

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN” HUANUCO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN
PEDIATRIA**



**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
INDIVIDUALIZADA EN MEJORA DEL CONOCIMIENTO
DE PADRES CON HIJOS MENORES DE 5 AÑOS CON
SONDA DE ALIMENTACIÓN, SERVICIO MEDICINA B DEL
INSN, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2014.**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN PEDIATRIA
TESISTAS:**

Lic. Enf. AYMARA TOLEDO, Susan Patricia

Lic. Enf. ESPINOZA CARRION, Erika Evelyn

Lic. Enf. HILASACA ZEA, Nora Hycela

ASESOR: Dra. Enit Villar Carbajal

**HUANUCO – PERU
2015**

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
INDIVIDUALIZADA EN MEJORA DEL CONOCIMIENTO DE PADRES
CON HIJOS MENORES DE 5 AÑOS CON SONDA DE
ALIMENTACIÓN, SERVICIO MEDICINA B DEL INSN, NOVIEMBRE -
DICIEMBRE 2014.**

DEDICATORIA.

Al por darme A Dios divino
creador por estar conmigo en
cada momento de mi vida y
darme la existencia y sabiduría
e inteligencia para hacer de
nosotras buen profesional

LAS AUTORAS

A nuestros padres por su dedicación,
su paciencia apoyarnos siempre a lo
largo de nuestra carrera profesional, y
enseñarnos a salir adelante pese a las
dificultades de la vida, les queremos
mucho

Susan Patricia, Erika y Nora

AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, templo del saber, cuyas paredes son testigos de nuestras superación
- A los docentes de la Facultad de enfermería, por habernos brindado sus conocimientos en bien de nuestra formación profesional.
- A nuestra asesora Dra. ENIT Villar Carbajal, por el apoyo incondicional en el asesoramiento del presente trabajo.
- A la dirección y a las colegas enfermeras del hospital quienes nos brindaron su apoyo incondicional para la realización de este presente estudio sin ello no hubiera sido posible la realización de esta tesis.

RESUMEN

La presente investigación de tipo cuantitativa, longitudinal, con pre y post test, ha logrado Evaluar la efectividad de una intervención educativa para lograr el mejoramiento del nivel de conocimientos del uso de las sondas de alimentación en los padres con hijos menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño.

La población muestral fue de **30** padres de familia de niños menores de 05 años, a quienes se les aplicó los instrumentos como un cuestionario (pre test y poste test). En el procesamiento de datos se utilizó Excel y SPSS, versión 17.0 y un estadígrafo inferencial. Como resultados se obtuvo el valor de $X^2 = 4.221$ con nivel de significancia **p – valor = 0.0029 < 0.05**; interpretándose que **si existe correlación significativa** entre el **nivel de conocimiento** del personal de Enfermería con **el manejo inicial de pacientes con TEC grave** de la institución en investigación; asimismo **rechazándose** la hipótesis nula y **aceptándose** la hipótesis alterna **Ha**.

Palabras Clave: intervención educativa, sonda alimentación.

ABSTRACT

This investigation quantitative, longitudinal, with pre and posttest, type has managed to assess the effectiveness of an educational intervention to achieve the improvement of the level of knowledge of the use of feeding tubes in parents with children under five treated in B Medicine Service of the National Institute of Child Health.

The sample population was 30 parents of children under 05 years who were administered a questionnaire instruments (pretest and posttest). Excel and SPSS, version 17.0 and inferential statistic was used in data processing. As a result the value of $X^2 = 4.221$ with significance level was obtained $p - \text{value} = 0.0029 < 0.05$; interpreted that if there is significant correlation between the level of knowledge of nursing staff with the initial management of patients with severe TBI research institution; also it is rejecting the null hypothesis and accepting the alternative hypothesis H_a .

Keywords: educational intervention, tube feeding.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRAC.....	vi
Índice general.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPITULO I.....	11
1. MARCO TEORICO.....	11
1.1. Antecedentes Internacionales.....	20
1.2. Antecedentes Nacionales.....	24
1.3. Antecedentes regionales.....	25
1.4. Bases teóricas.....	26
1.5. Objetivos de la investigación.....	50
1.6. Hipótesis de investigación.....	53
1.7. Variables.....	55
1.8. Definición Términos.....	56
CAPITULO II.....	57
2. MARCO METODOLOGICO.....	57

2.1. Ámbito de estudio.....	57
2.2. Población y Muestra.....	58
2.3. Tipo de Estudio.....	59
2.4. Diseño de investigación.....	60
2.5. Técnica e Instrumentos:.....	60
2.6. Procedimiento.....	62
2.7. Plan de tabulación y análisis de datos.....	63
 CAPITULO III	 64
3. RESULTADOS.....	65
3.1 Análisis Descriptivo.....	65
3.2 Análisis Inferencial - Contrastación y comprobación de hipótesis través de la estadística inferencial	86
3.3 Discusión.....	91
CONCLUSIONES.....	99
RECOMENDACIONES.....	103
BIBLIOGRAFIA.....	104
ANEXOS.....	118

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se denomina: Efectividad de una intervención educativa individualizada en mejora del conocimiento de padres con hijos menores de 5 años con sonda de alimentación, servicio medicina B del INSN, Noviembre - Diciembre 2014.

BARCELONA Barrera y et al. ⁽³⁾ (2007) indican que el mejor pediatra de un niño es su propia madre.

La nutrición artificial (NA) supone el conjunto de medidas destinadas a suministrar al organismo energía y nutrientes de forma alternativa o como complemento a la alimentación oral ordinaria, con el objetivo principal de recuperar y/o mantener el estado nutritivo del paciente ⁽⁹⁾. Sus modalidades principales son la nutrición enteral (NE), que consiste en el aporte de fórmulas de composición definida a la vía digestiva por vía oral o través de una sonda, y la nutrición parenteral (NP), que consiste en la provisión de nutrientes mediante su infusión en una vía venosa a través de catéteres específicos. Ambas técnicas nutricionales pueden usarse solas o combinadas.

La preferencia de la NE sobre la NP se basa en que es más fisiológica y con menos complicaciones, evita los efectos adversos del ayuno sobre la estructura y la función gastrointestinal¹¹, y permite el aporte de sustancias con

funciones específicas beneficiosas para la mucosa intestinal y, por extensión, para el individuo ^(22,23).

Todo proceso de intervención educativa tiene en su fundamentación unos principios que sirven de soporte para establecer el modelo de acción educativa. En líneas generales se señalan los siguientes: El tratamiento de la diversidad: Aprendizaje individualizado y personalizado.

El propósito del presente trabajo de investigación es brindar conocimiento científico y actualizado sobre las actitudes que debe considerar el personal de enfermería de la unidad y que le sirva de base para planificar las estrategias y mejorar o fortalecer el conocimiento del personal y cuidados de enfermería, mejorando la atención asistencial del paciente.

Para una mejor explicación el trabajo se dividió en capítulos siendo de la siguiente manera: En el Primer Capítulo el Marco Teórico donde se consigna antecedentes, bases teóricas, objetivos, hipótesis y variables. En el Segundo Capítulo se considera: ámbito de estudio, población tipo de estudio, diseño de investigación, técnicas e instrumento, procedimiento y plan de tabulación. En el Tercer Capítulo resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y los correspondientes anexos.

Los Autores

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO.

Con el Programa de Educación para el Paciente y la Familia se pretende iniciar en forma oportuna un proceso educativo estructurado y estandarizado, de participación multidisciplinaria, que esté acorde con las necesidades particulares del paciente, sus valores culturales, creencias religiosas, preferencias de aprendizaje, capacidades cognitivas y de comunicación. La finalidad es preparar a la familia para la atención de las necesidades básicas del paciente en el hogar y la prevención de complicaciones.

Existen diversas condiciones patológicas que imposibilitan la ingestión de los alimentos por periodos prolongados, durante la enfermedad o convalecencia y se hace necesario asegurar el aporte de los nutrientes y para lo cual es necesario el uso de sondas de alimentación, los que van a llevar alimentos en formulaciones líquidas especiales hacia el tracto gastrointestinal, y su requerimiento va ser de su uso prolongado por lo que va requerir la participación de personal capacitado para ser responsable y se dedique en forma permanente.

1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

En Cuba Maritza González Benítez 2013 en su Artículo sobre Estado del Conocimiento del Personal de Enfermería sobre

Temas de Nutrición Clínica dice: Se evaluó el estado corriente del conocimiento del personal de Enfermería sobre temas de Nutrición clínica y Terapia nutricional. Se aplicó un examen contentivo de 10 preguntas sobre temas de evaluación nutricional, alimentación, alimentación por sonda, nutrición enteral y nutrición parenteral a 201 enfermero(a)s que se desempeñan en 2 instituciones terciarias de salud de la ciudad de La Habana (Edad promedio: 34.5 ± 11.2 años; Mujeres: 78.1%; Licenciados en Enfermería: 52.2%; Entre 11 – 20 años de experiencia: 35.8%). Paralelamente, se condujo una auditoria de las historias clínicas de 100 pacientes seleccionados al azar de entre los hospitalizados en el momento del examen para comprobar la presencia de anotaciones relativas a la evaluación nutricional del enfermo, el estado del apetito y los ingresos alimentarios, el cuidado de los accesos dedicados a la administración de nutrientes, y el cumplimiento de los esquemas prescritos de terapia nutricional, como parte del “Proceso de Atención de Enfermería”. Los resultados del examen se distribuyeron como sigue: Bien: 8.5%; Regular: 24.9%; y Mal: 66.7%; respectivamente. Los resultados del examen de conocimientos fue independiente del perfil de salida del(la) enfermero(a) examinado, y los años de experiencia (datos no mostrados). Sólo el 28.0% de las historias auditadas fue calificada como “Satisfactoria”, al incluir anotaciones en cada uno de los ítems apuntados. El conocimiento del personal

de Enfermería sobre Nutrición clínica y Terapia nutricional es escaso. La práctica asistencial del (la) enfermero(a) no incluye la detección oportuna de la desnutrición y sus complicaciones.

NUEVA ZELANDA Hopia H y et al.⁽²⁾ (2005) Tener un hijo en el hospital es una fuente importante de estrés y ansiedad para toda la familia desde el punto de vista, las formas en que el personal de enfermería puede promover la salud de la familia durante la hospitalización del niño de la familia, por lo que realizaron entrevistas a 29 familias que tuvieron un hijo con una enfermedad crónica que estaban recibiendo o habían recibido tratamiento en las salas de pediatría de dos hospitales finlandeses. El método de análisis de los datos se basó en el método de la teoría fundamentada. Hallaron que cinco dominios se distinguen en la promoción de la salud familiar: 1.- El fortalecimiento de la paternidad, 2.- Cuidar el bienestar del niño, 3.- Compartir la carga emocional, 4.- El apoyo a todos los días de afrontamiento y 5.- La creación de una atención confidencial relación. Concluyen que sus resultados refuerzan la base de conocimientos de enfermería de familia, mostrando cómo el personal de enfermería puede promover la salud de la familia durante la hospitalización del niño. Los resultados pueden ser utilizados en los hospitales pediátricos que atienden a niños con enfermedades crónicas y sus familias.

BARCELONA Barrera y et al. ⁽³⁾ (2007) indican que el mejor pediatra de un niño es su propia madre, sin embargo, es excluida cuando su hijo se hospitaliza. Desde 1925, inicialmente en Europa y luego en otros continentes, se han hecho esfuerzos para que la madre pueda acompañar a su hijo hospitalizado. Se ha observado efectos beneficiosos en la calidad de la atención médica, mantención del rol afectivo y estado nutricional, disminución de la infección nosocomial, mejoría de la reacción de duelo y menor costo por hospitalización y, aunque se han presentado dificultades, éstas son menores y solucionables, relacionadas con trastornos de la dinámica familiar, angustia y ansiedad materna, alteraciones de convivencia y comunicación. Realizaron un estudio descriptivo para revisar el desarrollo de la participación familiar en la hospitalización infantil en el Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario San Borja Arriarán de Santiago de Chile. Reportan que pudieron identificar aquellos aspectos que constituyen fortalezas y los que se proyectan como obstáculo a esta modalidad de atención, desde incorporar a la madre acompañando a su hijo hasta la integración de su actividad en el equipo de salud, participando en los cuidados de su hijo hospitalizado, con claros beneficios para el niño, su familia y el complejo Hospitalario. Reconocen que la integración de la madre y la familia en la atención médica del niño hospitalizado y ambulatorio, se traduce en claros y concretos beneficios, optimizando la calidad de vida del niño y

su familia con un menor costo en la atención médica. Concluyen que para que esta ventajosa modalidad de atención funcione adecuadamente, se requiere de intervención en la madre trabajadora cuyo ingreso económico es un aporte significativo al grupo familiar, apoyo psicológico a la familia en hospitalizaciones prolongadas, modificaciones estructurales en futuros establecimientos y adecuación del modelo de atención del Equipo de salud tal que favorezca la integración de la madre en forma más permanente.

Martín ⁽⁴⁾ (2008), indica que muchas políticas de salud pública dirigidas a la prevención consisten en campañas informativas. Estas campañas parten de la idea de que la información es la clave para cambiar las prácticas de la población: provistos de la información necesaria, los sujetos cambiarían sus hábitos de vida para que fueran más saludables. Sin embargo, múltiples estudios han impugnado esta creencia: así, existe una gran distancia entre lo que se conoce sobre nutrición y las prácticas de alimentación cotidianas. Analizaron esta dinámica general en el caso de las madres de clases populares a partir de los resultados de una investigación cualitativa realizada en Andalucía sobre prácticas y discursos en torno a la alimentación. Aquí también encontraron una gran distancia entre lo que se conoce sobre nutrición y las prácticas de alimentación cotidianas. En el artículo se analizan las razones

de esta discordancia, así como las dinámicas que llevan a continuas distorsiones y reinterpretaciones de los mensajes difundidos por las autoridades sanitarias. A partir de estos análisis se proponen algunas recomendaciones de cara a la política de salud pública: en vez de campañas informativas generales, serían más eficaces acciones más localizadas o que incidieran en las condiciones materiales de vida.

Gallegos y et al.⁽⁵⁾ (2010), señalan que los neonatos prematuros constituyen una población vulnerable que con los avances biotecnológicos sobreviven desde edades gestacionales muy tempranas sometiéndose a largos internamientos que implican la separación del niño y su familia, lo que ha dado lugar a aplicación de programas con participación de los padres en la Unidad Neonatal, al constatar ventajas en evolución clínica, desarrollo, vínculo y apego padres-hijo favorables, padres competentes en su cuidado y reducción de días de hospitalización del prematuro. Por lo que realizaron un estudio descriptivo mediante una encuesta en 9 hospitales de la ciudad de San Luis Potosí, México, para comprender el ámbito asistencial en el que participan los padres y para caracterizar la participación de los padres en el cuidado del hijo prematuro. Sus hallazgos fueron que existe acceso con permiso y participación parcial de la madre sin un programa definido, con horarios estrictos, proporciona algunos cuidados

de alimentación e higiene capacitada por enfermería. Al padre se le permite solamente visitas de observación. En todos los hospitales, los cuidados que la madre realiza al hijo son de alimentación, principalmente lactancia materna, dependiendo del peso y estado de salud del hijo; sin embargo, esa participación no es permitida cuando aún no aparecen los reflejos de succión y deglución, y cuando no sean horarios de lactancia, el bebé esté más grave o cuando no está de pre alta. Participan con lactancia exclusiva en los 2 Hospitales Amigos del Niño y de la Madre. En conclusión, señalan que la visita a las terapias neonatales depende de varios factores: producción de leche materna, situación clínica del recién nacido y tratamiento del prematuro. Se recomienda favorecer la participación de ambos padres mediante la implantación de una filosofía y programa institucional, que incluya la capacitación del equipo de salud así como el entrenamiento grupal e individual de los padres para el egreso hospitalario.

Castilla y León ⁽⁶⁾ (2012). El comité de ética asistencial del área de Salud de Castilla y León reporta un caso en el que se brindó alimentación por sonda nasogástrica a una niña de tres años rechazada por sus padres por retraso evolutivo secundario a encefalopatía malformativa severa con fenotipo sindrómico y microcefalia severa con alteración estructural, presenta tetraparesia espástica severa y movimientos espontáneos y

asimétricos. Su dependencia fue valorada como grado 3 nivel 2; una discapacidad del 93% y una movilidad grado A. El deterioro neurológico es tan grave que le impide realizar cualquier actividad por sí misma y relacionarse con el entorno, su nivel cognitivo es cómo el de una niña de un mes. Recibe tratamiento por crisis convulsivas, cuya frecuencia aproximada es de una vez al mes; y se ha detectado déficit auditivo y visual y una displasia de caderas con luxación a la manipulación. La niña presenta un trastorno de la deglución y una desnutrición severa; además de una historia de procesos respiratorios reiterados que motivaron su hospitalización en varias ocasiones. Se derivó a otro hospital para realizar una video fluoroscopia, evidenciándose paso de contenido alimenticio a la vía aérea, e indicándose en dicho hospital y en la consulta a la que acude de modo habitual la colocación de una sonda nasogástrica, o la realización de una gastrostomía para alimentación habitual, lo que fue rechazado por los padres. En dicho informe se señala como posibilidad a valorar la asociación de una cirugía anti-reflujo. Con la colocación de la SNG o de la PEG se espera disminuir significativamente el número de ingresos por cuadros respiratorios y mejoría de su estado nutricional. Los argumentos que esgrime la madre para su negativa son expresados mediante frases como: “no quiero que mi hija esté conectada a una máquina”, “no quiero verla como una muñeca”, “no estoy preparada para verla así”, o “mi hija no es un conejillo de

indias". El padre parece más favorable a la colocación de una SNG, pero ante la negativa de su esposa, reafirma la posición de la misma. A la colocación de la PEG se niega porque nadie le da una seguridad al 100% de que su hija no fallezca durante la intervención. El problema ético consultado fue resumido como: dado el importante daño neurológico que presenta la paciente, ¿se debe respetar la decisión de los padres de rechazar la alimentación artificial para su hija, bien sea utilizando una SNG o colocando una PEG?. Los valores que entraron en conflicto en el problema ético fueron: La búsqueda de la mejor atención del paciente, mejorando la nutrición y esperando una disminución de las infecciones respiratorias. Uno de los problemas que se planteó en la discusión del caso en el comité fue la consideración de la alimentación artificial como tratamiento o como cuidado. La literatura anglosajona tiende a considerarlo tratamiento, mientras que en la cultura mediterránea se considera un cuidado. Los cuidados deben administrarse de forma obligatoria a todos los sujetos, mientras que en los tratamientos debe valorarse su indicación o contraindicación, la relación riesgo- beneficio, la utilidad del mismo, y además son susceptibles de ser rechazados por el paciente o por sus familiares.

