

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



"ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL APORTE HÍDRICO A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN CONDICIONES CRÍTICAS DE DESHIDRATACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE HUANCAYO DE ABRIL A JUNIO DE 2020"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

**AUTORES:
CASTRO QUILIANO ANGELA MARGARITA
HINOJOSA HUALI ELIDA MARGOT**

**Callao, 2020
PERÚ**

"ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL APORTE HÍDRICO A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN CONDICIONES CRÍTICAS DE DESHIDRATACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE HUANCAYO DE ABRIL A JUNIO DE 2020"

AUTORES:
CASTRO QUILIANO ANGELA MARGARITA
HINOJOSA HUALI ELIDA MARGOT

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES VOCAL

ASESORA: Mg. GUTIÉRREZ CAMPOS, MARÍA DEL ROSARIO

Nº de Libro: 04 - 2020

Nº de Acta: 123 - 2020

Fecha de Aprobación de la tesis: Bellavista, 11 de Noviembre del 2020

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 260-2020-D/FCS.-Callao; 05 de
Noviembre del 2020

DEDICATORIA:

A mis padres, por su incansable apoyo durante mis estudios, por su amor incondicional y por su paciencia.

Angela.

A mi familia, por su comprensión y apoyo en el logro de esta meta, por ser lo más valiosos de esta vida.

Elida.

ÍNDICE

Págs.

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO	3
ÍNDICE DE TABLAS DE GRÁFICOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 Descripción de la realidad problemática	8
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Objetivos	11
1.4 Limitantes de la Investigación.....	11
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Antecedentes: Internacional y Nacional.....	12
2.2 Bases Teóricas.....	16
2.3 Bases Conceptuales.....	18
2.4 Definición de términos básicos	32
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	34
3.1 Hipótesis	34
3.2 Definición conceptual de variables	34
3.2.1 Operacionalización de variable	35
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	36
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	36
4.2 Método de investigación.....	37
4.3 Población y muestra	37
4.4 Lugar de estudio.....	37

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	37
4.6 Análisis y procesamiento de datos	37
V. RESULTADOS.....	38
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	46
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	46
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares	47
6.3 Responsabilidad ética	49
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS	55
Anexo 1: Matriz de consistencia de proyecto	56
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	58
Anexo 3: Validez del instrumento.....	60
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento.....	61
Anexo 5: Base de datos.....	62

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

		Págs.
Tabla 5.1.1	Actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020	38
Tabla 5.1.2	Actitud de la enfermera en el componente cognitivo en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020	40
Tabla 5.1.3	Actitud de la enfermera en el componente procedimental en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020	42
Tabla 5.1.4	Actitud de la enfermera en el componente afectivo en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020	44

ÍNDICE DE TABLAS DE GRÁFICOS

		Págs.
Gráfico 5.1.1	Actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020	39
Gráfico 5.1.2	Actitud de la enfermera en el componente cognitivo en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020	41
Gráfico 5.1.3	Actitud de la enfermera en el componente procedimental en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020	43
Gráfico 5.1.4	Actitud de la enfermera en el componente afectivo en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020	45

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo de abril a junio de 2020. La investigación es de tipo descriptivo simple, aplicada, cuantitativa, transversal, observacional, la población estuvo conformada por 20 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario elaborado tipo Likert, el cual fue validado por juicio de expertos. Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS v. 24. Los resultados demuestran que el 65% de las enfermeras tienen una actitud de indiferencia frente a aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, el 25% de enfermeras presenta una actitud de aceptación y el 10% tiene una actitud de rechazo. En cuanto al componente cognitivo se evidenció un 50% de actitud de indiferencia, 30% de actitud de rechazo y 20% de actitud de aceptación. En el componente procedimental se encontró un 70% de actitud de indiferencia, un 15% de actitud de rechazo y 15% de actitud de aceptación. En el componente afectivo se encontró que el 75% tiene una actitud de indiferencia, un 15% una actitud de rechazo y el 10% una actitud de aceptación. Se concluye que la mayoría de las enfermeras tiene una actitud indiferente frente al aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación.

Palabras clave: Actitud, componente cognitivo, componente afectivo, componente procedimental, aporte hídrico.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the attitude of the nurse in providing water to children under 5 years of age in critical conditions of dehydration in the emergency service of the El Carmen de Huancayo Regional Maternal and Child Teaching Hospital from April to June 2020. The research is simple descriptive, applied, quantitative, cross-sectional, observational, the population was made up of 20 nurses who work in the emergency service. The survey was used as a technique and a Likert-type questionnaire as an instrument, which was validated by expert judgment. The data were processed using the statistical program SPSS v. 24. The results show that 65% of the nurses have an attitude of indifference towards the provision of water to children under 5 years of age in critical dehydration conditions, 25% of the nurses present an attitude of acceptance and 10% have an attitude of rejection. Regarding the cognitive component, a 50% attitude of indifference, 30% an attitude of rejection and 20% of an attitude of acceptance was evidenced. In the procedural component, a 70% attitude of indifference, 15% an attitude of rejection and 15% an attitude of acceptance were found. In the affective component, it was found that 75% have an attitude of indifference, 15% an attitude of rejection and 10% an attitude of acceptance. It is concluded that most of the nurses have an indifferent attitude towards the water supply to children under 5 years of age in critical conditions of dehydration.

