoluto sobre estos lineamientos pero sin embargo los resultados evidenciados en este estudio demostraron que no es así, generándose una gran alarma ya que en el campo de la pediatría las deshidrataciones en todas sus clasificaciones es una de las patologías más frecuentes en niños vistas en las emergencias de todos los centros de salud de nuestro país.

El trabajar mecánicamente nos conlleva a no individualizar el tratamiento a la hora de abordar una emergencia pediátrica, por lo tanto en la práctica médica, los conocimientos por parte del experto deben afianzarse y actualizarse continuamente.

Crear espacios asignados especialmente para la preparación y administración de terapia de rehidratación oral. Y si en su defecto estos existen pero no cuentan con los insumos ni con los equipos debe solicitarse la dotación de estos al personal asignado para ello en la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los médicos residentes de pediatría de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Variables

| EDAD/ AÑOS | Nº | % |
|------------|----|-------|
| 23 a 25 | 12 | 32,43 |
| 26 a 28 | 19 | 51,35 |
| 29 a 31 | 2 | 5,41 |
| 32 a 34 | 1 | 2,70 |
| 35 a 37 | 2 | 5,41 |
| 38 a 40 | 1 | 2,70 |

| SEXO | | |
|-----------|----|-------|
| Femenino | 34 | 91,89 |
| Masculino | 3 | 8,11 |

| AÑO DE RESIDENCIA | | |
|-------------------|----|-------|
| R1 | 15 | 40,54 |
| R2 | 11 | 29,73 |
| R3 | 11 | 29,73 |

n=37. Edad promedio: 27 años. DS: \pm 4

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre la fluidoterapia de los médicos residentes de pediatría de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

| NIVEL | Nº | % |
|------------|-------|-------|
| BUENO | 9 | 24,32 |
| REGULAR | 26 | 70,27 |
| DEFICIENTE | 2 | 5,41 |
| Total | 37,00 | 100 |

Calificación Promedio: 12. DS: \pm 4

Tabla 3. Apreciación de la población en estudio acerca de su labor.

| Apreciación | SI | | NO | |
|--|----|-------|----|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Considera usted que sus conocimientos acerca de la fluidoterapia se ajustan a los lineamientos establecidos por la OMS | 37 | 100 | 0 | 0 |
| Ha sido la fluidoterapia modificada por la metodología de trabajo de la institución donde labora | 17 | 45,95 | 20 | 54,05 |

UNIVERSIDAD DE CARABOBO. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA DE MEDICINA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO

El documento que en estos momentos se encuentra en sus manos es un Instrumento, elaborado con la finalidad de determinar los conocimientos y la aplicación de la fluidoterapia por parte del personal médico residente que labora en el Departamento de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" (CHET) de Valencia. Estado Carabobo. Asimismo, es oportuno destacar, que la información que usted se sirva a suministrar, es de carácter confidencial y será utilizada sólo y únicamente para fines académicos.

Conocimientos aplicacion fluidoterapia pacientes deshidratados personal medico Pediatría .4

DATOS DEL ENCUESTADO

1. EDAD:
2. SEXO: F M
3. AÑO DE RESIDENCIA: R1 R2 R3

A continuación, se presentan una serie de preguntas de opciones múltiples. Marque con una "X" la respuesta que usted considera pertinente.

4. ¿Una solución polielectrolítica contiene?

- a) Sol. 0.9% + sol. Glucosada al 5%
- b) Sol. 0.9% + sol. Glucosada al 5% + KCl
- c) Sol. 0.45% + sol. 0.9% + KCl + HCO₃
- d) Sol. 0.45% + sol. Glucosada al 5%
- e) Sol. 0.9% + sol. Glucosada al 5% + KCl + HCO₃

5. ¿Cómo prepara la solución de rehidratación oral aprobada por la OMS?