Programa de Educación al Paciente y la Familia en la Fundación Valle del Lili.⁽⁷⁾ bajo el enfoque de responsabilidad

social, considera que todo el personal de la salud de la Institución tiene un compromiso educativo con el paciente, de tal forma que le permita la continuidad del tratamiento una vez sea dado de alta.

Como parte de la política de Seguridad de la Institución, este Programa pretende mantener una estructura que facilite el proceso de aprendizaje y le permita al paciente y/o su cuidador, adquirir los conocimientos y destrezas para la toma de decisiones acertadas y seguras durante el cuidado.

El Programa pretende influir en forma positiva, facilitando un conocimiento y entrenamiento que le permita al paciente y su familia:

- Apoyar los procesos de atención al paciente durante su hospitalización y cuando sea dado de alta.
- Atender las necesidades básicas del paciente en el hogar.
- Prevenir complicaciones durante la estancia y posteriormente en el hogar.
- Dar continuidad al tratamiento ambulatorio.
- Medir la adherencia al tratamiento prescrito.
- Apoyar al paciente en el proceso de adaptación al medio ambiente y a su vida familiar.

El Programa de Educación al paciente y la familia de la Fundación Valle del Lili busca contribuir con la disminución de

las complicaciones y reingreso del paciente a la institución, generadas por el desconocimiento de su enfermedad, los inadecuados cuidados en el hogar o descuido en el tratamiento.

En COLOMBIA. Rosa Margarita Prato Hernández el 2006⁽⁸⁾ en su trabajo sobre participación de la Familia dice: A pesar de que la enfermera se ha caracterizado por ser educadora, sus responsabilidades clínicas y administrativas le han impedido hacer en forma integral y continua.

La creación de un programa educativo para la familia del paciente busca primordialmente:

- La preparación de la familia para la atención del paciente en sus necesidades básicas que facilite su manejo en casa.
- Facilitar la adaptación del paciente en su medio ambiente con la participación de la familia.
- La creación de mecanismos ágiles para facilitar el egreso o traslado del paciente de la clínica.
- Estancias más cortas para disminuir el riesgo de infecciones.
- El decremento de los costos de estancia del paciente en la clínica.

En ESPAÑA. FJ .Luque-Mellado et al, el 2008⁽⁹⁾ en su artículo sobre Control y Seguimiento de la Nutrición Artificial Domiciliaria

dice: La atención domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter sociosanitario y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona con la finalidad de detectar, valorar y dar soporte y seguimiento a los problemas de salud de la persona y de la familia, potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida. La atención del paciente en su domicilio está en continuo crecimiento por todas las ventajas que comporta, no tan sólo para el paciente y la familia (menor posibilidad de presentar complicaciones relacionadas con la estancia hospitalaria como infecciones nosocomiales y posibilidad de estar en un entorno familiar y/o social más confortable), sino también para el sistema sanitario (mayor disponibilidad de camas hospitalarias, así como menor coste de los tratamientos). Dentro de esta atención domiciliaria uno de los tratamientos que está adquiriendo cada vez más relevancia es la nutrición artificial (NA)^(10,11)

. La nutrición artificial domiciliaria (NAD), de la misma manera que otros tratamientos administrados fuera del ámbito hospitalario, requiere para su éxito una rigurosa selección de los pacientes y una buena planificación estratégica (intervención, monitorización y seguimiento), así como la coordinación y colaboración entre el hospital y la Atención Primaria (AP), ya que, en definitiva, de esta relación dependerá la correcta atención a los pacientes⁽¹²⁻¹³⁾.

Es decir, nos encontramos con una situación en la que la AP no tiene las competencias legales para prescribir este tratamiento, pero su personal sanitario (médicos y enfermeras) sí que tiene la capacidad, desde el punto de vista profesional, para asumir plenamente el seguimiento de estos pacientes (de hecho, en una gran parte de las áreas sanitarias hay protocolos de manejo multidisciplinar para la alimentación enteral).

Pacientes que, por otra parte, presentan complicaciones o simplemente dudas derivadas del tratamiento nutricional que realizan y que motivan frecuentes demandas. La escasa habituación de los profesionales de AP respecto a esta técnica y el alejamiento del hospital al domicilio del paciente son factores que dificultan una correcta atención a los mismos, y, como consecuencia, frecuentemente se producen visitas en los servicios de Urgencia de los hospitales o en las consultas de AP, que con una formación y coordinación adecuada serían evitables.

INDICACIONES DE LA NUTRICIÓN ARTIFICIAL

Se incluirá en el programa NED a todo aquel paciente que, teniendo una función gastrointestinal suficiente, es incapaz de conseguir por vía oral los alimentos necesarios para cubrir sus requerimientos nutritivos.

La mayoría de indicaciones son por trastornos de la deglución (de origen neurológico y neoplásico) y por alteraciones gastrointestinales (congénitas o no) ^(14,15). En la serie de nuestro país (2002) el 38,6% de los pacientes eran enfermos neurológicos y el 34,8% neoplásicos. La distribución por edades es bimodal, con un pico en la primera década de la vida y otro (más grande) en la década de los 70 años.

Las indicaciones comportan todas aquellas patologías y procedimientos que ocasionan un fallo intestinal. En el último registro de nuestro país (2002) el diagnóstico más prevalente fue la isquemia mesentérica (30,6%), seguida de las neoplasias (13,9%) y las enteritis post-irradiación (12,5%) ^(16,17).

En ESPAÑA. Mercé Planas Vilá, et al, el 2008,⁽¹⁸⁾ en su trabajo sobre Guía de Nutrición Enteral Domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud, dice: La alimentación es imprescindible para mantener la vida y la salud en el organismo humano. Los trastornos de la deglución, tránsito, digestión, absorción o metabolismo pueden originar desnutrición, situación en la que el organismo es incapaz de mantener las funciones vitales, pierde capacidad de defensa frente a agresiones como la infección, se alteran los mecanismos de cicatrización y reposición de tejidos lesionados y presenta menor tolerancia y respuesta a tratamientos coadyuvantes. Cuando se dan estas circunstancias y no es posible utilizar alimentos de consumo ordinario, ni en su

forma natural ni adecuadamente preparados o manipulados, la nutrición artificial tiene como finalidad cubrir las necesidades del organismo, aportando los nutrientes precisos de forma cuantitativa y cualitativa. Las dos modalidades de nutrición artificial son la enteral (aporte de nutrientes por vía digestiva) y la parenteral (aporte de nutrientes por vía venosa). La nutrición enteral está indicada en pacientes que son incapaces de ingerir cantidades adecuadas de nutrientes y tienen un tracto gastrointestinal con suficiente capacidad funcional. Su indicación es preferible a la de la nutrición parenteral, por ser más fisiológica, favorecer la repleción nutricional, tener menos complicaciones y ser éstas menos graves. La nutrición enteral se ha convertido en un procedimiento útil para el tratamiento de muchos pacientes, reduciendo su morbilidad y mortalidad. A esto ha contribuido el mayor conocimiento de la nutrición y el avance tecnológico que permite, en su caso, una administración efectiva y segura de las fórmulas diseñadas para tal fin. En los casos en que el paciente está hospitalizado y la enfermedad de base se ha estabilizado, no es deseable que permanezca ingresado sólo para recibir el tratamiento nutricional. La NED permite al paciente permanecer en su entorno sociofamiliar, con similares garantías de seguridad y eficacia, siempre que se programe adecuadamente el tratamiento y seguimiento del paciente. Todo ello sería aplicable también al paciente que se encuentra en su domicilio, a cargo de una unidad de

hospitalización domiciliaria o de un equipo de soporte de atención domiciliaria.

Objetivos: Mediante esta Guía se pretende:

- ♣ Unificar criterios y conceptos sobre indicación, tratamiento y seguimiento de los pacientes que reciben NED.

- ♣ Contribuir al éxito de los tratamientos de NED: cuidadosa selección de pacientes, adecuación de las fórmulas y las pautas de administración a las características de cada paciente y un entrenamiento eficaz desde el mismo momento de la indicación.

El Tratamiento: Antes de instaurar un tratamiento de nutrición enteral, se valorará la posibilidad de utilizar alimentos de consumo ordinario (naturales, preparados o manipulados). En caso de que no fuera posible, se optará por fórmulas enterales. Los principales motivos por los que un paciente no puede utilizar alimentos de consumo ordinario son:

- ♣ Su ingesta, pese a llevar a cabo manipulaciones dietéticas, no cubre el 50% de los requerimientos nutricionales.

- ♣ Requiere el empleo de sondas enterales de pequeño calibre.

- ♣ El método de administración que ha de utilizar es el goteo por gravedad o la bomba de infusión.

♣ Se precisa un volumen de líquido excesivamente elevado para proporcionar una ingesta adecuada con alimentos de consumo ordinario. Una vez que el paciente ha sido incluido en un programa de NED, el plan terapéutico debe ajustarse al modo de vida del paciente en su domicilio, siempre condicionado por la enfermedad de base, las patologías asociadas y los tratamientos a que está sometido. La causa de inclusión de un paciente en un programa de NED debe ser sanitaria. Los pacientes con problemática social (paliar dificultades económicas, suplir el apoyo familiar, etc.), deberán vehicularse a las estructuras sociales.

En Brasil. Palucci Marziale et al, 2001,⁽¹⁹⁾ en su trabajo de investigación, Administración de Nutrición a Través de Sonda Nasogástrica. La nutrición enteral es una alternativa nutricional con beneficios tanto fisiológicos como económicos en la cual los nutrientes se administran directamente en el tracto gastrointestinal proporcionando el soporte nutricional adecuado a los pacientes que tienen el proceso de digestión y absorción normales, pero por algún motivo no cumplen sus necesidades nutricionales por vía oral.

Dentro de los motivos por los cuales el paciente necesita la nutrición enteral, encontramos: evento cerebral vascular, coma, esclerosis múltiple, trauma, pacientes en quimioterapia o radioterapia, pacientes hipermetabólicos, transición de nutrición

parenteral a oral, pacientes en ventilación mecánica, cáncer gástrico y esofágico, cirugía maxilofacial, enfermedad inflamatoria del esófago y del intestino corto, preparación pre quirúrgica, quemaduras, anorexia, caquexia cardíaca, disminución de la evacuación gástrica y cirugía gastrointestinal.

La nutrición enteral ha sido asociado con complicaciones gastrointestinales, mecánicas, pulmonares, metabólicos y psicológicos. Las complicaciones gastrointestinales incluyen diarreas que pueden tener como causas la terapia con medicamentos, la mal nutrición e hipoalbuminemia, el tipo de fórmula, la contaminación bacteriana de la formula, la infusión rápida de la dieta, la intolerancia a la lactosa, exceso de grasa, solución hiperosmolar, tracto gastrointestinal no disfuncional, vaciamiento gástrico inadecuado y distensión abdominal causados por disfunción del tracto gastrointestinal, tipo de fórmula, - reflujo gastroesofágico causados especialmente por sondas de gran calibre, mayor de 12Fr. Las complicaciones mecánicas que están asociados con problemas de la sonda incluyendo obstrucción de la sonda. Salida o migración accidental de la sonda – que tiene como causa la alteración del peristaltismo, paciente hiperactivo, erosión nasal, necrosis o absceso del septo nasal. Sinusitis aguda, ronquera, otitis esofágica, fistula traqueoesofagica.

Hacen parte de las complicaciones pulmonares la aspiración pulmonar, hidrotórax, neumotórax, hemorragia pulmonar empiema. Dentro de las complicaciones metabólicas, encontramos la deshidratación, la diarrea, la hiperglicemia, infección y disfunción renal. Las complicaciones psicológicas son derivadas de la falta de estímulo al paladar, la presentación poca atractiva y rutinaria de los alimentos y la baja autoestima, lo que puede producir ansiedad y depresión.

Varias complicaciones están asociadas con el calibre de la sonda nasogástrica (SNG), por ejemplo las sondas de gran calibre pueden provocar faringitis, otitis, erosión traqueoesofagica, excoriación de la nariz y sinusitis entre otros. Buscando reducir o prevenir estas complicaciones, se colocaron a disposición sondas de pequeño calibre flexibles y blandas, las cuales son de inserción difícil y migración fácil. Las complicaciones derivadas del uso de la SNG pueden ser evitadas si existe un equipo de enfermería bien preparado para el cuidado del paciente, pues estos son los responsables desde la elección de cuál será la sonda que se va insertar, hasta la prestación el cuidado frente a las reacciones presentadas por el paciente. Así el enfermero debe proceder según datos de la literatura: verificar la posición de la sonda mediante auscultación, evaluar el estado neurológico del paciente. Verificar la tolerancia de la dieta midiendo el contenido gástrico. Lavar la sonda con agua después de la dieta y medicamentos

con el fin de evitar obstrucción de la sonda. Mantener al paciente en decúbito elevado, de 30 o 45° disminuye el riesgo de aspiración en caso de ocurrir regurgitación y vómito. Monitorizar el peso, edema, deshidratación, frecuencia de evacuaciones y glicemia.

1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.

María Luisa de la Rica Escuín et al.⁽²⁰⁾ en su trabajo dice: La ingestión deficiente de alimentos es frecuente en las personas con demencia y puede ocurrir en los primeros estadios de la enfermedad, incluso antes de que se haya realizado un diagnóstico; la aparición de trastornos de la deglución constituye un claro marcador de la fase grave de la demencia y es entonces cuando se toma la decisión de intervenir mediante la alimentación artificial mediante una sonda enteral.

Durante muchos años la alimentación e hidratación mediante sonda nasogástrica (SNG) se ha considerado el tratamiento de elección. Algunas revisiones anteriores al 2000⁽²¹⁾, ponen en entredicho parte de los objetivos que justificaban la indicación de colocar una sonda en enfermos con demencia avanzada: no impide las neumonías por aspiración ni las consecuencias de la desnutrición, no mejora la supervivencia ni impide ni corrige las úlceras por presión, no reduce el riesgo de otras infecciones, no

mejora el estado funcional del enfermo ni tampoco su bienestar. Dichos estudios consideran que la alimentación oral del enfermo con demencia, aun en pequeñas cantidades, es suficiente, más cómoda y sus resultados no son peores que con la alimentación por sonda.

No debemos olvidar que la alimentación tiene un valor social profundo. De hecho se le concede un papel trascendental en la recuperación de la enfermedad en nuestra sociedad. Desde otro punto de vista, algunos autores sostienen que la nutrición y la alimentación artificial son formas de tratamiento médico y que por dicho motivo, deben estar sujetas a los mismos criterios de análisis de cargas y beneficios que el resto de los tratamientos para su indicación¹. También hay que tener en cuenta que la colocación de una sonda de gastrostomía (PEG), se realiza a través de un procedimiento quirúrgico invasivo con riesgo significativo de eventos adversos postoperatorios.

El debate no está resuelto y solamente el análisis objetivo de las cargas y beneficios junto a los deseos del enfermo manifestados previamente o tratando de averiguar qué es lo que desearía si nos lo pudiera decir, así como la opinión de la familia, podrán ayudarnos a tomar la decisión. A pesar de estas cuestiones y de los muchos documentos de trabajo que cuestionan la utilidad de la alimentación enteral en la demencia avanzada, ésta sigue siendo una intervención frecuente y es

muy posible que, con el aumento esperado de las personas con demencia avanzada, la alimentación enteral se torne cada vez más común.

Por ello nos propusimos realizar una revisión sistemática de la literatura que diera respuestas a las siguientes preguntas según la evidencia disponible. ¿La alimentación por sonda PEG en pacientes con demencia avanzada previene las aspiraciones? ¿Previene la desnutrición y sus consecuencias? ¿Se aumenta la supervivencia? ¿Cumplen estos pacientes criterios de terminalidad? ¿Son subsidiarios de cuidados paliativos?

1.3 ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron.

1.4 BASES TEÓRICAS

Nutrición enteral y parenteral en pediatría

La nutrición artificial (NA) supone el conjunto de medidas destinadas a suministrar al organismo energía y nutrientes de forma alternativa o como complemento a la alimentación oral ordinaria, con el objetivo principal de recuperar y/o mantener el estado nutricional del paciente ⁽⁹⁾. Sus modalidades principales son la nutrición enteral (NE), que consiste en el aporte de fórmulas de composición definida a la vía digestiva por vía oral o través de una sonda, y la nutrición parenteral (NP), que

consiste en la provisión de nutrientes mediante su infusión en una vía venosa a través de catéteres específicos. Ambas técnicas nutricionales pueden usarse solas o combinadas.

La preferencia de la NE sobre la NP se basa en que es más fisiológica y con menos complicaciones, evita los efectos adversos del ayuno sobre la estructura y la función gastrointestinal¹¹, y permite el aporte de sustancias con funciones específicas beneficiosas para la mucosa intestinal y, por extensión, para el individuo ^(22,23).

INDICACIONES Y SELECCIÓN DEL PACIENTE.

Son candidatos a recibir soporte nutricional los pacientes pediátricos con desnutrición establecida o con riesgo de desarrollarla. Se aconseja recurrir a la NA en las siguientes circunstancias: desnutrición caloricoproteínica primaria grave; trastornos mantenidos de uno o varios de los mecanismos que intervienen en el proceso de la nutrición: ingesta insuficiente o imposibilitada, limitación importante de las funciones de la digestión y/o absorción, alteraciones metabólicas, incremento de las pérdidas, aumento del gasto energético.