Keywords: Attitude, cognitive component, affective component, procedural component, water intake

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas constituyen un gran problema de salud pública especialmente en las zonas rurales de nuestro país, son responsables de importante morbimortalidad durante la infancia, sobre todo por su relación con la desnutrición y los altos costos que implica para los servicios de salud la gran demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones. Cuanto menor edad tenga el niño hay mayor susceptibilidad para presentar enfermedades diarreicas y mayor posibilidad de producir deshidratación aguda. A esta situación se le asocia la mala calidad de agua ingerida, mayor exposición a agentes patógenos debido a deficientes condiciones de vivienda, pobreza, analfabetismo y malnutrición.

Como profesionales de enfermería sabemos que la atención en emergencia de las enfermedades diarreicas, en menores de 5 años en estado de deshidratación aguda, implica una toma de decisiones rápida, oportuna y permanente porque la salud y bienestar del niño está en riesgo y comprometida. Por tanto, la valoración y los cuidados de enfermería deben responder a las necesidades del paciente a nivel social, biológico y psicológico y para este proceso la enfermera debe asumir una actitud favorable para prestar una atención integral y holística. Eiser, Floyd y Kimball definen a la actitud como una predisposición establecida y aprendida por cada persona ante cualquier estímulo o diversas situaciones, las cuales podrían ser positivas o negativas. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto, por lo que las actitudes se componen de 3 elementos: el componente cognitivo, el componente afectivo y el componente conductual.

El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar la actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el Hospital Regional Docente Materno Infantil EL Carmen en la ciudad de Huancayo,

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades diarreicas agudas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, luego de las enfermedades respiratorias, ocasionando 760,000 millones de defunciones de niños cada año, de los cuales 525,000 millones son menores de cinco años. (1)

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) constituyen un problema grave de salud pública en los países en desarrollo, donde representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años, específicamente en zonas con condiciones de pobreza. Se estima que en América Latina y el Caribe 5.1% de las muertes en menores de 5 años son debidas a diarrea y deshidratación. Sin embargo, en once países de la región de las américas la proporción de niños y niñas de esta edad que mueren por enfermedades diarreicas sigue siendo superior al promedio regional. (2)

En los países de bajos ingresos económicos como el nuestro, el promedio de episodios diarreicos en un niño es de 3 a 5 veces al año. Los estudios epidemiológicos indican que los casos de diarreas están basados en varios factores como la contaminación fecal de agua y de alimentos, higiene personal deficiente, prácticas inapropiadas de lactancia materna, peso bajo al nacimiento, esquema de vacunación incompleto, falta de capacitación de la madre para la higiene familiar, madres adolescentes.

En el Perú, se han notificado 1 175 967 episodios de EDAS en el año 2017 (con pico máximo en el mes de febrero), de los cuales el 3.06% corresponden al departamento de Junín. Asimismo, de las 57 muertes, Junín ocupa el cuarto lugar en departamentos con mayor número de muertes reportadas por EDA.

El comportamiento de las EDAS en la jurisdicción de la DIRESA Junín en los años 2016-2018 es variado, se observa el incremento notable de los casos en las semanas epidemiológicas 39 a la 52 semana que corresponde a la temporada de lluvias, donde existe el riesgo que el agua no sea adecuada para el consumo humano sobre todo en lugares de selva donde el servicio es de agua entubada.

Aunque son bastante conocidas las medidas preventivas de esta enfermedad y existen tratamientos específicos basados en la rehidratación oral, aún se utilizan planes de hidratación endovenosa para los casos críticos de deshidratación aguda. La deshidratación ocasiona emergencias permanentes en los establecimientos de salud, más aún si se trata de lactantes y niños con bajo peso o desnutridos. La mayoría de los niños que fallecen por enfermedades diarreicas agudas en realidad mueren por una grave deshidratación.

En el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen se presentan diariamente emergencias de niños menores de 5 años relacionadas a la presencia de deshidratación aguda, ocasionadas por enfermedades diarreicas, las cuales son atendidas por los profesionales de enfermería. Aquí las actitudes del profesional de enfermería frente al aporte hídrico son de vital importancia, porque influyen trascendentalmente en la recuperación del niño; sin embargo, en el servicio de emergencia de este nosocomio la

actitud del profesional de enfermería frente al niño deshidratado se ve influenciado negativamente por las condiciones de la deshidratación y las características del servicio, generando en los niños muchas veces miedo, angustia o llanto.

Por otro lado, la sobrecarga laboral puede propiciar menor rendimiento laboral o problemas de salud mental como el síndrome de Burnout, que ocasiona deterioro en el estado de ánimo de la enfermera y en su capacidad para pensar, sentir y actuar ante determinadas circunstancias, generando espera prologada para la atención de los niños que presentan en ese momento una emergencia por deshidratación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo de abril a junio de 2020?

1.2.2 Problemas Específicos

- a) ¿Cuál es la actitud de la enfermera en la dimensión cognitiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia?
- b) ¿Cuál es la actitud de la enfermera en la dimensión conductual en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia?
- c) ¿Cuál es la actitud de la enfermera en la dimensión afectiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo de abril a junio de 2020.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar la actitud de la enfermera en la dimensión cognitiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.
- b) Identificar la actitud de la enfermera en la dimensión conductual en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.
- c) Identificar la actitud de la enfermera en la dimensión afectiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.