- a) 1 sobre de sales de rehidratación oral (SRO)O diluido en ½ litro de agua mineral
- b) Se diluye 1 sobre de sales de rehidratación oral (SRO) en jugos de frutas naturales
- c) Se diluye 1 sobre de sales de rehidratación oral (SRO) en 1 tetero de agua de arroz
- d) Se diluye 1 sobre de sales de rehidratación oral (SRO) en 1 litro de agua hervida
- e) Se diluyen 2 sobres de sales de rehidratación oral (SRO) en 1 litro de agua potable

6. Según lo que usted conoce la deshidratación se clasifica en:

- a. Leve, moderada y severa
- b. Leve, moderada y grave
- c. Moderada y grave
- d. Complicadas y no complicadas
- e. Agudas, subagudas y crónicas.

7. En cuanto a la administración de Ringer lactato, usted considera que los beneficios pueden ser :

- a) Menos tiempo en la administración de la terapéutica
- b) Requiere menos monitoreo durante su aplicación
- c) Proporciona el agua corporal necesaria para restituir las pérdidas de líquido.
- d) Se facilita la administración ante otras soluciones preparadas
- e) Otras, especifique: _____

8. Según sus conocimientos el Ringer lactato, cuál de estas funciones posee.

- a) Expandir espacio intracelular
- b) Restituir déficit de líquidos y electrolitos
- c) Expandir espacio extracelular.
- d) Desaparición precoz de la sintomatología.
- e) Restituir solo electrolitos, excepto potasio (K)

9. Las técnicas de administración de solución en un plan C son:

- a) 80cc/Kg peso/1era Hora y 10cc/Kg/En las siguientes dos horas
- b) 30cc/Kg peso/1era Hora y 35cc/Kg/ En las siguientes dos horas
- c) 10cc/Kg peso/1era Hora y 45cc/Kg/ En las siguientes dos horas
- d) 50cc/Kg peso/1era Hora y 25cc/Kg/ En las siguientes dos horas
- e) 50cc/Kg peso/1era Hora y 35cc/Kg/ En las siguientes dos horas

10. ¿Cuáles de las siguientes opciones considera usted adecuada para tratar las deshidrataciones leve?

- a) Administrar suero oral por cada pérdida de líquido que tenga el paciente (diarrea, vomito, fiebre) y enviar a casa.
- b) Administrar de 20-30cc/Kg peso de solución polielectrolítica vía parenteral
- c) Administrar 25cc/Kg peso/ de suero oral por un periodo de 4 horas.

d) Administrar de 25-30cc/Kg peso/ hora de suero de rehidratación oral y posteriormente se pasa a la terapéutica del plan A.

e) Administrar 100cc de suero de rehidratación oral/hora

11. ¿Cuáles de las siguientes opciones considera usted adecuada para tratar las deshidrataciones moderadas (que no tolera vía oral)?

a) Administrar de 25-30cc/Kg peso/ hora de suero de rehidratación oral y posteriormente se pasa a la terapéutica del plan A.

b) Administrar de 20-30cc/Kg peso de solución polielectrolítica vía parenteral

c) Administrar 100cc de suero de rehidratación oral/hora

d) Administrar suero oral por cada pérdida de líquido que tenga el paciente (diarrea, vomito, fiebre) y enviar a casa.

e) Administrar 25cc/Kg peso/hora de suero oral por un periodo de 4 horas.

12. ¿Cuáles de las siguientes opciones considera usted adecuada para tratar las deshidrataciones severas?

a) Administrar de 25-30cc/Kg peso/ hora de suero de rehidratación oral y posteriormente se pasa a la terapéutica del plan A.

b) Administrar de 20-30cc/Kg peso de solución polielectrolítica vía parenteral

c) Administrar 100cc de suero de rehidratación oral/hora

d) Administrar suero oral por cada pérdida de líquido que tenga el paciente (diarrea, vomito, fiebre) y enviar a casa.

e) Administrar 3 bolos 1ro de 50cc/Kg 2do 25cc/kg 3ro 25cc/kg de Ringer L

13. ¿Durante la administración del plan C como observa la evolución del paciente?