La repercusión en el estado nutricional, valorado mediante medidas antropométricas, condiciona la intervención nutricional. Se indicará NE siempre que la vía digestiva pueda utilizarse total o parcialmente en las situaciones en las que la utilización

de la vía digestiva sea imposible o insuficiente se indicará nutrición parenteral.

Método de infusión

La administración enteral puede realizarse de forma continua durante todo el día. Ocasiona poco residuo gástrico y condiciona una absorción más eficiente. Está indicada en nutrición pos pilórica, en pacientes con absorción reducida como en el intestino corto, o en síndromes de hipoabsorción, y en pacientes con alto riesgo de aspiración o que no toleran la alimentación intermitente y en situaciones con alto gasto energético, pues desde el punto de vista calórico es más eficiente. El ritmo de infusión es de 1 a 2 ml/kg/h hasta llegar a infundir 6 ml/kg/h en lactantes; de 1 ml/kg/h hasta llegar a infundir 4-5 ml/kg/h en niños entre 1 y 6 años, y en los mayores de 7 años comenzar por 25 ml/h hasta llegar a infundir 75-100 ml/h.

La NE puede administrarse también de forma intermitente y consiste en administrar volúmenes de fórmula de manera periódica. Entre otras ventajas permite la mayor movilidad del paciente y la estimulación de la alimentación oral al producir alternativamente períodos de hambre y saciedad. Puede administrarse con jeringa o con bomba, por medio de bolos (4 a 8 al día) durante 15 a 45 min. Está indicada en alimentación gástrica siempre que sea bien tolerada, en pacientes no críticos

y sin riesgo de aspiración. Hablamos de nutrición enteral cíclica cuando nos referimos a la infusión continua pero por un período corto (8 a 12 h), habitualmente administrada por la noche, mientras el paciente duerme. La enfermedad inflamatoria intestinal y la fibrosis quística son 2 ejemplos donde puede indicarse este tipo de nutrición. En su aplicación nocturna, hay que tener la precaución de que la cabeza esté elevada para prevenir el reflujo gastroesofágico. Para la administración de la NE se necesitarán equipos de goteo, jeringas y bombas de infusión ⁽²⁴⁾.

Selección de la fórmula

En la selección de la fórmula hay que considerar la edad, los requerimientos nutricionales, la enfermedad de base y la función gastrointestinal ^(25,26). Las fórmulas poliméricas están destinadas a nutrir a pacientes con intestino funcionalmente normal o casi normal. Los recién nacidos a término con función gastrointestinal normal pueden recibir leche materna o fórmula infantil; para los recién nacidos pretérmino se disponen de fórmulas específicas. A partir del año de edad, pueden emplearse las denominadas fórmulas poliméricas, ya que contienen las proteínas íntegras y no suelen tener lactosa ni gluten. Las pediátricas pueden emplearse hasta la edad de 6 a 10 años, y a partir de entonces continuar con las fórmulas poliméricas del adulto. Las infantiles se caracterizan además

por ser isotónicas y tener una baja carga renal de solutos. Las presentes en el mercado español se recogen en la tabla 4 y aportan entre 1 y 1,5 kcal/ml. Las fórmulas oligoméricas (semielementales) son aquellas cuya fuente nitrogenada está constituida por péptidos de bajo peso molecular (< 5.000 daltons). Son los denominados hidrolizados y se obtienen por tratamiento térmico e hidrólisis enzimática de proteínas de leche (suero, caseína o ambos) o de soja. Cuando en la fórmula, además de la hidrólisis proteínica, se modifican los restantes macronutrientes, se denominan semielementales. El aporte de hidratos de carbono se realiza mediante polisacáridos (dextrinomaltosa), y parte de las grasas se sustituye por triglicéridos de cadena media (MCT). Las fórmulas monoméricas (elementales) están indicadas en pacientes con función gastrointestinal muy afectada. Se han denominado también "dietas definidas químicamente", ya que sus componentes fundamentales son sustancias químicamente puras que no requieren esfuerzo de digestión ni de absorción en la zona gástrica, biliar, pancreática e intestinal. El nitrógeno se aporta como L-aminoácidos, los hidratos de carbono, como polímeros de glucosa, y contienen moderada cantidad de grasas (MCT y ácidos grasos esenciales). En la tabla 6 se exponen las fórmulas elementales disponibles para niños. No existen fórmulas específicas de enfermedad ni sistema-específicas diseñadas para el niño, por lo que su uso se limitará

a pacientes mayores de 7 años o como suplemento en niños más pequeños. Se dispone también de nutrientes modulares en forma de hidratos de carbono, proteínas y grasas que pueden añadirse a las fórmulas de modo separado para incrementar el correspondiente nutriente.

Nutrición enteral domiciliaria

La nutrición enteral domiciliaria (NED) está indicada cuando no es necesario el ingreso hospitalario por razones distintas de la provisión del soporte nutricional. Su objetivo principal es contribuir a resolver, controlar o reducir la enfermedad de base, y acortar la estancia hospitalaria, para permitir una incorporación del paciente a su medio familiar y social que mejore su calidad de vida. Los requisitos para considerar a un enfermo candidato a NED son: incapacidad del paciente para cubrir sus necesidades nutricionales con alimentación oral y la existencia de un ambiente socio familiar favorable que pueda y quiera hacerse cargo de su cuidado. Para llevar a cabo este tratamiento es necesario un equipo de soporte nutricional que realice una selección cuidadosa de los pacientes y establezca unos objetivos individualizados ^(27.28).

Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile Rodríguez Campo, V.A, 2012 et al.⁽²⁹⁾ Las teorías buscan

describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos de tal manera, de adquirir conocimientos para perfeccionar las prácticas. Es así, que las teorías han permitido a enfermería mejorar su capacidad, profesional y disciplinar, a través del conocimiento, pues los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayor probabilidad de éxito^(30;31). Las teorías estimulan el razonamiento que se aplican a suposiciones y determinan los objetivos de la práctica, la educación y la investigación. Son las teorías quienes permiten la generación del conocimiento (lo único que puede explicar el mundo de enfermería), y de esta manera avanzar en la conformación de un cuerpo propio de conocimientos disciplinares. Los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución ⁽³²⁾. El conocimiento abstracto es el que permite que los hallazgos científicos derivados de investigación se desarrollen en teorías que, guiadas por un soporte filosófico, puedan sustentar la práctica. Se puede asegurar que la teoría es uno de los componentes de la estructura del conocimiento que nos permite dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica⁽³³⁾. Las enfermeras ya no pueden resumir las experiencias en salud de las personas en base a diagnósticos médicos. Los modelos conceptuales y las teorías existen para lanzar desafíos a la práctica. El conocimiento adquirido a través

de la teoría estimula el pensamiento creativo, guía la enseñanza y la investigación⁽³⁴⁾

Enfermería como disciplina, está compuesta por varios componentes entre los que destacan, perspectiva, dominio, definiciones y conceptos existentes y aceptados por la enfermería y patrones de conocimientos de la disciplina⁽³⁵⁾ por lo que depende de la existencia y generación de un conocimiento teórico que sustente todas las áreas. La aplicación de un Modelo Conceptual o Teoría de Enfermería en la atención, garantiza que todas las enfermeras compartan igual concepción del metaparadigma e igual lenguaje en la orientación de los cuidados⁽³⁶⁾. De mayor a menor nivel de abstracción los modelos y teorías de enfermería se estructuran desde lo más filosófico a lo más explicativo en metaparadigmas, filosofías, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías y teorías de rango medio.

Kristen Swanson plantea en el año 1991 la "Teoría de los Cuidados", la autora concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería⁽³⁷⁾. Los conocimientos se

refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados, el segundo las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero a las condiciones: enfermera, cliente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, el cuarto a las acciones de los cuidados dados y por último hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional⁽¹³⁾. La teoría apoya la reivindicación de que los cuidados son un fenómeno central de enfermería, pero no es necesariamente la práctica de enfermería ⁽³⁸⁾ Sanabria menciona que los cuidados de enfermería no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y en la explicación científica.⁽³⁹⁾

Teoría de los cuidados y gestión del cuidado en enfermería

En muchas ocasiones, "en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado como un quehacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte" ⁽⁴⁰⁾. En Chile, autoras determinaron que aún en las escuelas de

enfermería de ciertas universidades se mantiene el modelo biomédico en experiencias hospitalarias, por lo que se hace menor el rol del ejercicio autónomo de enfermería como gestor del cuidado ⁽⁴¹⁾. En virtud de su contexto histórico, la enfermería tiene su cuerpo de conocimientos relativamente nuevo y en plena construcción, el cual ha desarrollado a través de las investigaciones. Cada trabajo producido avala la construcción y consolidación de su corpus teórico ⁽⁴²⁾ añadiendo nuevas modalidades de cuidar, aportando mejoras para la calidad de la atención, enseñanza e investigación con el consecuente mejoramiento de la profesión y avanzar en la construcción del conocimiento en enfermería.

La Enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no lo reconozca como tal. La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería ⁽⁴³⁾. Muchas teoristas han fundamentado el quehacer de enfermería en el cuidado, como Dorotea Orem y su teoría de déficit de Autocuidado ⁽⁴⁴⁾, Jean Watson y su teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado Transpersonal ⁽⁴⁵⁾, Madeleine Leininger y su teoría Cuidados

Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad ⁽²²⁾ y Kristen Swanson que nos propone la Teoría de los Cuidados.

Smith y Durán de Villalobos in Campos ⁽⁴⁶⁾, postulan que "el foco central del saber y hacer de la enfermería, es el cuidado, no existe otra profesión que esté tan comprometida con el proceso de cuidar, las acciones de cuidado, y con una relación interpersonal de cuidado". El cuidado es su concepto nuclear, define e identifica la disciplina, da cuenta del compromiso social de la profesión y acota el área de responsabilidad. Es por ello la importancia de una formación sistemática, rigurosa y especializada en los ámbitos del saber, hacer y ser que asegure a la población un cuidado de la más alta calidad en donde los nuevos profesionales enfermeras/os, que asuman la responsabilidad del cuidado como bien profesional que enriquezca a la disciplina, es por ello la importancia de quienes son los encargados de enseñar este proceso de cuidar. En Chile son las Universidades, públicas y privadas quienes otorgan la preparación de los futuros profesionales de enfermería, en su actividad formadora y de investigación, incorpora contenidos éticos propios para cada profesión, de forma que el futuro profesional, además de lograr ser un experto en su materia, se encuentra en condiciones de actuar con base a criterios éticos. La formación universitaria no se reduce a incrementar el conocimiento especializado sino que incorpora

aprendizajes que permitan el desarrollo ético de la persona, tanto en su dimensión individual como social ⁽⁴⁶⁾.

BASES CONCEPTUALES

Dugas, B. Wilter ⁽⁴⁷⁾ (2000), en su Tratado de enfermería práctica expone:

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

Una parte importante de la enfermería es ayudar al paciente o familiares a aprender lo que necesita saber o aprender a hacer, para promover su bienestar de manera óptima.

INCORPORACION DE LA ENSEÑANZA EN LA ATENCION DE ENFERMERIA APLICACIÓN DEL APRENDIZAJE DE LA ENFERMERA.- La importancia que se da hoy en día a los derechos de los pacientes en los sistemas de atención de la salud, ha determinado que los consumidores exijan que los profesionales compartan con ellos sus conocimientos y habilidades. Quienes acuden a estos servicios desean recibir la información necesaria y que se les enseñen las técnicas indispensables para cuidar su salud hasta donde les sea posible. La falta de enseñanza adecuada a los pacientes por parte del profesional puede considerarse, de hecho, como negligencia.

Las enfermeras cumplen una función clave en la educación sanitaria. La gente las considera como conocedoras de los problemas de salud; respeta su opinión y busca su consejo en relación con lo que le preocupa. Al presente, ellas tal vez

habrán comprobado que amistades y familiares, así como otras personas, comienzan a hacerles preguntas sobre problemas de salud, incluso al iniciar su carrera de enfermería. Un comentario que se oirá con frecuencia es: "usted ha de saber, porque es enfermera". No es de esperar que sea factible enseñar a todas las personas todo lo que desean o necesitan saber sobre su salud al inicio de la carrera, y ni siquiera después de titularse. Aun así, es posible que la enfermera les ayude a aprender lo que desean saber.

Todo individuo, cualquiera que sea su estado de salud, tiene necesidad de aprender cuestiones relativas a problemas de salud. Las personas activas con buena salud quizá necesiten aprender más sobre nutrición para controlar su peso, o deseen iniciar un programa regular de ejercicio para mejorar su bienestar físico. La mayoría de los individuos desea saber cómo proteger su salud.

Los padres suelen estar particularmente ansiosos por aprender las medidas que pueden llevar a cabo para proteger a sus niños de trastornos a los que son particularmente vulnerables, y las necesidades para promover su crecimiento y desarrollo óptimos. La mayoría de quienes han enfermado aprendieron las necesidades relativas a su nueva situación. Por lo general desean saber sobre pruebas y exámenes, el proceso de su enfermedad y si han estado hospitalizados, respecto de su ambiente.

Algunas personas quieren aprender la forma de planear el futuro, recuperar su salud o afrontar las agresiones físicas, psicológicas y sociológicas.

Las enfermeras y otro personal de salud nunca deben olvidar la meta final de devolver al individuo enfermo un papel funcional y activo en la sociedad, hasta donde les sea posible. Es necesario ayudar a los individuos y sus familiares desde el inicio de una enfermedad, y durante toda su evolución, a que lleven a cabo actividades que les ayuden a lograr el nivel más elevado posible de bienestar. Por ejemplo, la persona que ha padecido una apoplejía debe ser estimulada para que conserve su funcionamiento vesical e intestinal independiente, y tener la oportunidad de realizado, si es necesario, a fin de que recupere lo antes posible su independencia en este aspecto, si la ha perdido temporalmente durante un periodo de inconsciencia.

Con gran frecuencia, las enfermeras aceptan la incontinencia como una consecuencia inevitable de la enfermedad, en particular en personas mayores; no obstante, no debe pensarse así. La rehabilitación es un proceso de enseñanza que no ha de posponerse hasta que haya pasado un acceso de enfermedad aguda.

Los pacientes con enfermedades terminales y sus familiares también tienen necesidad de aprender. Por ejemplo, quizá deban conocer las medidas para controlar el dolor.

Tal vez sea necesario modificar su estilo de vida para ajustarlo a la persona enferma. Si el paciente permanece en casa, quizá se necesite pasar a una habitación del piso bajo, cerca de un cuarto de baño y una cocina, para facilitar su atención. Es posible que la familia tenga que aprender algunas técnicas de enfermería en casa, como bañar a una persona en cama o asearla estando el paciente acostado.

La ayuda para que un individuo adquiera nuevas habilidades o recuerde las que ha olvidado debe ser parte fundamental del cuidado de todos los pacientes.

Para que cumpla con sus responsabilidades de enseñanza, la enfermera debe tener algunos conocimientos sobre el proceso de aprendizaje, ser capaz de identificar a la persona que necesita aprender y poder seleccionar los métodos y técnicas adecuados para facilitar el proceso de aprendizaje. También debe estar capacitada para valorar la eficacia del aprendizaje logrado.

EL PROCESO DE APRENDIZAJE

El aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte.

Durante toda la vida, el individuo aprende constantemente a medida que obtiene información, desarrolla habilidades y las aplica al ajustarse a las nuevas situaciones de su vida. El aprendizaje se lleva a cabo en dos formas básicas: informal, a través de las actividades ordinarias de la vida, o formal mediante

una serie de experiencias de aprendizaje determinadas que se orientan hacia el logro de metas específicas.

Las personas aprenden bastante sobre la salud y la enfermedad a través de medios informales. Por ejemplo, en el ambiente familiar, los padres suelen enseñar a los niños medidas básicas de higiene, como lavarse las manos antes de cada comida y utilizar una toalla de papel para sonarse la nariz.

También aprenden medidas para proteger su salud, como: "no salgas de la casa sin ponerte el suéter Qersey) o te puede dar catarro", o bien, "ponte las botas de hule (caucho), pues si te mojas los pies vas a pescar un resfrío". La atención durante una enfermedad también forma parte de las experiencias de aprendizaje de los niños en casa.

Guardan cama cuando tienen fiebre. Los padres cuentan con algunos remedios para el resfrío y se los transmiten al niño a través de métodos de enseñanza informales. En casa también se aprenden las costumbres alimentarias. La enseñanza a la familia puede complementarse a través de pláticas informales de profesionales sanitarios, como el médico de la familia o una enfermera que vive en el barrio. Otros medios, como la lectura en la prensa de artículos sobre problemas de la salud o las columnas relacionadas con la salud escritas por médicos expertos, que son importantes en muchas revistas y periódicos populares, también contribuyen al aprendizaje informal sobre los

problemas de salud. De igual forma, en la radio y la televisión se aprende bastante sobre salud y enfermedad.

Las personas que están enfermas y necesitan la ayuda de profesionales suelen aprender mucho de manera informal sobre esos problemas y de cómo cuidarse, a partir de su experiencia de estar enfermos. Sin embargo, un cúmulo importante de pruebas indica que las necesidades de aprendizaje de muchos pacientes no se satisfacen a través de conductos informales.

Una de las quejas más frecuentes de los enfermos es que no reciben información suficiente.

No obstante, se ha demostrado que cuanto mejor informado esté el paciente sobre su estado, tanto más eficaz será su tratamiento. Se ha comprobado bien el valor de la enseñanza como contribución para la recuperación y rehabilitación de la persona enferma; asimismo, que las instrucciones preoperatorias adecuadas ayudan a prevenir muchas molestias en el posoperatorio, como el dolor y el vómito, y son un factor que contribuye a la recuperación temprana de la cirugía. Para citar dos ejemplos, los buenos programas de enseñanza de diabéticos y cardíacos se aceptan como aspectos importantes de la atención de enfermos con estos problemas de salud. Otros ejemplos de personas cuya única responsabilidad es enseñar a los pacientes sobre su enfermedad son el grupo de enseñanza de diabéticos y la "enfermera de ostomías".