1.4 Limitantes de la Investigación

La investigación no ha tenido ninguna limitante, ya que hubo la disposición de participar en la investigación de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital El Carmen de Huancayo, además de ello se contó con el tiempo, y los recursos necesarios para el desarrollo del estudio; siguiendo estrictamente los pasos de la investigación científica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Internacional y Nacional

Flores T. (2018) en Lima desarrolló su tesis titulada Actitud del Profesional de Enfermería Frente al Paciente Terminal del Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas – 2018; con el objetivo de determinar la actitud del profesional de enfermería frente al paciente terminal en el Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas 2018 en atención a las dimensiones obtenidas en el proceso de la investigación. Fue una investigación de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo, presentó un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo. La muestra fue de 56 Profesionales de Enfermería de las áreas de emergencia adultos y la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Sergio Bernales. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario que fue medido con la escala de Likert. Los resultados obtenidos indican que más de la mitad (66%) de los profesionales de enfermería presentan una actitud favorable frente al paciente terminal, siendo el 34% una actitud desfavorable. La actitud del profesional de enfermería en la dimensión cognitiva es favorable (84%), en la dimensión afectiva es desfavorable (64%) y en la dimensión conductual es favorable (55%). La autora recomienda sensibilizar a los enfermeros para lograr una atención de calidad en los usuarios, especialmente en la dimensión afectiva.

(3)

Condor B. (2018) en Lima realizó sus tesis titulada Relación del nivel de conocimiento con las actitudes y prácticas en bioseguridad del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos e intermedios del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”

Lima, 2018; teniendo como objetivo determinar el nivel de conocimientos y su relación con las actitudes y prácticas en bioseguridad en el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios; la autora hizo un estudio observacional, analítico y transversal, tuvo como población a todo el personal de salud que trabaja en dicha unidad, teniendo un total de 53 trabajadores entre médicos, licenciados en enfermería y técnicos en enfermería, quienes resolvieron un cuestionario que contienen las secciones de nivel de conocimiento, actitudes y prácticas. Sus resultados indican que el 60% del personal de salud cuenta con un nivel alto de conocimientos; el 51% cuenta con un nivel medio de actitudes y el 55% cuenta con un nivel alto de prácticas. Con respecto a la relación del nivel de conocimiento con las actitudes, se determinó que las variables son independientes, y de la misma manera con el nivel de conocimiento y prácticas (Chi cuadrado de 0,064 y 0,774 respectivamente). Finalmente, también pudo determinar el Odds Ratio, el cual indica que poseer un nivel alto de conocimiento no tiene relación estadísticamente significativa con poseer un nivel alto en actitudes (OR: 0,342, IC 95% [0,108-1,080]). De manera similar, un alto nivel de conocimiento no muestra asociación significativa con tener un nivel alto en prácticas (OR: 1,176, IC 95% [0,388-3,565]). Concluyó que no hay relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimientos con actitudes y prácticas. (4)

Meléndez C., Muñoz M., Burgos L. (2017) en Iquitos ejecutaron su trabajo de investigación titulado: Conocimientos, actitudes y practica del cuidado humanizado del profesional de enfermería el Hospital III Iquitos Essalud, Punchana 2017; con el objetivo de determinar la asociación que existe entre los conocimientos, actitudes y la práctica del cuidado humanizado del profesional de

enfermería en el Hospital III Iquitos Essalud, Punchana 2017. La metodología empleada fue el método cuantitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo, correlacional y transversal. La población estuvo constituida por 30 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de hospitalización y emergencia y la muestra comprendió asimismo a los 30 profesionales. Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario de conocimientos sobre cuidado humanizado de enfermería, una escala de actitudes hacia el cuidado humanizado y una lista de verificación de la práctica del cuidado humanizado enfermero. El programa estadístico utilizado fue el SPSS en su versión 22, para Windows XP, con un nivel de confianza del 95% y significancia del 0,05 ($p < 0,05$). Para establecer la asociación entre los conocimientos, actitudes y la práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería, se utilizó la prueba estadística no paramétrica Tau-b de Kendall y la prueba exacta de Fisher, obteniendo asociación estadística significativa entre, conocimientos ($p = 0,000$), actitudes ($p = 0,005$) y la práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería. Los resultados respecto a conocimientos y actitudes sobre del cuidado humanizado del profesional de enfermería indican que el 60% (18) calificaron con conocimientos medio y 20% (6) con conocimiento alto y bajo, en cuanto a la actitud hacia el cuidado humanizado el 53,3% (16) tuvieron actitud positiva y el 46.7% (14) actitud negativa. En cuanto a la práctica del cuidado humanizado, el 50% (15) calificaron como cuidado humanizado regular, 26.7% con práctica buena y 23,3% deficiente. Se demostró que existe asociación estadísticamente significativa entre conocimientos y prácticas del cuidado humanizado y entre actitudes y práctica del cuidado humanizado. (5)

Arteaga F., Otiniano J. (2017) en Trujillo hicieron su tesis Nivel de conocimiento relacionado con el manejo del balance hídrico en enfermeras del servicio de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y su relación con el manejo del balance hídrico en enfermeras del servicio de medicina de un Hospital de nivel III-1, aplicaron dos instrumentos: un cuestionario y una lista de cotejo a 28 enfermeras. Encontraron que el 71.4% de enfermeras tienen un nivel de conocimiento medio, el 21.4% tienen un nivel de conocimiento alto, y el 7.1 % un nivel de conocimiento bajo. También encontraron que el 92,9 % de las enfermeras, tiene manejo adecuado del balance hídrico y solo el 7,1% un inadecuado manejo. Al relacionar las variables nivel de conocimiento y manejo del balance hídrico en las enfermeras de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo, no encontraron relación significativa. (6)