a) Durante toda la fluidoterapia

b) Solo si se presenta una complicación

c) Cada hora

d) Solo a la primera hora, ya que es la más importante

e) A final de cada hora de tratamiento

14. Ante un paciente con clínica de deshidratación leve. ¿Cuál sería su acción terapéutica?

a) Indica a la madre que aumente la ingesta de líquido en la dieta diaria del paciente y aportar más líquido por cada pérdida que presente (vomito, diarrea)

b) Lo valora, trata la causa y lo envía a su hogar con indicación de sales de rehidratación oral (explicándole a la madre la preparación y administración de este)

c) Hospitaliza al paciente y administra solución polielectrolítica (EV)

d) Hospitalizar al paciente y administrar hidratación oral.

e) Mantiene al paciente en observación y administra soluciones Ringer-lactato.

15. Un paciente presenta los siguientes signos: quejumbroso, lengua algo seca, fontanela algo hundida, signo del pliegue (+), llenado capilar <3 segundos y extremidades frías (tolerando VO) ¿Cuál sería su terapéutica?

a) Evaluar al paciente y administrar solución polielectrolítica

b) Evaluar al paciente y administrar terapia oral (SRO)

c) Mantener al paciente en observación y administrar Ringer-Lactato

d) Expandir con Ringer Lactato para posteriormente pasar a solución polielectrolítica.

e) Colocar hidratación intravenosa de mantenimiento

Conocimientos aplicacion fluidoterapia pacientes deshidratados personal medico Pediatria .5

16. ¿Qué medida tomaría ante un paciente con deshidratación severa, tratado con un plan C, que no evoluciona satisfactoriamente?

a) Suspender el tratamiento

b) Mantener la indicación

c) Incrementa la velocidad de administración

d) Asociar otras soluciones coloides

e) Administración suero de rehidratación oral a través de sondas.

17. ¿Luego de abordar una deshidratación severa con shock (superada), usted procede seguir el plan de hidratación?

- a) Plan A (hidratación oral)
- b) Plan B (hidratación oral con sales de hidratación oral)
- c) Plan B (hidratación Parenteral con solución fisiológicas)
- d) Plan C (sin shock)
- e) Plan C (con shock)

18. Según el tratamiento que se le administra a un paciente con deshidratación severa ¿Cuál considera usted que es la complicación más frecuente?

- a) Flebitis
- b) Infiltración de la vía
- c) Embolia Gaseosa
- d) Hematoma y punción arterial accidental
- e) Insuficiencia cardiaca, convulsión, edema agudo de pulmón y edema cerebral.

19. Bajo qué criterios clínicos usted indica terapia endovenosa:

- a) Paciente semicomatoso, ojos hundidos, lágrimas ausentes, distensión abdominal.
- b) Tolerancia de la vía oral, lengua seca, signo del pliegue positivo
- c) Signo del pliegue positivo, ojos hundidos
- d) Lengua húmeda, fontanela plana, extremidades calientes.
- e) Extremidades calientes, fontanela hundida, respiración normal.

A continuación, se presenta una serie de pregunta de cerradas, marque con una "X" la opción que considera correcta.

20. ¿Considera usted que sus conocimientos acerca de la fluidoterapia cumple con los lineamientos establecidos en los planes A,B,C?

SI ____ NO ____

21. ¿Considera usted que sus conocimientos básicos sobre los planes de hidratación se han visto modificados por la metodología de trabajo de la institución en la que actualmente desempeña su labor?