Muchas organizaciones ambulatorias emplean una enfermera de tiempo completo para preparar y llevar a efecto programas de enseñanza para los pacientes. Por ejemplo, un grupo de salud materna puede incluir en su personal a una enfermera cuyas responsabilidades abarquen la enseñanza prenatal y clases posparto, el control de peso (que puede incluir un programa de ejercicio) y ayuda para enfermas con otros tipos de problemas de salud específicos.

La "enfermera de ostomías" enseña a los pacientes con operaciones de tipo colostomía e ileostomía cómo cuidarse solos. Una colostomía es una abertura artificial (estoma) en el intestino grueso que se lleva hasta la superficie del abdomen con el fin de evacuarlo. Una ileostomía es una abertura similar en el intestino delgado.

Cómo ocurre el aprendizaje

El aprendizaje origina cambios en el proceso de pensamiento y las acciones o actitudes de quien aprende. Las pruebas de estos cambios pueden observarse, en su mayor parte, en la conducta del alumno. Por ejemplo, si el maestro de anatomía y fisiología le indica a la enfermera que aprenda los nombres y funciones de los nervios craneales, puede valorar si los aprendió pidiéndole que los mencione y explique sus funciones. La maestra de fundamentos de enfermería puede observar cómo hace la cama una enfermera y juzgar el grado de aprendizaje logrado para considerar que domina ya esta

técnica. Se han desarrollado escalas de actitud para valorar el grado de cambios que se ha llevado a cabo en las opiniones o sentimientos de una persona como resultado de una experiencia de aprendizaje. Por ejemplo, puede utilizarse una escala a fin de estimar los cambios en la actitud de la enfermera hacia su trabajo con ancianos una vez que ha tenido experiencia en una unidad para atención continua o en un asilo. Sin embargo, el proceso interno de aprendizaje, lo que hay realmente en el interior de quien aprende, no se presta en sí a la observación directa; no es posible penetrar en la mente de una persona y ver lo que ahí ocurre en realidad. Quizá se esté más cerca de comprender el fenómeno del aprendizaje de habilidades motoras (el área psicomotora del aprendizaje) a través de la investigación de la fisiología de la actividad muscular. Por ejemplo, se sabe que los movimientos complejos, como los que se aprendieron en el desarrollo de una técnica, implican establecer un conjunto de conexiones en las vías neurales, que determinan la acción muscular. Aún hay gran ignorancia sobre lo que ocurre en realidad al obtener conocimientos (el área cognoscitiva del aprendizaje) y adquirir actividades (las áreas afectivas).

Diversos educadores postularon en el siglo XIX, teorías para explicar el fenómeno del aprendizaje.

La mayor parte se basaron en estudios en que se midió la facilidad con que ocurrió (¿cuánto se aprendió? ¿Cuánto

tardó?) y el grado de retención (¿cuánto se retuvo? ¿por cuánto tiempo?), así como en observaciones de los cambios en los patrones del pensamiento de los niños, a medida que se desarrollan. A partir de estas teorías ha surgido un grupo de principios en forma de hechos generalmente aceptados sobre el proceso de aprendizaje.

Varios son de extrema importancia para la enseñanza del paciente. (La enfermera descubrirá que también se aplican a la suya propia.)

1. El aprendizaje es más eficaz cuando responde a una necesidad reconocida de quien aprende; es decir, cuando la persona tiene una motivación. Es sorprendente cuánto se aprende la tarde anterior a un examen cuando se sabe qué se va a necesitar de material al día siguiente. Y no hay mayor estímulo para el aprendizaje que tener que enseñar a alguien más. Por ejemplo, si se ha pedido a la enfermera que tome parte en un programa de enseñanza para diabéticos tal vez tendrá que ahondar sobre el tema en todos los libros y revistas que pueda encontrar

1. La enseñanza es más eficaz cuando responde a una necesidad que siente quien aprende.

2. Para que el aprendizaje se realice es esencial la participación activa de quien aprende.

3. Gran parte del aprendizaje se logra a través del mecanismo de asociación.

4. El aprendizaje se facilita cuando esta conducta se ve recompensada.
 5. El aprendizaje es más fácil cuando se comprenden los conceptos que fundamentan el tema que se enseña.
 6. El aprendizaje es más sencillo cuando el material por aprender puede verse como parte de un todo.
 7. El aprendizaje se facilita si el material por aprender se relaciona con lo que ya se sabe.
 8. Es mucho más fácil aprender cuando lo aprendido va a ser importante.
 9. El aprendizaje se retiene más tiempo si se usa de inmediato.
- La. Lo aprendido debe reforzarse para que se retenga en la biblioteca, para aprender cuanto sea posible antes de la sesión de enseñanza. El paciente también debe sentir una necesidad real de aprender para que su aprendizaje sea óptimo. La nueva madre que está por salir del hospital para irse a casa con su primer niño suele estar impaciente por aprender todo lo que pueda sobre la atención para el bebé, antes de salir del hospital. Es muy probable que ella misma tenga que alimentarlo, cambiarlo, bañarlo, ponerlo cómodo y tranquilizarlo cuando llegue a su casa. Por otra parte, es posible que alguna persona con una colostomía se resista a aprender a cuidarse. Los cambios de apósito de una colostomía no son un procedimiento agradable, pues hay olores desagradables, y en tanto la enfermera cambie el apósito, el paciente tal vez considere la

abertura en su intestino como algo separado de él. Afronta la realidad cuando él mismo se coloca el apósito y quizá desee posponerlo un tiempo. (Por supuesto, algunas personas se sentirán molestas de que la enfermera lo haga y estarán ansiosas por hacerlo ellas mismas.)

Para que el aprendizaje se lleve a cabo es esencial la participación activa de quien aprende. El aprendizaje se realiza en quien aprende y debe participar activamente en el proceso. Por sí mismo, el solo hecho de indicar al paciente lo que debe hacer o llevarle un grupo de instrucciones escritas, no asegura que las seguirá. Recurrir a discusiones en que el paciente tenga participación activa, la solución de problemas por parte del enfermo y una práctica real de los procedimientos y manejo del equipo resultan mucho más eficaces que "decirle" directamente qué actividad corre a cargo de la enfermera casi en su totalidad. A este respecto, es útil emplear cuantos sentidos sean aplicables en la enseñanza; es decir, oído, vista, gusto, tacto y olfato.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la efectividad de una intervención educativa para lograr el mejoramiento del nivel de conocimientos del uso de las sondas de alimentación en los padres con hijos menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Determinar el nivel de conocimientos en el uso de sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años **antes** de la intervención educativa.
- b. Determinar el nivel de conocimientos en el uso de sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años **después** de la intervención educativa.
- c. Comparar el nivel de conocimientos en el uso de sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años **antes y después** de la intervención educativa.

1.6 HIPOTESIS

1.6.1 General

Ha: Si la intervención educativa individualizada **es efectiva** entonces se incrementará el nivel de conocimientos sobre el uso de las sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Ho: Si la intervención educativa individualizada **no es efectiva** entonces se incrementará el nivel de conocimientos sobre el uso de las sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño.

1.7 VARIABLES:

1.7.1 Variable Independiente

Intervención Educativa sobre alimentación con sonda.

1.8.2 Variable Dependiente

Conocimientos de los padres sobre la alimentación con sonda.

1.8.3 Variables de caracterización

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Grado Académico máximo
- Condición Laboral
- Ingreso promedio familiar mensual.
- Número de miembros en la familia del paciente

1.8.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE: Conocimientos de los padres sobre la alimentación con sonda	ACCESIBILIDAD	Calidad técnica del cuidado	Alto Medio Bajo	Ordinal
	EXPLICA Y FACILITA	Brinda información	Alto Medio Bajo	Ordinal
	CONFORTA	Cuidados en comodidad y confort	Alto Medio Bajo	Ordinal
	SE ANTICIPA	Planeamiento de lo que paciente requerirá	Alto Medio Bajo	Ordinal
	MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA	Acciones para desarrollar confianza	Alto Medio Bajo	Ordinal
	MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	Actividades para garantizar calidad del cuidado	Alto Medio Bajo	Ordinal
VARIABLE INDEPENDIENTE Intervención Educativa de Enfermería sobre alimentación con sonda	RELACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y USUARIOS	- Información. - Comunicación. - Trato cordial y amable. - Respeto.	Alto Medio Bajo	Ordinal
	CONFORT : COMODIDAD QUE PRESENTAN LOS USUARIOS	- Alimentación. - Limpieza e higiene. - Privacidad. - Descanso. - Ambiente ventilado. - Eliminación. - Seguridad.		
VARIABLES DE CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA DEL FAMILIAR:				
Edad		En años		De razón
Sexo		Mujer Varón		De razón
Estado Civil		Casado(a) /Conviviente Soltero (a) Separado/ Divorciado Otros		De razón

Grado de relación familiar	Padre/Madre Tío (a) Hermano (a) Primo(a) Otros	De razón
Grado académico alcanzado	Primaria Secundaria Superior	De razón
Condición Laboral	Trabajador independiente Trabajador dependiente Desempleado (a)	De razón
Ingreso económico promedio familiar mensual	a. 450 a 900 () b. 901 a 1300 () c. 1301 a 1600 () d. 1601 a 2000 () e. 2001 a 3000 () f. 3001 a 4000 () g. > a 4001 ()	De razón
Número de miembros en la familia del paciente	a. 1 a 2 () b. 3 a 4 () c. > a 5 ()	De razón

1.8 DEFINICION DE TERMINOS

Intervención Educativa ⁽⁴⁸⁾ En el ámbito educativo, la evaluación trata de identificar inicialmente y de comprobar, finalmente, el grado de las capacidades que los sujetos pueden desarrollar sobre unos contenidos concretos. Por este motivo, la evaluación debe ser adaptada mediante ejecuciones concretas. A partir de ahí, se ajusta la programación, la cual debe estar estructurada en torno a objetivos de aprendizaje, con un diseño de capacidades

sobre contenidos, con el fin de poder hacerla flexible y adaptable en cada momento.

Sonda de alimentación.

La sonda nasogástrica es un dispositivo de nutrición enteral que consiste en un tubo de plástico (polivinilo, silicona o poliuretano) flexible, que se introduce a través de la nariz y permite llevar el alimento directamente al estómago. ⁽⁴⁹⁾.

Indicaciones. En nutriciones enterales de duración relativamente limitada, siempre por indicación clínica. La realización del sondaje la realiza el médico o enfermera a cargo del paciente.

El mantenimiento de la sonda y su uso diario es realizado por la familia o entorno del paciente en domicilio. ⁽⁴⁹⁾

Nutrición enteral

Consiste en administrar los diferentes elementos nutritivos a través de una sonda, colocada de tal forma que un extremo queda en el exterior y el otro en distintos tramos del tubo digestivo como el estómago, duodeno o yeyuno, suprimiendo las etapas bucal y esofágica de la digestión. Este tipo de soporte nutricional está indicado cuando no es posible una adecuada alimentación oral voluntaria, siempre que la capacidad del aparato digestivo permita absorber los nutrientes. Por tanto, el requisito imprescindible para que

el paciente reciba dicha alimentación, es que éste tenga un aparato digestivo con una mínima capacidad motora y funcional. ⁽⁵⁰⁾

Indicaciones de la nutrición enteral. La nutrición enteral consiste en la administración de nutrientes por vía digestiva, tanto a través de sondas nasointestinales, catéteres de ostomías o vía oral, cuando la cantidad a administrar sea superior a 1000 kcal o 40 g de proteínas diarias ⁽⁵⁰⁾

Tipos de sonda de alimentación enteral

Existen distintos tipos de sonda según el material o la composición química, la longitud, el grosor y otras propiedades.

Conocimiento sobre el uso de las sondas de alimentación: El conocimiento suele entenderse como los conceptos e ideas que poseen los padres de los niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño respecto al tipo, usos, procedimientos para colocación y limpieza, así como complicaciones de las sondas de alimentación enteral, la cual se estará midiendo mediante una evaluación de entrada y salida.

CAPITULO II

2. MARCO METODOLOGICO

2.1 AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizara servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño. Es un centro hospitalario especializado y de complejidad que brindan atención a niños y adolescentes derivados de otros hospitales nacionales y regionales del país.

Se encuentra ubicado en la Av. Brasil N° 600- Distrito de Breña, Provincia y Departamento de Lima, Perú.

.

2.2 POBLACION Y MUESTRA

2.2.1 Población

La población estuvo constituida por todos los padres de los niños menores de cinco años hospitalizados en el Servicio de Medicina B del INSN, que tenían sonda de alimentación.

La población está conformada por 30 padres de pacientes pediátricos del servicio de medicina B, durante el periodo del mes de Noviembre a Diciembre del 2014.

2.2.2 Muestra:

Unidad de Análisis: Cada padre de familia.

Unidad de Muestreo: Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Marco Muestral: Está conformada por un padrón nominal de padres de familia de niños menores de cinco años hospitalizados en el Servicio de Medicina B del INSN.

Tamaño Población Muestral:

Debido a que la población es pequeña se trabajó con el 100% de la población, teniendo una muestra poblacional de **30** padres de familia de niños menores de cinco años hospitalizados en el Servicio de Medicina B del INSN.

Tipo de Muestreo: La selección de la muestra se hizo mediante el muestreo no probabilístico y por conveniencia y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

Criterios de selección de la población.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Padres de familia de niños menores de cinco años con sonda de alimentación que serán hospitalizados en el Servicio de Medicina B del INSN durante los meses de noviembre a diciembre del 2014.
- Padres de los niños menores de cinco años con sonda de alimentación que aceptarán participar en el estudio de forma voluntaria y que firmarán el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio:

- Padres de familia que tengan alguna dificultad para responder el instrumento del estudio como analfabetos o con discapacidad visual severa.
- Padres de familia que no acepten participar del estudio.

2.3 TIPO DE ESTUDIO DE INVESTIGACION:

Estudio de tipo cuantitativo, longitudinal, con pre y post test, con intervalo de aplicación, que se realizará en el Hall del Servicio de Medicina B.

Es aplicativo porque permitirá realizar el estudio del fenómeno en una realidad concreta; cuantitativo porque de alguna manera se asignara puntajes para poder medir la variable dependiente (conocimiento), se hará uso de la estadística y de instrumentos válidos y confiables. Es Cuasi experimental porque se manipulará una variable independiente que será introducida en un solo grupo de estudio obteniendo información antes y después de la aplicación de la Intervención Educativa. Es de corte longitudinal porque el tiempo fue importante para medir los efectos en la variable dependiente en un antes y un después; y por otro lado prospectivo porque se recogieron datos en el presente con un seguimiento hacia el futuro observando modificaciones en las variables de estudio.

2.4 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño es cuasi-experimental (un solo grupo de estudio) prospectivo. Estos diseños implican la manipulación de una variable independiente, es decir, la introducción de un tratamiento experimental.

Se diagrama de la siguiente manera:

$$M = O1 \times O2$$



Dónde:

M: Población Muestral 30 padres

O1: Representa el pre test tomado a los padres sobre la alimentación con sonda.

X: Intervención Educativa.

O2: Representa el pos test tomado a los padres sobre la alimentación con sonda.

2.5 TECNICAS E INSTRUMENTO

2.5.1. Técnicas

Las técnicas a utilizarse fue:

- Encuesta

2.5.2. Instrumentos

Asimismo, los instrumentos fueron:

a. CUESTIONARIO SOBRE LA ALIMENTACIÓN CON SONDA (Anexo 01): PRE TEST UTILIZADO ANTES DE SESION EDUCATIVA.

Consta en la primera parte: Datos socioeconómicos del padre de familia. En la segunda parte **20** enunciados o ítems los cuales son de respuesta única; que evalúan el nivel de conocimiento de los padres:

Nivel de Conocimiento Alto: (16 – 20 puntos).

Nivel de Conocimiento Medio: (10 – 15 puntos).

Nivel de Conocimiento Bajo: (07 – 10 puntos).

Tiempo planificado aproximado para responder el cuestionario es de 20 minutos.

b. CUESTIONARIO SOBRE LA ALIMENTACIÓN CON SONDA (Anexo 03): POST TEST UTILIZADO DESPUES DE SESION EDUCATIVA.

Consta de **20** enunciados o ítems, los cuales son de respuesta única; que evalúan el nivel de conocimiento de los padres:

Nivel de Conocimiento Alto: (16 – 20 puntos).

Nivel de Conocimiento Medio: (10 – 15 puntos).

Nivel de Conocimiento Bajo: (07 – 10 puntos).

Tiempo planificado aproximado para responder el cuestionario es de 20 minutos.

2.5.3. Validez y confiabilidad

Se tuvo en cuenta la validez de contenido por el juicio de expertos y la medición de la confiabilidad y fue mediante el alfa de Cronbach.

2.6 PROCEDIMIENTO

1. Se obtuvo el permiso por la Dirección del INSN.
2. Se coordinó con la enfermera Jefa del Servicio de Medicina B del INSN para la autorización de la realización de la intervención educativa personalizada dentro del área del servicio.
3. Se realizó el reconocimiento del área de estudio. Se detallará como se va a realizar la recolección de información, de acuerdo a los instrumentos diseñados para tal fin; para lo cual tendrán que firmar una hoja de Consentimiento Informado que nos permitirá aplicar el cuestionario diseñado que mide la variable conocimiento y afrontamiento frente a la enfermedad lo cual será aplicado por las investigadoras.
4. Se identificó a los niños menores de cinco años con sonda de alimentación hospitalizados durante el periodo del estudio en el servicio y se identificará a sus padres.

5. Se ubicó a los padres de familia y se brindará la información de los objetivos, beneficios de la investigación y los procedimientos a seguir en la intervención educativa personalizada.

6.- Se obtuvo el consentimiento informado de los familiares que acepten participar en el estudio.

7. Se aplicó el instrumento del estudio antes de realizar la intervención educativa personalizada para obtener el nivel de conocimientos con que están ingresando los padres de familia de los niños menores de cinco años con sonda de alimentación.

8. Se desarrolló la intervención educativa personalizada de acuerdo a la sesión educativa individualizada para padres de niños menores de 5 años con sonda de alimentación (**Anexo 02**).