Cruz A., Grados G.- (2016) Trujillo, Perú. Realizaron el estudio Actitud de la enfermera frente al cuidado del paciente crítico en Clínicas Privadas de Trujillo. Este estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, cuyo universo muestral estuvo conformado por 20 enfermeras a quienes se les aplicó como instrumento una encuesta de 14 ítems con 5 alternativas de respuesta, dividida en tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Los resultados arrojaron que el 95% de las enfermeras tuvo actitud favorable frente al cuidado del paciente crítico. En cuanto a los componentes: el cognitivo de la actitud resultó favorable con un 85%, el conductual de la actitud también fue favorable con el 95% y el afectivo de la actitud solo alcanzó el 35% en las enfermeras. Se concluye que la actitud de las enfermeras frente al cuidado del

paciente crítico en las clínicas particulares fue favorable de modo general. (7)

2.2 Bases teóricas

Virginia Henderson es una teórica de Enfermería que estaba influenciada por el paradigma de la integración es decir reconoce en su modelo la influencia de la fisiología y la psicología, identificando 14 necesidades básicas en el ser humano, lo que la coloca dentro de la Escuela de las Necesidades. Ella define la enfermería en términos funcionales, considera que *“la única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”*. (8)

Henderson considera que la enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con los otros profesionales de la salud y que la sociedad espera de ella un servicio que ningún otro profesional puede darle. El objetivo de los cuidados es ayudar a las personas que presentan un déficit real o potencial a satisfacer sus necesidades básicas. Por tanto, la función principal de la enfermera es ayudar a las personas a recuperar o mantener su independencia, desarrollando en ellas la fuerza, la voluntad o conocimientos, o supliéndola el aquello que no pueda realizar por sí misma. Henderson decía *“...si se quiere ser una buena enfermera para un paciente, se debe pensar en todos los aspectos de su vida...”*. El concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema para la teórica, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en

las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensables para mantener la integridad. (8)

Las necesidades básicas pueden ser:

- Universales que son comunes y esenciales para todos, y
- Específicas que se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona.

Las 14 Necesidades Básicas formuladas por Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Virginia Henderson afirmaba que la enfermería era un servicio disponible las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. Esto tiene bastante sentido en la actualidad, pues el personal de enfermería siempre permanece al lado del paciente para lo que necesite.

El enfoque de Henderson ha sido de gran utilidad para explicar la importancia de independencia de la rama de enfermería respecto a otras disciplinas de la salud.

2.3 Bases conceptuales

- **Actitud**

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. La actitud favorable permite afrontar una situación enfocando al individuo únicamente en los beneficios de la situación y enfrentar la realidad de una forma sana, positiva y efectiva. La actitud desfavorable no permite al individuo sacar ningún provecho de la situación que se está viviendo lo cual lo lleva a sentimientos de frustración, resultados desfavorables que no permiten el alcance de los objetivos trazados. La actitud puede culminar en una determinada postura corporal. Una actitud amenazante es una postura que expresa agresividad, y puede ser un mecanismo de defensa o forma de intimidación.

Las actitudes las integran las opiniones, creencias, o valores; los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. (9)

Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo.

Componentes de la actitud

Rodríguez, A. distingue tres componentes de las actitudes:

Componente Cognitivo: Para que exista una actitud, es necesario que exista una representación cognoscitiva del objeto. Es el cómo y que se conoce de algo o alguien a partir de creencias, valores, esquemas, experiencias, ideas, ideologías y opiniones. La persona aprende a reaccionar ante muchos estímulos del ambiente luego son caracterizados y a su vez son definidos por otras categorizaciones o atributos, que se ven influenciadas por el idioma, las creencias y la cultura. Los objetos no conocidos o sobre los que no se conoce información no puede generar actitudes. (10)

Componente Afectivo: Es el sentimiento ante algo o alguien. Se le considera como la respuesta afectiva o emotiva que se forma asociado a una categoría cognoscitiva, en base a acontecimientos y circunstancias placenteras o desagradables. Es el componente más característico de las actitudes, porque aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones. (10)

Componente Conductual: Es la tendencia que se tiene a comportarse (reacción) ante algo o alguien, son ideas sobre cuál es el comportamiento para un miembro de un grupo. Está influenciado por las normas sociales, es así que una emoción positiva no lleva forzosamente a normas de acercamiento y una emoción negativa no conduce necesariamente a una norma hostil. Es el componente activo de la actitud. (11)

Cada actitud, presenta a su vez diferentes características como lo son: la valencia o dirección, intensidad y consistencia.

La valencia o dirección, es la que refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo, puede ser favorable o desfavorable.

La intensidad, se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo; se puede estar más o menos de acuerdo con algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.

Deshidratación de pacientes pediátricos

La deshidratación es un cuadro clínico que está caracterizado por un balance negativo de agua y de solutos en el organismo. Es producido por un aumento de las pérdidas de agua y sales o por una disminución en la ingestión de agua. Las causas más frecuentes son la gastroenteritis aguda y los vómitos.

En cuanto al metabolismo hidrosalino de los niños, éste tiene características específicas que lo diferencian significativamente del de los adultos. Los tres factores más importantes son los siguientes:

1. Mayor porcentaje de agua corporal por kilogramo de peso, con predominio del espacio extracelular (más capacidad para perder agua).
2. Mayor recambio diario de agua y electrolitos (más posibilidad de desequilibrio hidrosalino).
3. Inmadurez renal para eliminar orinas concentradas (menor capacidad de adaptación a los cambios de agua y sal del medio interno). (12)

Estas características condicionan que los cuadros de deshidratación sean más frecuentes en los niños que en los adultos, y también que la comprensión fisiopatológica de estos procesos deba realizarse desde una perspectiva específica pediátrica.