SI ____ NO ____

BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de Salud. Curso Sobre Habilidades de Supervisión Manejo del Paciente con Diarrea, Programa Salud Materno Infantil Control de las Enfermedades Diarreicas. Tercera Edición: Julio, 1991.
2. Hernández M. Felipe, Gutiérrez C. Claudia. Diarrea Aguda parte B libro 4 primera edición 1996 968-6116-05-2 isbn 968-6116-47- Academia Mexicana De Pediatría, Merck (pág. 21-23) línea pediátrica (acceso 20 de marzo 2009) disponible en el URL: www.drscope.com/privados/pac/pediatrica/pbl4/trata.html.
3. Felipe Mota-Hernández, MC, M en C, Claudia Gutiérrez-Camacho, Rosa Georgina Cabrales-Martínez, Sofía Villa-Contreras. Hidratación oral continua o a dosis fraccionadas en niños deshidratados por diarrea aguda. Salud Pública Mexicana 2002; 44:21-25. (acceso 01 de mayo de 2009) disponible en URL: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2_002/44%20N1/HIDRATA_CION%20%20RAL.pdf.
4. E. Trias i Folch Gastroenteritis aguda y deshidratación, Centro de Asistencia Primaria Sant Andreu de Barcelona-ciutat, *Pediatr Integral* 2003;VII(1):29-38. (acceso 24 de mayo de 2009) disponible en URL: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/image/_USER_/Gastroenteritis_aguda_deshidratacion\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/image/_USER_/Gastroenteritis_aguda_deshidratacion(1).pdf).
5. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Utilización de la rehidratación oral en urgencias. Encuesta nacional, *An Pediatr (Barc)* 2004; 60: 243 – 248, Lunes 1 Marzo 2004. 60 (03) p. 243 – 248 (acceso 27 de abril de 2009) disponible en URL: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/m_revista.resumen?pident=13058074.
6. Conde Arellys, Aldana Mirian, Barbella Sobeida, Castro Cruz. los cambios electrolíticos en niños desnutridos graves deshidratados tratados con una solución oral modificada, *Universidad de Carabobo. INSALUD.* 2005 68(4) : 158-163 (acceso 01 de mayo de 2009) disponible en URL: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=36056&id_seccion=1755&id_ejemplar=3726&id_revista=113
7. Birger Carl Forsberg, Max G Petzold, Göran Tomson, Peter Allebeck. Organización Mundial de la Salud. Manejo de los casos de diarrea en países de ingresos bajos y medios: un tema pendiente. (acceso 01 de mayo de 2009) disponible en URL: http://www.who.int/bulletin/vo_lunes/85/1/06-030866-ab/es/ind_ex.html
8. Francisco José Gil Sáenz, Diana Martínez Cirauqui, Inmaculada Nadal Lizabe. DESHIDRATACIÓN AGUDA Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. (acceso 16 de mayo de 2009) disponible en URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electrónico%20de%20tema%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Deshidratacion%20pediatria.pdf>.
9. Bisquerra, R. (1989). *Métodos de Investigación Educativa*. Ediciones CEAC. Barcelona-España.
10. Canales, F. (2002). *Metodología de la Investigación*. OPS y OMS. 18ª Edición. México. Noriega Editores.
11. Hernández, R; Fernández, C; Baptista P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. Tercera Edición. España.
12. Marco Antonio Acevedo. Iatrogenia y mala práctica. Departamento de Pediatría. Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (acceso 28 de julio de 2009) disponible en URL: <http://desastres.usac.edu.gt/apuntes/VOL-2-NUM1/IATROGENIA%20MALA%20PRACTICA.pdf>

13. Miguel del Toro Zamora, Juan Barrios. TERAPIA DE REHIDRATACIÓN EN LACTANTES CON DIARREA. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". La Habana Cuba. 6 (2). (acceso 16 de julio de 2009) disponible en URL: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol_6_2_00/hab030200.htm. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2000.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS).2007. Medicamentos esenciales para niños. 10 datos sobre los medicamentos en la infancia. (acceso 28 de julio de 2009) disponible en URL: <http://www.who.int/child/medicines/facts/es/index.html>.
15. Yvonne C. Atherly-John; Sandra J. Cunningham, Ellen F. Crain. A Randomized Trial of Oral vs Intravenous Rehydration in a Pediatric Emergency Department. Un ensayo aleatorizado de rehidratación oral versus intravenosa en un departamento de emergencia pediátrica. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002; 156:1240-1243. (acceso 28 de julio de 2009) disponible en URL: http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/156/12/1240?ijkey=a45bc961d08689b81707d247400e1747be81419d&keytype=tf_ipsecsha