Primera semana: Se aplicó el pretest que tuvo una duración de 45 minutos.

Segunda Semana: En Sesión Única, se brindó información sobre los conceptos de alimentación enteral, tipos de sondas de alimentación, colocación, limpieza de las sondas de alimentación, cuidados de la piel, fijación de las sondas y complicaciones. Esta información se complementará con una demostración de la enfermera y réplica del familiar en un simulador, medidas de bioseguridad, preparación de las

fórmulas alimenticias y manejo de las complicaciones asociadas a las sondas de alimentación.

Para el logro del aprendizaje sobre los usos de las sondas de alimentación se tuvo preparado material audio-visual (diapositivas, rotafolios, papelógrafos), material educativo (trípticos) y un simulador, 02 sondas nasogástricas, 02 sondas, lubricante, guantes, esparadrapo, un vaso con agua con cañita, dos jeringas 20 cm, estetoscopio, una batea, una toalla o sabanilla, tapones para la sonda y/o bolsa colectora adaptable a la sonda elegida.

9. Se aplicó nuevamente el mismo cuestionario dos días después de culminar las sesiones educativas para evaluar el nivel de conocimientos posterior a la intervención educativa.

10. Luego de recolectado los datos se realizó el respectivo análisis de la información recogida y elaboración del informe.

2.7 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

En el análisis descriptivo de los datos se utilizó estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis y para el procesamiento de la información se utilizó el software SPSS y Microsoft Excel. El análisis de los datos obtenidos se realizó de manera descriptivo inferencial utilizando tablas de frecuencias, gráficos de barras. Además se hizo uso de la estadística inferencial,

utilizando las pruebas para diferencia de medias intragrupo, como la T de Student pareado, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

CAPITULO III

3. RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

3.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

3.1.1 CARACTERISTICAS SOCIECONOMICAS DEL PADRE DE FAMILIA

Tabla 01. Edad en años de los padres de familia con hijos menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Edad del Padre de Familia	Frecuencia	%
18 a 29	8	27%
30 a 39	14	47%
40 a 49	6	20%
50 a mas	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

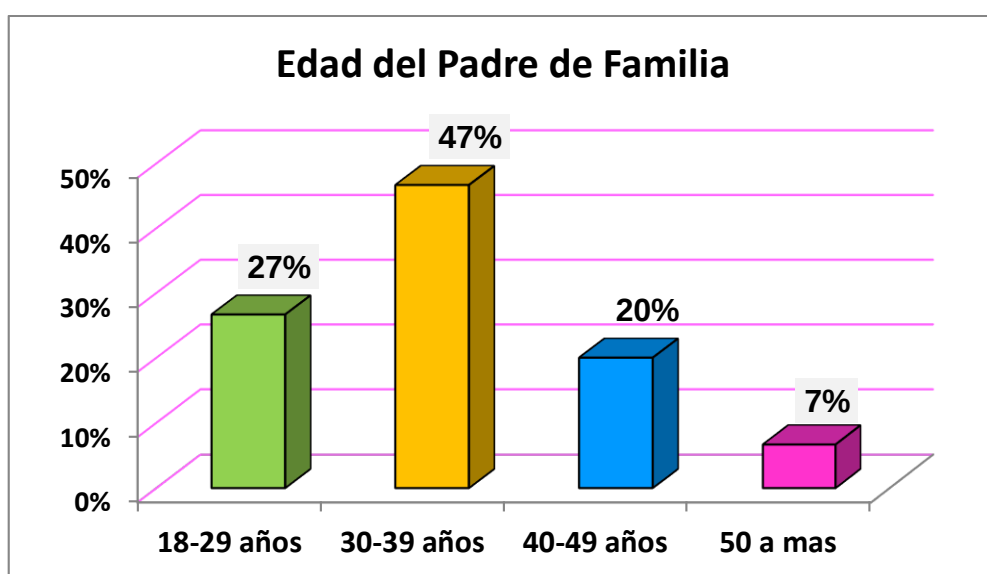


Figura 01. Edad en porcentaje de los padres de familia con hijos menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

En cuanto a la **edad** de los padres de familia, se encontró que el **47%** (**14** padres) tienen edades entre 30 a 39 años, el **27%** (**08** padres), entre 18 a 29 años, el **20,0%** (**06** padres) entre 40 a 49 años y **7%** (2 padres) con 50 o más años.

Tabla 02. Sexo de la persona que asume como Padre de familia, con menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de

Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Sexo de la persona que asume como Padre de familia	Frecuencia	%
Femenino	9	30%
Masculino	21	70%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

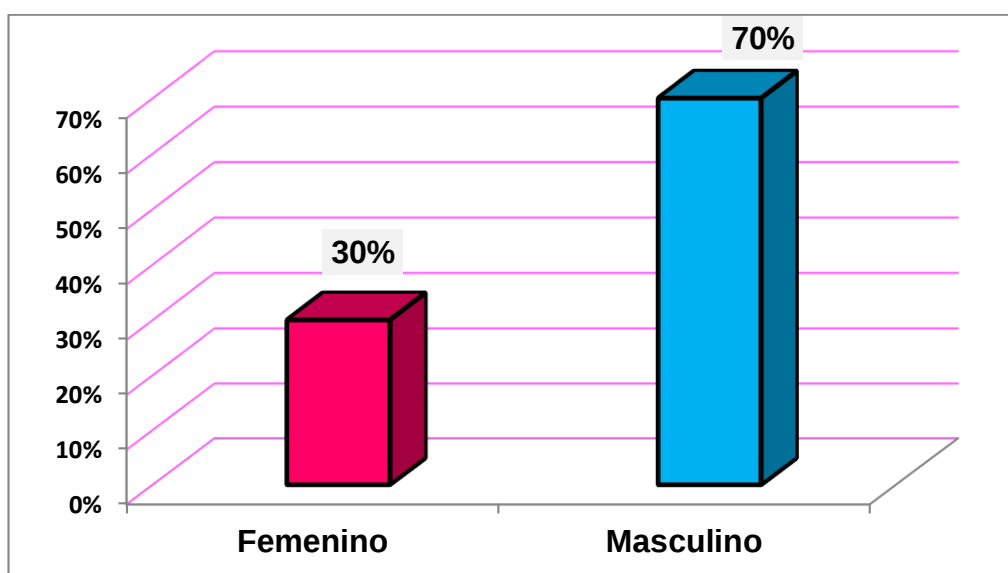


Figura 02. Sexo de la persona que asume como Padre de familia, con menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014

Respecto al **sexo** de las personas que asumen el rol de padres de familia, se encontró que el **70 % (21 padres)** son de sexo masculino y el **30 % (9 padres)**, son de sexo femenino.

Tabla 03. Estado Civil de los padres de familia, con hijos menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Estado Civil	Frecuencia	%
---------------------	-------------------	----------

Soltero(a)	8	27%
Casado(a)	18	60%
Separado(a)/Divorciado(a)	3	10%
Otro	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

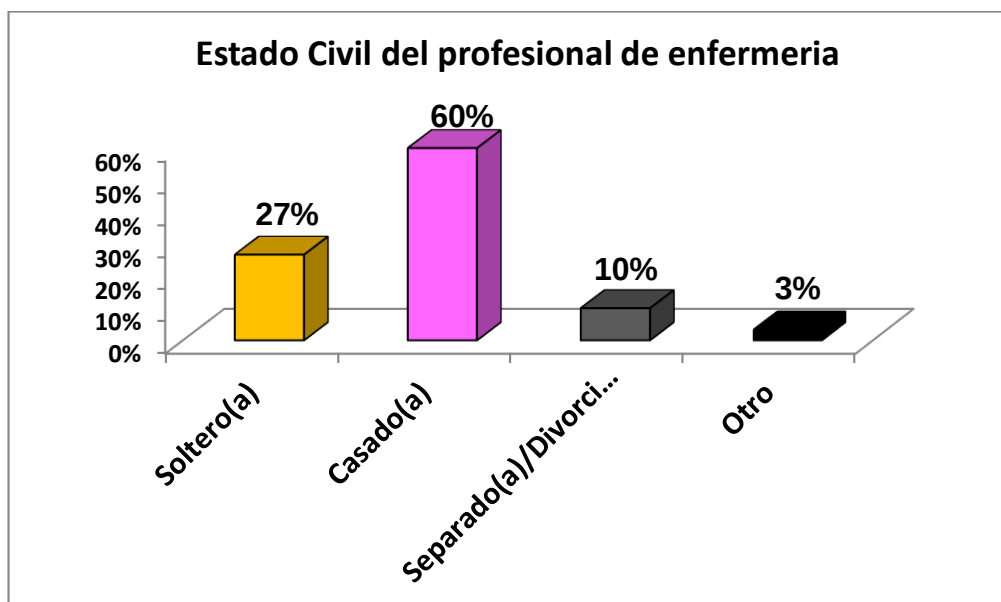


Figura 03. Estado Civil Género de los padres de familia, con hijos menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Respecto al **estado civil** de los padres de familia, se encontró que el **60 % (18 padres)** son casados, el **27 % (8 padres)** son solteros, el **10 % (3 padres)** son separados/divorciados y el **3% (1 padre)** es viudo.

Tabla 04. Grado familiar con los pacientes menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Grado familiar con el paciente	Frecuencia	%
Padre/Madre	20	67%
Tío	4	13%
Hermano	5	17%
Primo	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

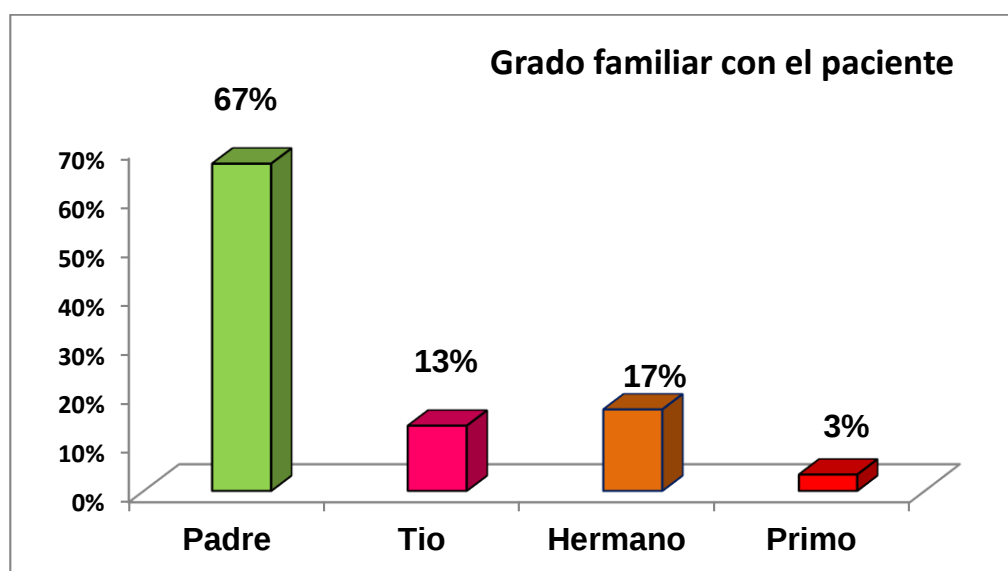


Figura 04. Grado familiar con los pacientes menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Respecto al grado familiar de los padres con los pacientes menores de 5 años, se encontró que el **67 % (20)** son padre o madre, el **17% (5)** son hermanos, el **13% (4)** son tíos y el **3% (1)** es primo.

Tabla 05. Grado de instrucción del padre de familia de paciente pacientes menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Grado de Instrucción	Frecuencia	%
Primaria	1	3%
Secundaria	14	47%
Superior	15	50%
Total	30	50%

Fuente: Anexo 01.

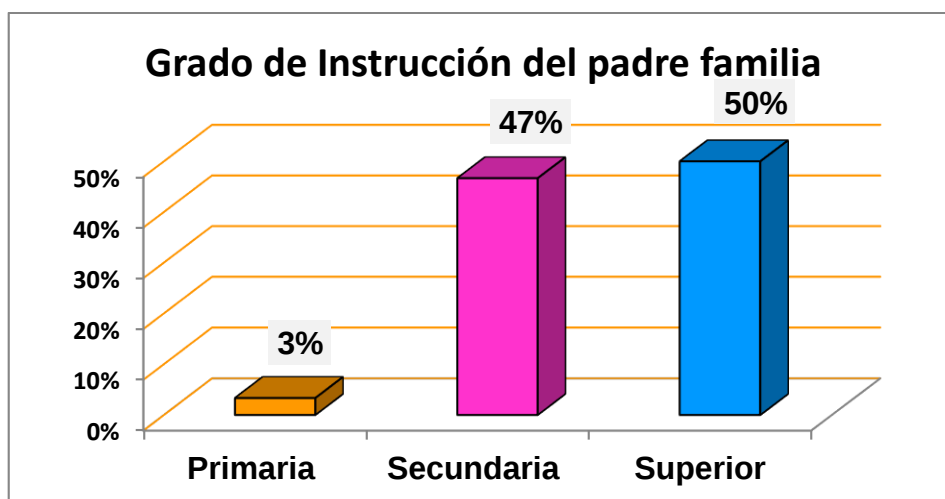


Figura 05. Grado de instrucción del padre de familia de paciente pacientes menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Respecto a la Grado de instrucción del padre de familia de paciente pacientes menores de 5 años, se encontró que el **50%** (**15** padres) tienen nivel superior, el **47%** (**14** padres) tienen nivel secundario y el **3%** (**1** padre) tiene nivel primario.

Tabla 06. Situación Laboral del padre de familia de pacientes menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Situación Laboral del padre de familia	Frecuencia	%
Independiente	12	40%
Dependiente	15	50%
Desempleado	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

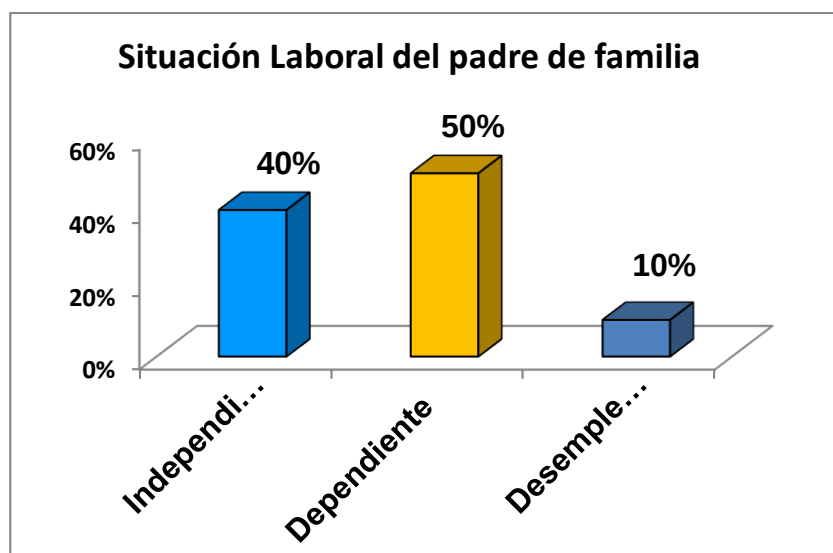


Figura 06. Situación Laboral del padre de familia de pacientes menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Respecto a la situación laboral del padre de familia, se encontró que el **50% (15 padres)** son trabajadores dependientes, el **40% (12 padres)** son trabajadores independientes, el **10% (3 padres)** son desempleados.

Tabla 07. Ingreso económico mensual del padre de familia de pacientes menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Ingreso económico padre familia por mes	Frecuencia	%
S/. 450 a 900	5	17%
S/. 901 a 1300	7	23%
S/. 1301 a 1600	10	33%
S/. 2001 a 3000	6	20%
S/. 3001 a 4000	2	7%
> a S/. 4001	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

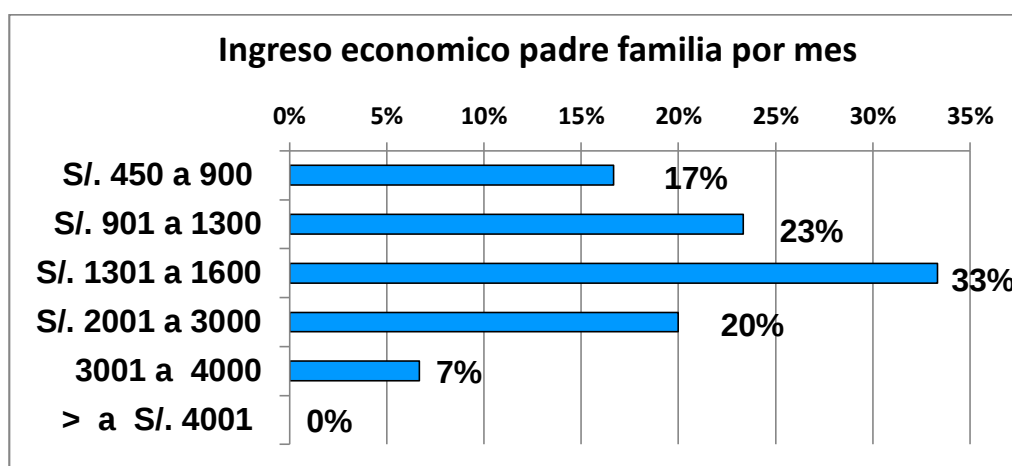


Figura 07. Ingreso económico mensual del padre de familia de pacientes menores de 5 años con sonda de alimentación en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Respecto al **Ingreso económico** mensual del padre de familia, se encontró que el **33%** (**15** padres) tienen ingreso de **S/. 1301 a 1600**; el **23%** (**7** padres) tienen ingreso de **S/. 901 a 1300**; el **20%** (**6** padres) tienen ingreso de **S/. 2001 a 3000** y el **7%** (**2** padres) tienen ingreso de **S/. 3001 a 4000**.

3.1.2. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN CON SONDA **ANTES** DE LA INTERVENCION EDUCATIVA

Tabla 09. Nivel de conocimiento del padre de familia **antes** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Evaluación antes de intervención educativa	%	Frecuencia
Conocen	6.67%	2
No conocen	93.33%	28
Total	100.00%	30

Fuente: Anexo 01.