La deshidratación en niños es una de las causas más comunes de consulta en el servicio de urgencias de pediatría, la mayoría de veces es consecuencia de alguna otra patología y por ende el enfoque debe ser global al tratar la enfermedad causante de la deshidratación y la deshidratación en sí misma.

El manejo inadecuado o la simple omisión de éste, puede conducir a los pacientes a complicaciones totalmente prevenibles como el shock hipovolémico, la falla renal, las alteraciones del estado de conciencia e incluso la muerte; lo que hace imperativo el completo abordaje del paciente que cursa con algún estado de deshidratación, individualizando el escenario clínico del menor con el objetivo de corregir la causa de la deshidratación y así establecer el manejo más apropiado de rehidratación. Cuanto menor es la edad del niño, mayor es el riesgo de deshidratación. La causa más frecuente de deshidratación es la gastroenteritis aguda.

La fisiopatología, la clínica y el tratamiento más adecuado según la evidencia actual de la deshidratación en el paciente pediátrico con el fin de intervenir a tiempo y de manera correcta, disminuyendo así al mínimo las probabilidades de posibles complicaciones de esta patología que es causante de millones de muertes alrededor del mundo.

Epidemiología

En 2014 la OMS reportó las últimas estadísticas de mortalidad en menores de cinco años, demostrando que de las 6.3 millones de

muerres en ese año, más de la mitad fueron a causa de enfermedades prevenibles o tratables, tales como complicaciones de recién nacidos pretérmino, asfixias perinatales, neumonías, diarrea y malaria, enfermedades que fuera de su espectro patológico en su mayoría cursan con algún estado de deshidratación por mecanismos fisiopatológicos que más adelante serán explicados; además, la OMS estima que anualmente mueren 1,8 millones de personas por enfermedad diarreica aguda (EDA), de las cuales cerca del 90% son niños menores de 5 años, especialmente menores de un año y habitantes de países en vía de desarrollo, planteando que esta patología en su mayoría es causada por el consumo de agua no potable, saneamiento e higiene ineficientes, el desconocimiento o la mala práctica del lavado de manos y la falta de educación al respecto.

A diferencia de los países desarrollados en donde las tasas de morbimortalidad por EDA son bajas; en nuestro país la enfermedad diarreica aguda es definida por la OMS como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, junto con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días, ocupa el segundo lugar en menores de cinco años con tasas de mortalidad que llegaron a ser del 45.4 (2002 casos) en 1990 a 21.5 (109 casos) en 2012 x 100000 habitantes , datos que demuestran una importante reducción del porcentaje de muertes por EDA, según lo propuesto por la ONU en sus 8 metas para el desarrollo del milenio, específicamente en el objetivo número 4 que buscaba reducir en dos terceras partes las muertes entre 1990 y 2015 en menores de 5 años; estos datos fueron analizados, demostrando que mundialmente se ha logrado reducir la mortalidad de niños menores de 5 años en un 41% entre 1990 y 2011, pasando de 87 a 51 muertes por cada 1000 nacidos vivos. (13)

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su Informe Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2013- 2019 al Primer Semestre del 2019, evidenció que a nivel nacional el 14,6% de niñas y niños menores de tres años de edad tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista; en el área urbana fue 14,3% y en el área rural 15,5%. En la Selva, el 18,2% de menores de tres años de edad tuvieron diarrea. Pasco es un departamento que a nivel nacional tiene una de las mayores incidencias acumuladas de EDA.

Es por ello que el conocimiento acerca de la implicación de estas patologías en pacientes pediátricos, especialmente en menores de 5 años es de vital importancia, teniendo en cuenta que estas muertes pudieron ser prevenidas con el manejo indicado en el momento adecuado al igual que complicaciones como edema cerebral, convulsiones, choque hipovolémico, falla renal, lesión cardíaca, coma y hasta la muerte.

Clasificación

Los dos criterios para clasificar la deshidratación son: (12)

a.- La pérdida de peso:

- Deshidratación leve < 5% de pérdida de peso.
- Deshidratación moderada: entre 5-10% de pérdida de peso
- Deshidratación grave: >10% de pérdida de peso.

En los niños mayores de 35 kg, los valores para la pérdida de peso son proporcionalmente menores:

- Deshidratación leve <3%
- Deshidratación moderada 5-7%
- Deshidratación grave > 7%

b.- Los niveles del sodio en plasma.

- Deshidratación hipotónica: Na <130 m Eq/L
- Deshidratación isotónica: Na 130 – 150 m Eq/L
- Deshidratación hipertónica: Na >150 m Eq/L

La deshidratación isotónica es la forma más frecuente con el 65% y está causada por la gastroenterocolitis aguda. La deshidratación hipotónica es la menos frecuente con el 10%, suele estar producida por la gastroenterocolitis aguda asociada a pérdida importante de sales y por algunos tipos de insuficiencia suprarrenal.

Fisiología del paciente pediátrico

Para entender la importancia de la correcta reposición de líquidos y electrolitos en el paciente pediátrico se deben resaltar las diferencias fisiológicas desde la vida in útero, a través de la infancia hasta la adultez. En la semana 24 de gestación el contenido de agua corporal total del feto es cerca del 75% al 80% de su peso total, porcentaje el cual disminuye de 5%-15% en los primeros 10 días de vida postnatal, gracias al aumento del volumen urinario y las pérdidas insensibles; el agua corporal total sigue disminuyendo hasta alcanzar aproximadamente el 60% del peso corporal total al año de edad y 50% en la adultez.