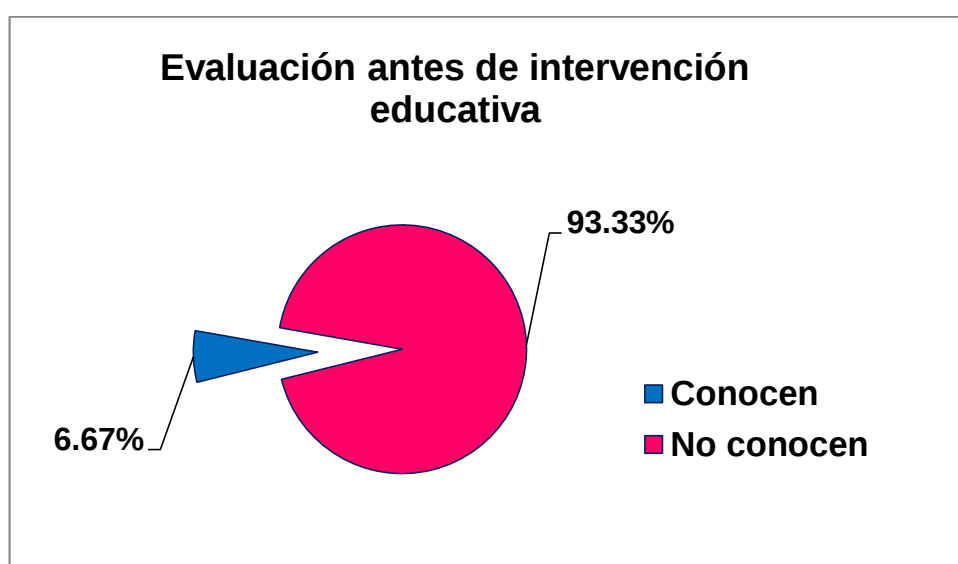


Figura 09. Nivel de conocimiento del padre de familia **antes** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Respecto al Nivel de conocimiento del padre de familia **ANTES** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años, se encontró que el **93.33% (28 padres) NO CONOCEN** sobre como alimentar a niños con sonda y solo el **6.67% (2 padres) SI CONOCEN** como alimentar a niños con sonda.

3.1.3. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN CON SONDA **DESPUES** DE LA INTERVENCION EDUCATIVA

Tabla 10. Nivel de conocimiento del padre de familia **después** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Evaluación después de la intervención educativa	%	Frecuencia
Conocen	90.00%	27
No conocen	10.00%	3
Total	100.00%	30

Fuente: Anexo 03 – Guía de evaluación

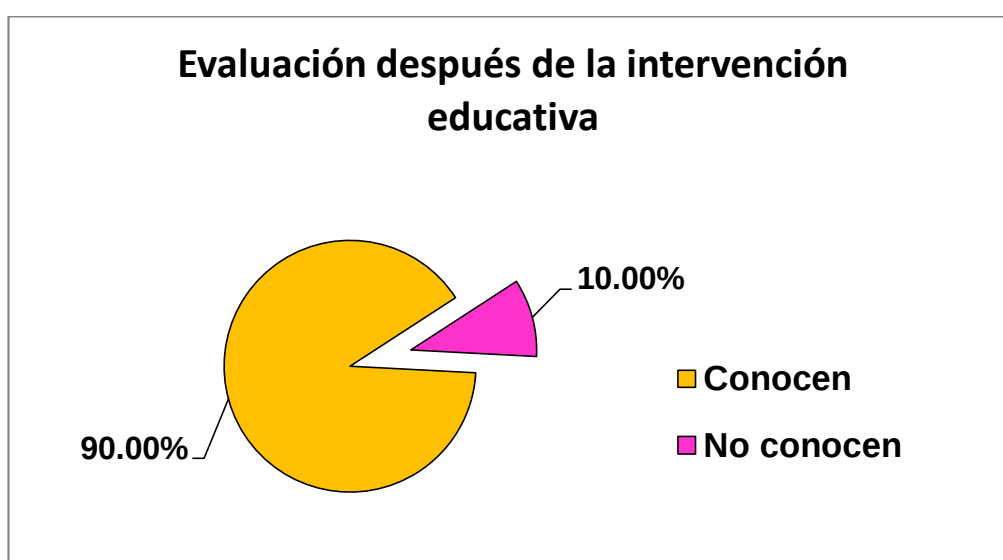


Figura 10. Nivel de conocimiento del padre de familia **después** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Respecto al Nivel de conocimiento del padre de familia **DESPUES** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años, se encontró que el **90.00% (27 padres) SI CONOCEN** sobre como alimentar a niños con sonda y solo el **10.00% (3 padres) NO CONOCEN** como alimentar a niños con sonda.

3.1.4. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN CON SONDA **ANTES Y DESPUES** DE LA INTERVENCION EDUCATIVA

Tabla 11. Nivel de conocimiento del padre de familia **antes** y **después** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Evaluación comparativa antes y después de la intervención educativa	%	Frecuencia
Conocen antes de intervención	6.90%	2
Conocen después de intervención	93.10%	27
Total	100.00%	29

Fuente: Anexo 03 – Guía de evaluación

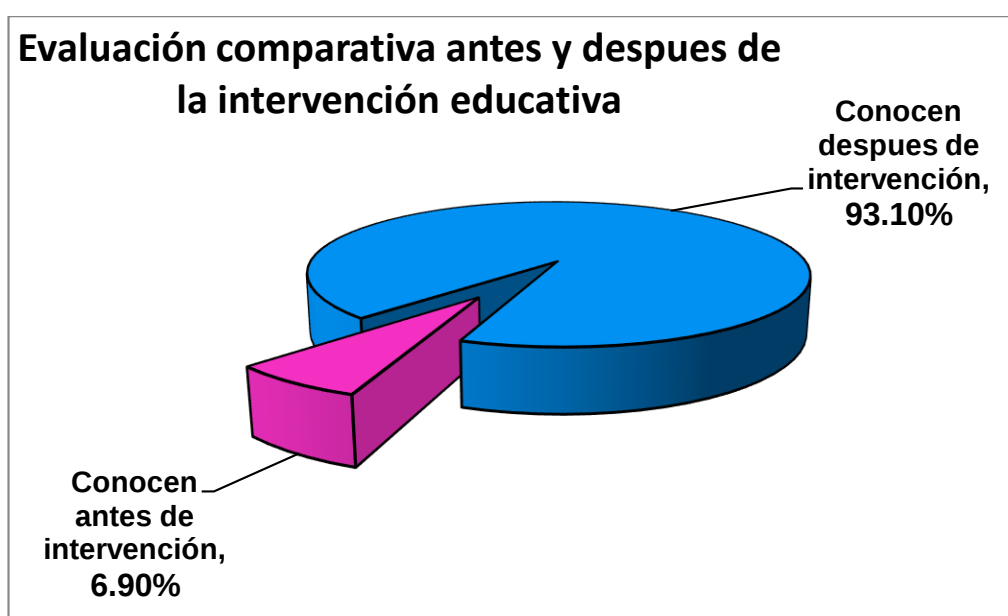


Figura 11. Nivel de conocimiento del padre de familia **antes** y **después** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Haciendo un análisis comparativo respecto al Nivel de conocimiento del padre de familia **ANTES** y **DESPUES** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años, se encontró que **ANTES** solo el **6.90% (02 padres) CONOCIAN**; pero luego de la intervención educativa esta **cifra se elevó a 93.10%(27 padres) que SI CONOCEN**.

3.2 ANALISIS INFERENCIAL

Tabla 12. Análisis de relación entre el nivel de **conocimientos de los padres y la intervención educativa** con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Conocimiento de los padres	Intervención educativa				
	ANTES	%	DESPUES	%	Total
SI CONOCE	2	6.67%	27	90.00%	100%
NO CONOCE	28	93.33%	3	10.00%	100%
TOTAL	30	100.00%	30	100.00%	30

$$\chi^2 = 4.221$$

$$p = 0,0029 < 0.05$$

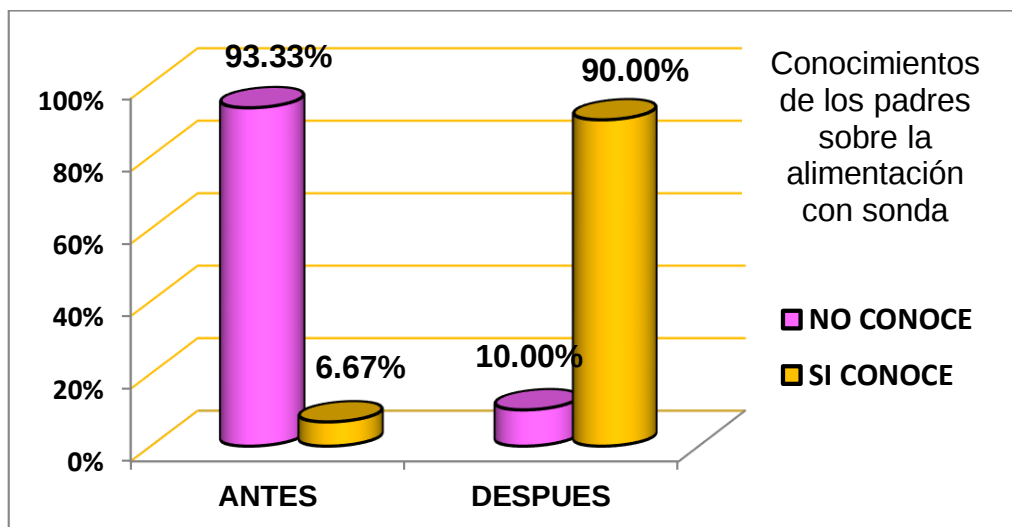


Figura 12. Análisis de relación entre el **nivel de conocimientos de los padres y la intervención educativa** con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño, Noviembre - Diciembre 2014.

Respecto a la **relación entre el nivel de conocimientos de los padres y la intervención educativa** con sonda a niños menores de 5 años del Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Niño,

Noviembre - Diciembre 2014, tenemos que estos criterios presentan **dependencia significativa ($p=0.0029 < 0.05$)**;

Asimismo de la **Tabla y Gráfico N° 12** se evidencia el **progreso** de los padres acerca del conocimiento de cómo alimentar a un niño menor de 5 años con una sonda.

El porcentaje **inicial** de padres evaluados, **que conocían** como alimentar a un niño con sonda, era solo de **6.67%**, pero luego de haber sido intervenidos educativamente a través de la sesión educativa y al volver a ser evaluados los padres elevaron su nivel de conocimiento a un **90.00%**; por lo que podemos concluir que la intervención educativa **fue efectiva**.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

La Hipótesis General planteada en esta investigación es:

Ha: Si la intervención educativa individualizada **es efectiva** entonces se incrementará el nivel de conocimientos sobre el uso de las sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Del análisis inferencial se obtuvo que el valor de la probabilidad de Fischer fue de **($p=0.0029$)**, observándose que este valor **es menor** que el punto crítico establecido (**$p < 0.05$**):

Entonces al tener que **$p=0.0029 < 0.05$** ; significa que **EXISTE UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA** entre intervención educativa individualizada y el incremento del nivel de conocimientos sobre el uso de las sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño; por lo rechazamos la hipótesis nula - **H_0** y **ACEPTAMOS** la Hipótesis de investigación (**H_a**).

3.3 DISCUSION

La bibliografía refiere que un programa Educativo es un instrumento donde se organizan las actividades de enseñanza - aprendizaje que permitan orientar al personal de enfermería en su práctica con respecto a los objetivos a lograr. Si el aprendizaje es la adquisición de conocimientos, aptitudes, experiencias y la enseñanza es el arte de ayudar a aprender, a otras personas entonces resulta obvio que el proceso educativo es eminentemente activo pues requiere de la participación incondicional del enfermero y el discípulo o paciente durante el esfuerzo de lograr el fin deseado sobre el incremento de conocimiento de los padres.

De los resultados obtenidos en la presente investigación tenemos que el porcentaje **inicial** de padres **que conocían** como alimentar a un niño con sonda, era solo de **6.67%**, pero luego de haber sido intervenidos educativamente a través de la sesión educativa y al volver a ser evaluados los padres elevaron su nivel de conocimiento a un **90.00%**; por lo que podemos concluir que la intervención educativa **fue efectiva**.

Estos resultados coinciden con algunas investigaciones realizadas por: **Gallegos** y et al.⁽⁵⁾ (2010), señalan que los neonatos prematuros constituyen una población vulnerable que con los avances biotecnológicos sobreviven desde edades gestacionales muy tempranas sometiéndose a largos internamientos que implican la separación del niño y su familia, lo

que ha dado lugar a aplicación de programas con participación de los padres, al constatar ventajas en evolución clínica, desarrollo, vínculo y apego padres - hijo favorables, padres competentes en su cuidado y reducción de días de hospitalización.

Del mismo modo los resultados se sustentan con lo expuesto por **Dugas, B. Wilter (2000)**. En su obra Tratado de enfermería práctica, donde expone la importancia de la educación a pacientes y familiares:

Las enfermeras cumplen una función clave en la educación sanitaria. La gente las considera como conocedoras de los problemas de salud; respeta su opinión y busca su consejo en relación con lo que le preocupa. Al presente, ellas tal vez habrán comprobado que amistades y familiares, así como otras personas, comienzan a hacerles preguntas sobre problemas de salud, incluso al iniciar su carrera de enfermería. Un comentario que se oirá con frecuencia es: "usted ha de saber, porque es enfermera". No es de esperar que sea factible enseñar a todas las personas todo lo que desean o necesitan saber sobre su salud al inicio de la carrera, y ni siquiera después de titularse. Aun así, es posible que la enfermera les ayude a aprender lo que desean saber.

Con frecuencia, antes de aprender alguna otra cosa es necesario cambiar de actitud. La persona tiene que reconocer la necesidad de tomar sus medicamentos a tiempo y el riesgo de omitir una

dosis. Si el individuo piensa que no es importante para él lo que debe aprender, es probable que adopte la actitud de *11* ¿por qué molestarme?" Las actitudes también son muy importantes en la aplicación de lo que se ha aprendido.

La principal preocupación de la enfermera al enseñar a los pacientes es que el individuo utilice sus conocimientos y habilidades en la vida diaria. Ello incluye la integración de conocimientos, habilidades y actitudes, y su empleo en la práctica que la persona suele llevar a cabo, que desea o necesita realizar en su vida diaria. Por ejemplo, un paciente puede aprender todo lo relacionado con nutrimentos y calorías, y desarrollar la habilidad para planear comidas con alimentos nutritivos pero bajos en calorías, y quizá no le sea fácil bajar de peso, que fue el propósito de su aprendizaje, en tanto no cumpla realmente con este menú planeado en casa y no lo altere con bocadillos adicionales o aumentando las cantidades.

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA

La naturaleza de la labor del aprendizaje ayuda a la enfermera a elegir los métodos que debe utilizar en la enseñanza. Diversas estrategias son particularmente adecuadas para cada tipo de labor de aprendizaje.

Adquisición de conocimientos

Para que un individuo obtenga conocimientos es necesario que disponga de información en una u otra forma. Por ejemplo, la

puede obtener en conferencias, pláticas cortas o en el transcurso de una conversación. Esta última es adecuada cuando se trata de un paciente, o un grupo muy pequeño (dos a cuatro enfermos).

En la mayor parte de los grupos suelen ser más adecuadas las conferencias o pláticas. Sin embargo, una conferencia directa o una plática sin interrupción no implican gran actividad por parte de quien aprende, excepto por la audición, y depende de su capacidad para escuchar con atención. Si se da una plática, conviene recordar que el lapso de atención del adulto promedio es de sólo unos 20 min. Es menor en niños y ancianos y suele reducirse más cuando la persona está enferma. En consecuencia, es necesario variar las técnicas utilizadas en la enseñanza e intercalar en las pláticas métodos como diagramas u otros auxiliares visuales, además de análisis o discusiones.

El análisis, o *discusión*, que incluye la participación del paciente, facilita la retención de lo aprendido. Sin embargo, en conversaciones y análisis de grupo es necesario que los participantes cuenten con algún conocimiento del tema para comentar en forma inteligible y que la sesión tenga cierta estructura, es decir, alguien que la guíe y dirija para que sea eficaz.

La combinación de una plática breve, seguida de análisis, suele ser un medio adecuado para estructurar una sesión de enseñanza.

La ilustración de una plática con diagramas o cuadros en el pizarrón, o incluso con esquemas en una simple hoja de papel y el ser útil para llegar a los puntos difíciles de captar sólo con palabras. Si se intenta dar a alguien instrucciones.

CONCLUSIONES

Luego de realizado el estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

CONCLUSIÓN GENERAL.- La conclusión general responde al objetivo general planteado en la siguiente investigación por tanto decimos que:

De la **Tabla y Gráfico N° 12**, se evidencia el **progreso** de los padres acerca del conocimiento de cómo alimentar a un niño menor de 5 años con una sonda a través de una intervención educativa a los padres con hijos menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño. El porcentaje **inicial** de padres **que conocían** como alimentar a un niño con sonda, era solo de **6.67%**, pero luego de haber sido intervenidos educativamente a través de la sesión educativa y al volver a ser evaluados los padres elevaron su nivel de conocimiento a un **90.00%**; por lo que podemos concluir que la intervención educativa **fue efectiva**.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS: tenemos

Con respecto al análisis descriptivo.- Tenemos:

- En cuanto a la **edad** de los padres de familia, se encontró que el **47% (14 padres)** tienen edades entre 30 a 39 años,

el **27% (08 padres)**, entre 18 a 29 años, el **20,0% (06 padres)** entre 40 a 49 años y **7% (02 padres)** con 50 o más años.