Cuanto menor es la edad del niño, mayor es el porcentaje de agua corporal. En los recién nacidos, el agua supone el 80% de su peso; en los lactantes, el 70-65%; y en los niños mayores, el 60%. El agua corporal total se distribuye en

En la adolescencia los niveles de agua total descienden lentamente, siendo más pronunciado en las mujeres, debido a que tendrán un mayor porcentaje de grasa total cuando completen el desarrollo comparado a los hombres que después de alcanzar la

pubertad presentan de un 2%-10% más de agua corporal total. Esta reacomodación hídrica también se encuentra reflejada en los porcentajes de agua en los diferentes compartimentos corporales, pues al nacer, el 45% del peso corporal total está contenido en el espacio extracelular (intersticial y plasmático), y el 35% en el espacio intracelular, mientras que al alcanzar el primer año de vida postnatal los porcentajes se asemejan a los del adulto, 20% y 40% respectivamente. La siguiente grafica se realizó gracias al complemento que realizan los tres artículos citados, con el fin de plasmar la mayor cantidad de información posible desde el nacimiento hasta la adultez y teniendo en cuenta la diferencia según el sexo en la adolescencia sin alterar cifras, sin realizar modificación alguna en los valores plasmados en los diferentes artículos.

Sales de rehidratación oral

Las sales de rehidratación oral (SRO) deben su origen a los hallazgos clínicos y científicos llevados a cabo el siglo XXI, hallazgos que, en conjunto, permitieron el inicio de la investigación y el posterior desarrollo de éstas. En primer lugar, gracias a las bases del descubrimiento del canal intestinal SGLT-1 (canal glucosa-sodio); sumado al entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad diarreica aguda, en donde dilucidaron que la endotoxina del cólera no afectaba el canal intestinal SGLT-1 y por ende éste podría ser un importante blanco terapéutico y en segundo lugar por la buena respuesta a la terapia empírica con los primeros prototipos de sales de rehidratación oral usados en la guerra de la independencia de Bangladesh, en los comienzos de los 1970's.

El mecanismo de acción de las sales de rehidratación oral, se basa en el papel del sodio y sus mecanismos de transporte a nivel intestinal, gracias a su capacidad de generar gradientes osmóticos y por ende arrastrar agua consigo al interior de la célula para posteriormente alcanzar el torrente sanguíneo. Gracias al canal SGLT-1 de la membrana luminal del intestino delgado, dos moléculas de sodio ingresan atravesando la membrana celular de las células de la mucosa intestinal, generando un gradiente electroquímico que consigue arrastrar a una molécula de glucosa y por ende agua, una vez dentro de la célula el sodio es llevado al torrente sanguíneo por la bomba sodio-potasio ATPasa y la glucosa por medio del transportador GLUT1 ambas bombas ubicadas en la membrana basal en estrecho contacto con el epitelio vascular, logrando así el transporte de sodio, glucosa y agua al torrente endovascular. (14)

La OMS en 1977, presentó por primera vez una SRO estándar que fue utilizada por alrededor de 25 años, con una osmolaridad de 311 mOsm/L con concentraciones de 20 g/L de glucosa y 90 mEq/L de sodio, mostrando gran eficacia disminuyendo la tasa de mortalidad por deshidratación en enfermedad diarreica aguda sobre todo en gastroenteritis por cólera por sus grandes pérdidas de sodio; pero, con efectos adversos como mala tolerancia al ser una solución muy “salada” y que cursó con efectos secundarios como hipernatremia sobretodo en pacientes con gastroenteritis no causadas por cólera. La Asociación Americana de Pediatría en el año 1988, dio a conocer una nueva recomendación de la terapia de rehidratación dividiéndola en dos fases, la primera llamada fase de rehidratación en donde se debía administrar una SRO de 75 – 90 mEq/L de sodio y una fase de mantenimiento con SRO de 40 – 70 mEq/L de sodio. En el año 1992, la Sociedad Europea de Gastroenterología

Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), presentó la recomendación de una SRO con 60 mEq/L de sodio, recomendación que contrasta a la emitida por la OMS que en 2002 cuando presentó una SRO de 245 mOsm/L con menor concentración de glucosa (75 mmol/L) y de sodio (75 meq/L) respecto a la estándar, denominada SRO de osmolaridad reducida y que además conserva una relación sodio/glucosa 1:1; dicha recomendación de la OMS fue basada tanto en el estudio realizado por el grupo CHOICE como la revisión sistemática realizada por Hahn, y confirmada en un estudio realizado en Colombia posteriormente; dichos estudios compararon esta nueva SRO con la estándar, demostrando una notable disminución en la mortalidad de los pacientes con deshidratación por enfermedad diarreica aguda asociado a disminución en la frecuencia de las deposiciones, en los días de enfermedad, tiempo de estancia hospitalaria, en los episodios eméticos, en los requerimientos de terapia endovenosa, reducción de los efectos adversos como hipernatremia con SRO de 90 mEq/L e hiponatremia en SRO de 45 mEq/L, con mayor tolerancia por los pacientes que la consumían, correcciones niveles séricos de sodio y además que estos pacientes pueden ser tratados en casa con terapia ambulatoria y no requieren hospitalización reduciendo así los riesgos de estancia hospitalaria; por tanto, la guía Colombiana recomienda el uso de SRO de baja osmolaridad entre 75 y 84 mmol de sodio con una relación sodio/glucosa 1:1 o en su defecto 2:1 y una osmolaridad entre 240-250mOsm/L SRO como la propuesta por la OMS. (15)