- Respecto al **sexo** de las personas que asumen el rol de padres de familia, se encontró que el **70 % (21 padres)** son de sexo masculino y el **30 % (09 padres)**, son de sexo femenino.
- Respecto al **estado civil** de los padres de familia, se encontró que el **60 % (18 padres)** son casados, el **27 % (08 padres)** son solteros, el **10 % (03 padres)** son separados/divorciados y el **3% (01 padre)** es viudo.
- Respecto al grado familiar de los padres con los pacientes menores de 5 años, se encontró que el **67 % (20)** son padre o madre, el **17% (05)** son hermanos, el **13% (04)** son tíos y el **3% (01)** es primo.
- Respecto a la Grado de instrucción del padre de familia de paciente pacientes menores de 5 años, se encontró que el **50% (15 padres)** tienen nivel superior, el **47% (14 padres)** tienen nivel secundario y el **3% (01 padre)** tiene nivel primario.

- Respecto a la situación laboral del padre de familia, se encontró que el **50% (15 padres)** son trabajadores dependientes, el **40% (12 padres)** son trabajadores independientes, el **10% (03 padres)** son desempleados.
- Respecto al **Ingreso económico** mensual del padre de familia, se encontró que el **33% (15 padres)** tienen ingreso de **S/. 1301 a 1600**; el **23% (07 padres)** tienen ingreso de **S/. 901 a 1300**; el **20% (06 padres)** tienen ingreso de **S/. 2001 a 3000** y el **7% (02 padres)** tienen ingreso de **S/. 3001 a 4000**.

CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN CON SONDA **ANTES** DE LA INTERVENCION EDUCATIVA

- Respecto al Nivel de conocimiento **del** padre de familia **ANTES** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años, se encontró que el **93.33% (28 padres) NO CONOCEN** sobre como alimentar a niños con sonda y solo el **6.67% (02 padres) SI CONOCEN** como alimentar a niños con sonda.

CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA
ALIMENTACIÓN CON Sonda **DESPUES** DE LA
INTERVENCION EDUCATIVA

- Respecto al Nivel de conocimiento del padre de familia **DESPUES** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años, se encontró que el **90.00% (27 padres) SI CONOCEN** sobre como alimentar a niños con sonda y solo el **10.00% (03 padres) NO CONOCEN** como alimentar a niños con sonda.

CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA
ALIMENTACIÓN CON Sonda **ANTES Y DESPUES** DE LA
INTERVENCION EDUCATIVA

- Haciendo un análisis comparativo respecto al Nivel de conocimiento del padre de familia **ANTES y DESPUES** de la intervención educativa sobre alimentación con sonda a niños menores de 5 años, se encontró que **ANTES** solo el **6.90% (02 padres) CONOCIAN**; pero luego de la intervención educativa esta cifra se elevó a **93.10% (27 padres) que SI CONOCEN**.

CON RESPECTO A LAS PRUEBAS DE HIPOTESIS GENERAL

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.-

La Hipótesis General planteada en esta investigación es:

Ha: Si la intervención educativa individualizada **es efectiva** entonces se incrementará el nivel de conocimientos sobre el uso de las sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Del análisis inferencial se obtuvo que el valor de la probabilidad de Fischer fue de **($p=0.0029$)**, observándose que este valor **es menor** que el punto crítico establecido (**$p < 0.05$**):

Entonces al tener que **$p=0.0029 < 0.05$** ; significa que **EXISTE UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA** entre intervención educativa individualizada y el incremento del nivel de conocimientos sobre el uso de las sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño; por lo que **ACEPTAMOS** la Hipótesis de Investigación **(Ha)** y rechazamos la Hipótesis Nula **(Ho)**.

RECOMENDACIONES

A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO DE SALUD DELO NIÑO:

Propiciar la organización e implementación de un programa de intervención educativa permanente para padres y familiares, acerca de la alimentación con sonda y otros similares.

AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

Desarrollar programas educativos de intervención activa orientado a los padres y familiares sobre la alimentación con sonda.

Realizar visitas de seguimiento y la realización de actividades educativas adicionales, con la finalidad garantizar el aprendizaje óptimo.

A LA COMUNIDAD DE ENFERMEROS INVESTIGADORES:

Realizar estudios de investigación similares con mayor amplitud y profundidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. González Benítez M. Estado del conocimiento del personal de Enfermería sobre temas de Nutrición clínica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2013;23(1):44-64. RNPS: 2221. ISSN: 1561-
2. Hopia H, Tomlinson P, Paavilainen E, Astedt - Kurki P: Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. J Clin Nurs 2005; 14: 212-22.
3. Barrera Q Francisco, Moraga M Francisco, Escobar M Sonia, Antilef H Rosa. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Rev. chil. pediatr. (en línea). 2007 Feb (citado octubre 2014); 78(1):85-94.
4. Martin RM et al. Parents' growth in childhood and the birth weight of their offspring. Epidemiology, 2004, 15:308–316.
5. Gallegos M.J, Reyes H.J, Silvan S.CG. La unidad neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Perinatol Reprod Hum (en línea) 2010; 24 (2): 98-108. (citado octubre 2014).
6. León C.FJ, Simó RM, Schmidt L, Anguita V. Análisis de casos ético-clínicos. Experiencias de los Comités de ética asistencial de España y Latinoamérica. Santiago de Chile. Primera edición. Editorial Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE). 2013.
7. Educación al Paciente y La Familia | Fundación Valle del lili www.valledellili.org/educacionalpaciente
8. Participación de la Enfermera en un Programa de Educación a la Familia – Seemoreat: <https://encolombia.com/medicina/revistasmedicinas/enfermería/v-e-93/enfermería-9306participacion/#sthash.tye68Xzk.dpuf>
9. www.elsevier.es › Inicio › SEMERGEN - Medicina de familia
10. North American Home Parenteral and Enteral Nutrition Patient Registry. Annual Report with outcome profile 1985-1991. Albany, New York: The Oley Foundation; 1993.
11. Weckwerth J, Ireton-Jones C. Nutrition support in home care. En: Matarese LM, Gottslich MM, editors. Contemporary Nutrition Support Practice: A Clinical Guide. Philadelphia: WB Saunders;1998. p. 611-23

12. .A.S. S.P.E.N. Board of Directors. Standards for home nutrition support. Nutr Clin Pract. 1999;13 : 157 - 66.
13. Elia M. Enteral and parenteral nutrition in the community: a report by a working group party of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Maidenhead, Berks: BAPEN; 1994.
14. Howard L, Heaphey LL, Timchalk M. A review of the current national status of HPN and HEN from the provider and consumer perspective. JPEN. 1986;10 : 416-24.
15. Vargas JH, Ament ME, Berquis WE. Long term HPN in pediatrics; ten years of experience in 102 patients. J Paed Gastroenterology Nutr. 1987;6:24-32.
16. Planas M, Lecha M, García-Luna PP, et al; Grupo de trabajo NADYASENPE. Registro nacional del año 2002 de la nutrición enteral domiciliaria. NutrHosp.2005; 20:254-8. Medline.
17. Moreno JM, Planas M, Lecha M, et al; Grupo de trabajo NADYASENPE Registro 2002 de la nutrición parenteral domiciliaria. Nutr Hosp. 2005;20: 249-53. Medline.
18. www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/.../guiaNED.pdf.
19. See more at:<https://encolombia.com/medicinal-medicas/enfermería/ve-61/enfermeria6103-administracion/#sthash.7goU7o15.dpuf>
<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2013000100007>
20. Finucane T, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. JAMA 1999; 282(14):1.365-70
21. Pediatric patients. Section I. Introduction. JPEN 2002;26(Suppl 1):1SA-6SA.
22. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. Section V. Administration of specialized nutrition support. JPEN 2002;26(Suppl 1):18SA-20SA.
23. Ziegler AA, Thureen PJ, Carlson SJ. Aggressive nutrition of the very low birthweight infant. Clin Perinatol 2002;29:225-44.

24. Berseth CL. Minimal enteral nutrition in infants and children. En: Preedy V, Grimble G, Watson R, editors. Nutrition in the infant. Problems and practical procedures. London: Greenwich Medical Media, 2001;p. 57-68
25. Johnson T. Enteral feeding. En: Shaw V, Lawson M, editor. Clinical pediatrics dietetics. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2001;p. 31-41.
26. Tamayo López G, Sáenz de Urturi MR, Hernández-Sáez C, Pedrón Giner C, García Novo MD. Fórmulas infantiles especiales. An Esp Pediatr 1997;47:455-65.
27. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de ...
revistas.um.es › Inicio › Vol. 11, Núm. 4 (2012) › Rodríguez Campo
28. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Harcourt ed. Madrid, España: 1999.
29. Vargas M. Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica 2007;15(1):28-30
30. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 1 ed. Barcelona, España: 2002
31. Durán de Villalobos M. Teoría de Enfermería ¿un camino de herradura? Aquichán 2007;7(2):161-73
32. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 1 ed. Barcelona, E Durán de Villalobos M. Marco Epistemológico de la Enfermería. Aquichán 2002;2(2):7-18
33. Durán de Villalobos M. Marco Epistemológico de la Enfermería. Aquichán 2002; 2 (2):7-18.
34. Varez S, López M, Santos S, Abril D. Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de nefrología. Rev Soc. Esp Enferm Nefrol 2008;11(3):178-83.
35. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Sexta ed. Madrid. España: 2007
36. Wojnar D. Kristen Swanson: Teoría de los Cuidados. In: Elsevier, editor. Modelos y teorías en enfermería. Sexta ed. Madrid. España: 2007. p. 766-77.

37. Sanabria L, Otero M, Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ. Med Super 2002; 16 (4).
38. Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. 1 ed. Madrid. España: 1999.
39. Sanhueza O, Jara P. Incorporando la Gestión del Cuidado en la Formación de Pregrado. Rev. Enfermería 2005;21(129):15-9.
40. Erdmann A, Leite J, Mendes I, Trevizan M, Dantas C. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003. Rev Cienc. enferm. 2005;11(2):35-46.
41. León C. Enfermería ciencia y arte. Rev Cubana Enfermer. 2006; 22(4)
42. Taylor S, Compton A, Donohue J, Emerson S, Gashti N, Marriner A, et al. Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado. In: Harcourt, editor. Modelos y teorías en enfermería. 4 ed. Madrid, España: 1999. p. 175-94.
43. Patton T, Barnhart D, Bennett P, Di Porter B, Sloan R. Jean Watson: filosofía y ciencia de la asistencia. In: Harcourt, editor. Modelos y teorías en Enfermería. 4 ed. Madrid, España: 1999. p. 142-56.
44. Campos C. Enfermería: Profesión y disciplina del cuidado*. Revista Enfermería 2008;1-4.
45. En qué consiste la intervención educativa - Scribd <https://es.scribd.com/doc/123915639/En-que-consiste-la-intervencion-educativa>
46. www.guiametabolica.org › Información › Divulgación médica
47. Dugas, B. Wilter (2000). Tratado de enfermería práctica. Cuarta edición. México. Páginas: 148 – 174.
48. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Guía de práctica clínica de nutrición enteral domiciliaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
49. Moreno Villares JM. Nutrición enteral y parenteral domiciliaria. Aspectos prácticos y normativa actual. Acta Pediatr Esp 1998;56:9-16. Enferm. glob. vol.11 no.28 oct. 2012.
50. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and

pediatric patients. Section XII. Administration of specialized nutrition support. Issues unique to pediatrics. JPEN 2002;26 (Suppl 1):97SA-100SA.

ANEXOS

ANEXO 01
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
EN PEDIATRÍA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PADRES SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA ALIMENTACION CON SONDA A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA B DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, 2014.

CUESTIONARIO

Reciba usted un cordial saludo, estamos desarrollando un trabajo de investigación con la finalidad de determinar la efectividad de una intervención educativa de enfermería para elevar el nivel del conocimiento sobre los usos de las sondas de alimentación en los padres de niños menores de cinco años hospitalizados en el Servicio de Medicina B del Instituto Nacional de Salud del Niño. Por lo que es necesario contar con su participación voluntaria para responder al siguiente cuestionario el cual tiene carácter anónimo, estrictamente confidencial. Responda con sinceridad a todas las preguntas.

Instrucciones: Marque con un (X) la respuesta que crea conveniente.

I.- Datos Generales:

- ❖ Edad: _____ años
- ❖ Sexo Mujer () Varón ()
- ❖ Estado Civil: Soltera () Casada () Separado/Divorciado () Otro ()
- ❖ Grado Familiar: Padre/ Madre () Tio () Hermano () Primo () Otros ()
- ❖ Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
- ❖ Condición laboral: Independiente () Dependiente () desempleado ()
- ❖ Ingreso económico familiar en soles mensuales:
a.- **450 a 900 ()** b.- 901 a 1300 () c.- **1301 a 1600 ()** d.- 2001 a 3000 ()
e.- **3001 a 4000 ()** f.- > a 4001 ()

II.- Datos específicos: Marcar con un X en la respuesta que considere correcto:

1. ¿Por qué será necesario usar una sonda de alimentación?
 - a) Para administrar alimentos líquidos y sólidos cuando no pueden comer por sí mismos.
 - b) Para evitar la dificultad para respirar al alimentarse.
 - c) Para aportar los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo.
 - d) Para dar medicamentos
 - e) Para realizar lavados gástricos.
2. ¿Cuál no es una sonda de alimentación?
 - a) Sonda nasogástrica.

- b) Sonda transpilórica
 - c) Sonda orogástrica
 - d) Sonda de gastrostomía.
 - e) Sonda Foley o uretral.
- 3) ¿Cuál no es una indicación para usar la sonda de alimentación?
- a) Lactantes prematuros con dificultad para deglutir
 - b) Niños con problemas para la alimentación
 - c) Niños menores de dos años con desnutrición severa
 - d) Niños menores de cinco años con estreñimiento crónico
 - e) Niños menores de cinco años con parálisis cerebral
- 4) ¿Cuál de las siguientes medidas de bioseguridad no son necesarios para la colocación de una sonda de alimentación nasogástrica?
- a) Lavado de manos antes y después de la colocación de la sonda nasogástrica
 - b) Limpieza de la jeringa, línea y contenedor con agua de caño y jabón
 - c) Colocarse guantes estériles
 - d) Limpieza previa de las secreciones de boca y fosas nasales
 - e) Eliminación en bolsa de color rojo de las gasas con las secreciones del niño.
- 5) ¿Qué alimentos pueden ser administrados por las sondas de alimentación?
- a) Preparados nutricionales (Fórmulas poliméricas).
 - b) Leche materna.
 - c) Dietas elementales para pacientes con problemas intestinales graves
 - d) Leche artificial
 - e) Todos los anteriores
- 6) ¿Cuál no es necesario para la colocación de una sonda nasogástrica?
- a) Guantes no estériles.
 - b) Jeringa.
 - c) Estetoscopio
 - d) Tijeras
 - e) Esparadrapo
- 7) ¿Cuál de las siguientes no se aplica al momento de colocar una sonda nasogástrica?
- a) Lavado de manos
 - b) Medir y marcar la longitud de la sonda que se va introducir
 - c) Comprobar que la sonda está en el estómago
 - d) Anestesiar al niño para lograr colocarla sin dificultades
 - e) Fijar la sonda con esparadrapo
- 8) ¿Qué precauciones se deben tener en cuenta al momento de colocar una sonda nasogástrica?
- a) Forzar la colocación de la sonda si hay obstáculos o resistencias.
 - b) Fijar la sonda en la frente para evitar úlceras por presión en la nariz.

- c) Introducir la sonda por el orificio nasal contrario para evitar lesiones.
 - d) Cambiar la sonda cada 7 días o según necesidad
 - e) No se debe movilizar la sonda para prevenir irritaciones.
- 9) ¿Cómo se puede dar los alimentos por la sonda de alimentación?
- a) Por gravedad
 - b) Con una jeringa a través de una línea o conexión
 - c) Por bomba de agua
 - d) Directamente de la bolsa o lata nutricional.
 - e) Ninguna anterior
- 10) ¿Qué cuidados se deben tener antes y durante la administración de los alimentos por la sonda?
- a) Dar el alimento a temperatura ambiental
 - b) No mezclar restos de preparados nutricionales sobrantes.
 - c) No mantener colgado más de 24 horas ningún alimento abierto o conectado.
 - d) Colocar al niño en posición semi Fowler o semi sentado.
 - e) Todas las anteriores
- 11) ¿Que cuidados se deben tener al finalizar la alimentación por la sonda?
- a) Tranquilizar al niño entre 10 a 20 minutos después de tomar el alimento.
 - b) La sonda debe estar siempre abierta aun cuando no esté pasando alimento.
 - c) Lavar con suero y alcohol la jeringa, la línea de administración y el contenedor
 - d) El niño debe permanecer una hora semisentado después de haber terminado
 - e) Pasar de 5-10 ml de agua para evitar la obstrucción de la sonda
- 12) ¿Por qué se obstruye una sonda de alimentación?
- a) Restos de alimentos o medicamentos secos en el interior de la sonda.
 - b) Se pasó mucha agua después de haber terminado de pasar el alimento
 - c) Por salida accidental de la sonda de alimentación
 - d) Porque la sonda de alimentación se ha doblado en el estómago
 - e) Porque se mezcló alimentos líquidos con medicamentos líquidos
- 13) ¿Cuándo no será necesario usar una sonda de alimentación transpilórica?
- a) Si se requiere aumentar los líquidos.
 - b) Si el paciente está en condiciones críticas
 - c) Si está conectado a ventilación mecánica
 - d) Si el niño está bajo anestesia general o sedación.
 - e) Todas las anteriores
- 14) Cuáles son las ventajas de la sonda transpilórica sobre la sonda nasogástrica?
- a) Permite una rápida recuperación nutricional del niño.
 - b) Tiene menor riesgo de aspiraciones.
 - c) Es la mejor forma de nutrición enteral en pacientes críticos.
 - d) Se cambia la sonda cada 10 días
 - e) Todas las anteriores
- 15) ¿Cuál de las siguientes no es parte de la técnica para la colocación de la sonda transpilórica?
- a) Realizar higiene bucal y los conductos nasales
 - b) Medir la longitud de la sonda transpilórica que ingresará en el niño.