Al comparar la terapia vía oral versus la parenteral, la OMS declara a la primera más simple, segura, efectiva y menos costosa; esto apoyado entre muchos estudios por un meta análisis realizado en el año 2006 que comparó la eficacia y la seguridad de la

rehidratación oral versus la rehidratación endovenosa en pacientes pediátricos con EDA, demostrando que solo alrededor de un 4% de los casos necesitó el escalonamiento a terapia endovenosa, pacientes tratados con SRO necesitaron menos días de estancia hospitalaria y menor incidencia de efectos adversos graves, no se demostró diferencia con respecto a ganancia ponderal o incidencia de hipernatremia o hiponatremia, ni de los días con deposiciones diarreicas; con respecto a las muertes, se reportaron más casos de muerte en pacientes con rehidratación endovenosa (6 vs 2), pero posiblemente relacionado con la gravedad de la patología y no con la terapia como tal; dejando en el ambiente una clara inclinación a favor de la rehidratación oral en pacientes con indicaciones sobre la terapia endovenosa.

Soluciones de administración endovenosa

En la actualidad contamos con tres clases de sustancias que pueden ser administradas por vía endovenosa para terapias de expansión de líquidos extra e intracelulares como lo son los cristaloides, los coloides y las unidades de sangre. En el paciente pediátrico con deshidratación, se debe elegir aquella solución capaz de regular los volúmenes en el espacio intracelular y extracelular, y que genere los aportes metabólicos y electrolíticos necesarios como en los pacientes menores de dos años que requieren soluciones que contengan glucosa para brindar así un aporte energético basal como la solución poli-electrolítica. Al comparar la solución salina con el lactato de Ringer en pacientes pediátricos con deshidratación por diarrea, la evidencia apunta a que la solución salina produce mayor disminución del pH generando mayores complicaciones como acidosis metabólica e hipercloremia, esto apoyado por la mayor relación con el líquido extracelular, la presencia de potasio y por su diferencia de iones

fuerzas del Lactato de Ringer convirtiéndole en una solución más fisiológica con respecto al cloruro de sodio; dentro de las diferentes presentaciones de la solución salina, el riesgo de hiponatremia, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión arterial y otras patologías, es mayor cuando se usa solución salina hipotónica, demostrando la superioridad de las soluciones isotónicas (solución salina normal 0.9%, Lactato de Ringer y solución poli electrolítica <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000063cnt-01-guia-abordaje-colera.pdf>) para el manejo de la deshidratación en el paciente pediátrico, por lo cual la guía Colombiana recomienda el uso de Lactato de Ringer o de solución poli-electrolítica (contiene: 90 mmol/L de sodio, 20 mmol/L de potasio, 80 mmol/L cloruro, 30 mmol/L de base – acetato y 140 mmol/L de glucosa) sobre el uso de solución salina al 0.9% en pacientes con algún grado de deshidratación.(16)

La rehidratación endovenosa, por lo general requiere del inicio bajo esquemas con bolos de cristaloides con el fin de establecer lo más rápido posible un alto porcentaje de las pérdidas hidroelectrolíticas producidas por cualquier patología que cause deshidratación, reestableciendo así el volumen sanguíneo que asegura un aporte de nutrientes, oxígeno y electrolitos de manera rápida y eficaz; estos esquemas en bolos deben ser administrados cuantas veces sean necesarios con el objetivo de reestablecer las variables hemodinámicas que están alteradas en un paciente con alteraciones hidroelectrolíticas, siempre teniendo en cuenta las posibles complicaciones que podrían aparecer con el exceso de estas que por lo general se pueden tratar fácilmente con una terapia adecuada. Hasta el momento existen dos tipos de esquemas con soluciones isotónicas, uno en el cual se administra a una velocidad de infusión de 20ml/kg y otra llamada rehidratación endovenosa rápida de 60 ml/kg en un tiempo de 30 a 60 minutos;

terapias que, a pesar de ser objeto de investigación en múltiples estudios clínicos, hasta el momento no han demostrado superioridad de una terapia sobre la otra. La mayoría de veces, los líquidos administrados en bolo deben ser restados a los líquidos calculados para la compensación del déficit hídrico, excepto en casos que el paciente requiera terapia intensa con rehidratación por presentar estado de choque, siempre monitoreando y examinando constantemente al paciente, con el fin de detectar a tiempo posibles complicaciones como edema pulmonar.

Rehidratación rápida

La OMS por medio de la clasificación del AIEPI, divide a los pacientes pediátricos con diarrea en tres grandes grupos:

Pacientes pediátricos con diarrea sin deshidratación, plan A

No suspender la lactancia materna a menos de que existan contraindicaciones, aumentar la ingesta de líquidos según la edad del paciente, continuar alimentación con sólidos si el paciente ya inicio esta etapa, reponer las pérdidas con sales de rehidratación oral, dar signos de alarma y recomendaciones generales a los padres y/o cuidadores con el fin que lleven al menor al servicios de urgencias en caso de necesitarlo; después de cada deposición se recomienda administrar de 50 a 100 cc de SRO en menores de 2 años, de 100 a 200 cc de SRO entre 2 y 10 años, y para pacientes mayores de 10 años a libre demanda fraccionada, no dar bebidas carbonatadas, no rehidratar con SRO $<40\text{mmol/L}$ de sodio en su composición ni soluciones para deportistas. (17)

Pacientes pediátricos con diarrea con deshidratación leve – moderada, plan B

Suspender la vía oral con el fin de evaluar la tolerancia a esta por un periodo de 2-4 horas de la siguiente manera:

Menores de 10 kg: Con deshidratación leve administrar 50 cc/Kg de SRO, cálculo para 4 horas, por tanto, se recomienda dividir el total en 4, para que la cantidad sea dada en horas y posteriormente dividir esta fracción en 12 para que la cantidad resultante sea administrada cada 5 minutos; para deshidratación moderada administrar 100cc/Kg con la misma distribución explicada anteriormente.