- c) Luego de comprobar la posición de la sonda en estómago colocar al niño en decúbito lateral derecho
 - d) Si se aspira menos de 2 cc de aire luego de escuchar el gorgoteo en hipocondrio derecho, la sonda debe estar bien ubicada
 - e) Ya no es necesario colocar una sonda nasogástrica para permitir el vaciamiento gástrico.
- 16) ¿Cómo se realiza la administración de alimentos por la sonda transpilórica?
- a) La cantidad de alimentos se inicia con bajo volumen (0.5-1 ml/kg/hora)
 - b) Se irá aumentando de volumen en forma progresiva cada 4 horas hasta lograr el aporte necesario
 - c) La cantidad de alimentos en los siguientes aportes dependerá de la medición de la cantidad de residuos previos
 - d) En niños mayores de 3 años, se administra fórmulas líquidas pediátricas
 - e) Todas las anteriores.
- 17) ¿Respecto a las diarreas en niños que usan sondas de alimentación, cuál es falso?
- a) Puede ser por intolerancia a las proteínas de la leche, necesitará administrar hidrolizado de proteínas
 - b) Las fórmulas líquidas pediátricas deben ser de mayor concentración si el niño tiene diarreas
 - c) Puede originarse por pasar alimento demasiado rígido o demasiado frío.
 - d) Puede ser consecuencia de no tener cuidado con las normas de higiene.
 - e) Si el niño tiene diarrea se debe parar y reiniciar la administración 1 ó 2 horas con el alimento a temperatura ambiental
- 18) ¿Cuál de las siguientes no forma parte de los cuidados de la sonda de alimentación transpilórica?
- a) Fija la sonda a la fosa nasal con esparadrapo y apósito hidrocoloide para evitar úlceras
 - b) Comprobar la permeabilidad de la sonda con lavados de agua cada 24 horas
 - c) Medir los residuos cada 4-8 horas y antes de iniciar la alimentación
 - d) Lavar la sonda con agua estéril antes y después de cada bolo y cada 4 horas si la alimentación es continua
 - e) Lavar la sonda con agua estéril antes y después de administrar medicamentos.
- 19) ¿Cuál no es complicación del uso de una sonda de alimentación?
- a) Extracción accidental o voluntaria de la sonda de alimentación
 - b) Obstrucción de la sonda de alimentación

- c) Dolor abdominal
 - d) Náuseas y/o vómitos
 - e) Diarrea
- 20) Para resolver una obstrucción de una sonda de alimentación, cuál de las siguientes no se debe hacer:
- a) Pasar agua tibia por la sonda mediante una jeringa
 - b) Administrar 5 ml de bebida de cola y luego pasar de 5-10 ml de agua
 - c) Después de cada toma no es necesario pasar agua por la sonda.
 - d) Lavarse los dientes con cepillo suave o realizando colutorios con bicarbonato
 - e) Retirar la sonda de alimentación si se obstruye y colocar una nueva sonda.

Gracias.

ANEXO 02

SESIÓN EDUCATIVA INDIVIDUALIZADA PARA PADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON Sonda DE ALIMENTACIÓN

I. DATOS INFORMATIVOS

- Institución: Instituto Nacional de Salud del Niño
- Lugar de ejecución: Servicio de Medicina B del INSN
- Tema: Conocimiento sobre los usos de la sonda
de alimentación
- Tiempo: 2 horas

II. OBJETIVO GENERAL

Generar cambios de actitud en los padres de familia de niños menores de cinco años con sonda de alimentación a través de la mejora del nivel de conocimientos sobre los usos de la sonda de alimentación.

III. CAPACIDADES/OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el nivel de conocimiento en el uso de las sondas de alimentación mediante una intervención educativa en los padres de los niños menores de cinco años atendidos en el Servicio de Medicina B del INSN.
- Incentivar a los padres de los niños menores de cinco años con sonda de alimentación en la participación del cuidado nutricional de sus hijos.

IV. CONTENIDOS

COGNITIVO	PROCEDIMENTAL	ACTITUDINAL
➤ Definiciones y conceptos de nutrición enteral y sondas de alimentación: ▪ Definición de nutrición enteral y vías de alimentación ▪ Generalidades de la alimentación ▪ Criterios para la decisión del uso de sonda de alimentación ▪ Tipos e indicaciones del uso de sondas de alimentación ➤ Materiales e insumos para colocación de sondas de alimentación ➤ Bioseguridad aplicada al uso de sondas de alimentación ▪ Lavado de manos ▪ Eliminación de residuos sólidos ▪ Eliminación de residuos líquidos ▪ Manejo de secreciones orofaríngeas ▪ Manipulación de fórmulas nutricionales ➤ Colocación de las sondas de alimentación ○ Sonda nasogástrica ○ Sonda transpilórica ○ Sonda de gastrostomía	Realiza práctica de la colocación, fijación y cuidados de una sonda de alimentación en un muñeco. Replica procedimientos para solucionar los problemas asociados al uso de las sondas de alimentación.	Valora la importancia de la capacitación y participación de los padres de familia para el incremento de conocimientos sobre los usos de las sondas de alimentación en los niños menores de cinco años. Asume el compromiso de realizar y practicar los cuidados en nutrición y las complicaciones asociadas al uso de las sondas de alimentación en manos de los padres de familia de los niños menores de cinco años que lo requieran.

➤ Fijación de la sonda de alimentación ➤ Cuidados de la piel ➤ Cuidados de la sonda de alimentación ➤ Complicaciones asociadas al uso de las sondas de alimentación ➤ Procedimientos para solucionar problemas con las sondas de alimentación		
---	--	--

V. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

Momentos	Procedimiento	Recursos
MOTIVACIÓN	El padre de familia observará un video sobre la nutrición y el desarrollo neuro-psico-motriz y crecimiento de niños normales	Video, DVD, TV 32 pulgadas
REVISIÓN DE CONOCIMIENTOS PREVIOS	El padre de familia procederá a realizar gráficos de las sondas de alimentación que conoce. El padre de familia marcará con aspa sobre un listado de materiales para reconocer los que son necesarios para la colocación de una sonda de alimentación	
QUIEBRE COGNITIVO, ADAPTACIÓN Y FIJACION	Se desarrollara la exposición a través de diapositivas y uso de rotafolios en relación a los usos de las sondas de alimentación según programa temático en dos sesiones. Se realizará la demostración de la colocación de una sonda nasogástrica y una sonda transpilórica en un muñeco, luego el familiar replicará el mismo procedimiento hasta lograr el aprendizaje de la técnica y las medidas de bioseguridad así como fijación y cuidados de la sonda de alimentación. Al concluir las sesiones se entregará trípticos con diagramas y gráficos sobre los usos de las sondas de alimentación para afirmar los puntos claves de la intervención educativa.	Retroproyector Rotafolios Muñeco y materiales para la colocación de una sonda de alimentación. Trípticos de reforzamiento
METACOGNICIÓN	Se entregará al padre de familia una hoja con gráficos que mostrarán procedimientos para solucionar las complicaciones asociadas al uso de las sondas de alimentación y se les pedirá a cada padre que marque el procedimiento que considere correcto.	Hojas con gráficos de soluciones de problemas en el uso de las sondas de alimentación

ACTIVIDAD APLICATIVA

Sesión educativa	Fecha	Duración	Tema	Responsable
UNICA	Luego de pretest	4 horas (2 horas mañana y 2 horas tarde)	•Definiciones y conceptos de nutrición enteral y sondas de alimentación •Materiales e insumos para la colocación de sondas de alimentación •Bioseguridad aplicada •Colocación y fijación de las sondas de alimentación •Cuidados de la piel y cuidados de la sonda de alimentación •Manejo de las complicaciones asociadas al uso de sondas de alimentación	Las investigadoras

ANEXO 03
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
EN PEDIATRIA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PADRES SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA ALIMENTACION CON SONDA A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA B DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, 2014.

CUESTIONARIO

Reciba usted un cordial saludo, luego de haber participado en la sesión educativa, le solicitamos responda con sinceridad a todas las preguntas:

Instrucciones: Marcar con un X en la respuesta que considere correcto:

1. ¿Por qué será necesario usar una sonda de alimentación?
 - a) Para administrar alimentos líquidos y sólidos cuando no pueden comer por sí mismos.
 - b) Para evitar la dificultad para respirar al alimentarse.
 - c) Para aportar los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo.
 - d) Para dar medicamentos
 - e) Para realizar lavados gástricos.
2. ¿Cuál no es una sonda de alimentación?
 - a) Sonda nasogástrica.
 - b) Sonda transpilórica
 - c) Sonda orogástrica
 - d) Sonda de gastrostomía.
 - e) Sonda Foley o uretral.
- 3) ¿Cuál no es una indicación para usar la sonda de alimentación?
 - a) Lactantes prematuros con dificultad para deglutir
 - b) Niños con problemas para la alimentación
 - c) Niños menores de dos años con desnutrición severa
 - d) Niños menores de cinco años con estreñimiento crónico
 - e) Niños menores de cinco años con parálisis cerebral
- 4) ¿Cuál de las siguientes medidas de bioseguridad no son necesarios para la colocación de una sonda de alimentación nasogástrica?
 - a) Lavado de manos antes y después de la colocación de la sonda nasogástrica
 - b) Limpieza de la jeringa, línea y contenedor con agua de caño y jabón

- c) Colocarse guantes estériles
 - d) Limpieza previa de las secreciones de boca y fosas nasales
 - e) Eliminación en bolsa de color rojo de las gasas con las secreciones del niño.
- 5) ¿Qué alimentos pueden ser administrados por las sondas de alimentación?
- a) Preparados nutricionales (Fórmulas poliméricas).
 - b) Leche materna.
 - c) Dietas elementales para pacientes con problemas intestinales graves
 - d) Leche artificial
 - e) Todos los anteriores
- 6) ¿Cuál no es necesario para la colocación de una sonda nasogástrica?
- a) Guantes no estériles.
 - b) Jeringa.
 - c) Estetoscopio
 - d) Tijeras
 - e) Esparadrapo
- 7) ¿Cuál de las siguientes no se aplica al momento de colocar una sonda nasogástrica?
- a) Lavado de manos
 - b) Medir y marcar la longitud de la sonda que se va introducir
 - c) Comprobar que la sonda está en el estómago
 - d) Anestesiarse al niño para lograr colocarla sin dificultades
 - e) Fijar la sonda con esparadrapo
- 8) ¿Qué precauciones se deben tener en cuenta al momento de colocar una sonda nasogástrica?
- a) Forzar la colocación de la sonda si hay obstáculos o resistencias.
 - b) Fijar la sonda en la frente para evitar úlceras por presión en la nariz.
 - c) Introducir la sonda por el orificio nasal contrario para evitar lesiones.
 - d) Cambiar la sonda cada 7 días o según necesidad
 - e) No se debe movilizar la sonda para prevenir irritaciones.
- 9) ¿Cómo se puede dar los alimentos por la sonda de alimentación?
- a) Por gravedad
 - b) Con una jeringa a través de una línea o conexión
 - c) Por bomba de agua
 - d) Directamente de la bolsa o lata nutricional.
 - e) Ninguna anterior
- 10) ¿Qué cuidados se deben tener antes y durante la administración de los alimentos por la sonda?
- a) Dar el alimento a temperatura ambiental
 - b) No mezclar restos de preparados nutricionales sobrantes.

- c) No mantener colgado más de 24 horas ningún alimento abierto o conectado.
 - d) Colocar al niño en posición semi Fowler o semi sentado.
 - e) Todas las anteriores
- 11) ¿Que cuidados se deben tener al finalizar la alimentación por la sonda?
- a) Tranquilizar al niño entre 10 a 20 minutos después de tomar el alimento.
 - b) La sonda debe estar siempre abierta aun cuando no esté pasando alimento.
 - c) Lavar con suero y alcohol la jeringa, la línea de administración y el contenedor
 - d) El niño debe permanecer una hora semisentado después de haber terminado
 - e) Pasar de 5-10 ml de agua para evitar la obstrucción de la sonda
- 12) ¿Por qué se obstruye una sonda de alimentación?
- a) Restos de alimentos o medicamentos secos en el interior de la sonda.
 - b) Se pasó mucha agua después de haber terminado de pasar el alimento
 - c) Por salida accidental de la sonda de alimentación
 - d) Porque la sonda de alimentación se ha doblado en el estómago
 - e) Porque se mezcló alimentos líquidos con medicamentos líquidos
- 13) ¿Cuándo no será necesario usar una sonda de alimentación transpilórica?
- a) Si se requiere aumentar los líquidos.
 - b) Si el paciente está en condiciones críticas
 - c) Si está conectado a ventilación mecánica
 - d) Si el niño está bajo anestesia general o sedación.
 - e) Todas las anteriores
- 14) Cuáles son las ventajas de la sonda transpilórica sobre la sonda nasogástrica?
- a) Permite una rápida recuperación nutricional del niño
 - b) Tiene menor riesgo de aspiraciones.
 - c) Es la mejor forma de nutrición enteral en pacientes críticos.
 - d) Se cambia la sonda cada 10 días
 - e) Todas las anteriores
- 15) ¿Cuál de las siguientes no es parte de la técnica para la colocación de la sonda transpilórica?
- a) Realizar higiene bucal y los conductos nasales
 - b) Medir la longitud de la sonda transpilórica que ingresará en el niño.
 - c) Luego de comprobar la posición de la sonda en estómago colocar al niño en decúbito lateral derecho
 - d) Si se aspira menos de 2 cc de aire luego de escuchar el gorgoteo en hipocondrio derecho, la sonda debe estar bien ubicada
 - e) Ya no es necesario colocar una sonda nasogástrica para permitir el vaciamiento gástrico.

16) ¿Cómo se realiza la administración de alimentos por la sonda transpilórica?

- a) La cantidad de alimentos se inicia con bajo volumen (0.5-1 ml/kg/hora)
- b) Se irá aumentando de volumen en forma progresiva cada 4 horas hasta lograr el aporte necesario
- c) La cantidad de alimentos en los siguientes aportes dependerá de la medición de la cantidad de residuos previos
- d) En niños mayores de 3 años, se administra fórmulas líquidas pediátricas
- e) Todas las anteriores.

17) ¿Respecto a las diarreas en niños que usan sondas de alimentación, cuál es falso?

- a) Puede ser por intolerancia a las proteínas de la leche, necesitará administrar hidrolizado de proteínas
- b) Las fórmulas líquidas pediátricas deben ser de mayor concentración si el niño tiene diarreas
- c) Puede originarse por pasar alimento demasiado rígido o demasiado frío.
- d) Puede ser consecuencia de no tener cuidado con las normas de higiene.
- e) Si el niño tiene diarrea se debe parar y reiniciar la administración 1 ó 2 horas con el alimento a temperatura ambiental

18) ¿Cuál de las siguientes no forma parte de los cuidados de la sonda de alimentación transpilórica?

- a) Fija la sonda a la fosa nasal con esparadrapo y apósito hidrocoloide para evitar úlceras
- b) Comprobar la permeabilidad de la sonda con lavados de agua cada 24 horas
- c) Medir los residuos cada 4-8 horas y antes de iniciar la alimentación
- d) Lavar la sonda con agua estéril antes y después de cada bolo y cada 4 horas si la alimentación es continua
- e) Lavar la sonda con agua estéril antes y después de administrar medicamentos.

19) ¿Cuál no es complicación del uso de una sonda de alimentación?

- a) Extracción accidental o voluntaria de la sonda de alimentación
- b) Obstrucción de la sonda de alimentación
- c) Dolor abdominal
- d) Náuseas y/o vómitos
- e) Diarrea

20) Para resolver una obstrucción de una sonda de alimentación, cuál de las siguientes no se debe hacer:

- a) Pasar agua tibia por la sonda mediante una jeringa
- b) Administrar 5 ml de bebida de cola y luego pasar de 5-10 ml de agua
- c) Después de cada toma no es necesario pasar agua por la sonda.
- d) Lavarse los dientes con cepillo suave o realizando colutorios con bicarbonato
- e) Retirar la sonda de alimentación si se obstruye y colocar una nueva sonda.

Gracias.

ANEXO 04

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN PEDIATRIA

Consentimiento Informado y Confidencialidad para Participantes de Investigación

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución : Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
Investigadores: Erika Espinoza Carrión,
Título: “Efectividad de una intervención educativa individualizada en mejora del conocimiento de padres con hijos menores de cinco años con sonda de alimentación, Servicio Medicina B del INSN, noviembre-diciembre 2014”

Propósito del Estudio:

Este es un estudio desarrollado por estudiantes que estamos realizando este estudio para evaluar la utilidad de la intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos de los padres de niños menores de cinco años con sonda de alimentación.

Las sondas de alimentación se usan para asegurar la administración de nutrientes al aparato digestivo cuando el niño tiene problemas para deglutir o tomar los alimentos pero tiene el aparato gastrointestinal en perfectas condiciones.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que haga lo siguiente:

- 1.- Responder 20 preguntas en un cuestionario en dos oportunidades, la información que se recoja será confidencial y anónima, por lo que no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.
2. Recibirá una intervención educativa en la cual se le enseñará los tipos de sondas de alimentación, las indicaciones, medidas de bioseguridad, técnicas de colocación, identificación y manejo de complicaciones de las sondas de alimentación. Entre estas actividades, Ud. realizará una réplica de la demostración que se realizará de la colocación y cuidados de la sonda de alimentación en un muñeco.

Riesgos:

La información obtenida será confidencial y anónima. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Beneficios:

Usted se beneficiará con el estudio al recibir información a través de sesiones educativas sobre los cuidados que deben tener en el cuidado de las sondas de alimentación de sus hijos. Los costos de las sesiones serán cubiertos por las investigadoras y no le ocasionarán gasto alguno.

Confidencialidad:

La información tendrá un código no nombres, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de su persona.. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del individuo:

Si usted decide participar en el estudio, también podrá retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si durante la encuesta alguna de las preguntas le parece incómoda puede abstenerse a responder.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente o discriminado puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, teléfono 01- 319000 anexo 2271

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo los beneficios si participo en el proyecto. Asimismo he sido informado (a) de que su objetivo es de obtener información acerca de los conocimientos sobre el uso de las sondas de alimentación en mi menor hijo (a) y también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:_____

Fecha

Investigador

Nombre:

Fecha