Mayores de 10 kg: con deshidratación leve 30cc/Kg y para deshidratación moderada 60 cc/ Kg, se administran como se explicó anteriormente.

Los pacientes en esta etapa deberán ser observados durante la primera, la segunda y la cuarta hora, si mejoran deberán ser tratados mediante el PLAN A de rehidratación de la OMS; de lo contrario si aparecen signos de deshidratación grave, intolerancia a la vía oral y/o fracaso terapéutico, deberá ser sometido al PLAN C.
(17)

Pacientes pediátricos con diarrea con deshidratación grave, plan C

Hospitalizar previo inicio de rehidratación con sales de rehidratación oral si el paciente tolera vía oral hasta asegurar acceso venoso para iniciar reposición por vía IV con lactato de Ringer o solución poli-electrolítica o solución salina normal en ausencia de estas, si no tolera vía oral y no se puede crear acceso venoso, considerar paso de sonda nasogástrica y reponer de la siguiente manera:

Para rehidratación IV o por sonda nasogástrica administrar 100 ml/Kg repartidos de la siguiente manera:

- Lactantes menores de 12 meses: Comenzar con la administración de 30 ml/kg en 30 minutos, luego administrar 70 ml/kg en 5 horas y media siguientes, evaluando signos de

hidratación cada 30 minutos, considerar repetir otra carga de 30 ml/kg en 30 minutos si el pulso es débil al finalizar la rehidratación.

- Mayores de 12 meses: Primero administrar 30 ml/ kg en 30 minutos, luego administrar 70 ml/kg en las siguientes 2 horas y media, evaluando signos de hidratación cada 30 minutos, considerar repetir otra carga de 30 ml/kg en 30 minutos si el pulso es débil al finalizar la rehidratación.

La introducción de la vía oral en pacientes con rehidratación endovenosa debe ser de manera temprana y gradual, puede ser concomitante a la terapia endovenosa con el fin de evaluar la tolerancia que también es un signo clave de hidratación, no existe consenso sobre cuando iniciar la vía oral pero basados en la evidencia actual, la guía recomienda iniciar esta terapia de 2-3 horas después de iniciar la terapia endovenosa o al terminar esta; si el paciente tolera la vía oral, se deberá suspender gradualmente la infusión endovenosa y terminar el esquema de rehidratación con SRO. (18)

2.4 Definición de términos básicos

Actitud: Es un comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias y que determinan la vida anímica de cada individuo.

Aporte hídrico: Es el mantenimiento de un adecuado equilibrio hídrico (la diferencia neta entre el aporte y la pérdida de agua), es esencial para la salud.

Balance hídrico: Relación que existe entre los ingresos y egresos de líquidos en el ser humano, generalmente se mide en un día.

Deshidratación: Es la alteración o falta de agua y sales minerales en el plasma de un cuerpo o pérdida de agua corporal por encima del 3%.

Enfermero: Profesional de sexo femenino o masculino, con estudios universitarios de Enfermería que posee competencias cognitivas, valorativo y procedimental, en la atención del paciente en situación de emergencia.

Estado crítico: Situación inminente del peligro de muerte y debe ser concebido en su integridad como ser biopsicosocial para así brindar un cuidado integral de enfermería, en el que se involucre a su familia desde el planeamiento, satisfaciendo de esta forma sus necesidades sociales, de afecto y fisiológicas; procurando así una estancia en la unidad de cuidado crítico una pronta recuperación.

Niño: Es un ser humano que se encuentra entre las edades de 0 a 5 años.

Paciente: Persona que adolece o padece de alguna enfermedad, generalmente se encuentra hospitalizada en un establecimiento de salud.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

Existe una actitud de indiferencia de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo de abril a junio de 2020.

3.1.2. Hipótesis Específicas

Existe una actitud de indiferencia de la enfermera en la dimensión cognitiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.

Existe una actitud de indiferencia de la enfermera en la dimensión conductual en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.

Existe una actitud de indiferencia de la enfermera en la dimensión afectiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.

3.2 Definición conceptual de variables

Variable

Actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación

Es la predisposición que tiene el profesional de enfermería de brindar el aporte hídrico.

3.2.1 Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL
Actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación	Es la predisposición que tiene el profesional de enfermería de brindar el aporte hídrico.	Cognitiva	Está conformado por las expresiones del pensamiento, concepciones y creencias, representa el conocimiento que la persona tiene acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo deseables o indeseables	Creencias Conocimientos Valores	Cualitativo ordinal	Actitud de Aceptación
		Conductual	Está representado por las expresiones de sentimientos hacia el aporte hídrico, son aquellas emociones y sentimientos por ellos son reacciones subjetivas positivas y negativas.	Responsabilidad Vocación Comodidad Aceptación		Actitud de Indiferencia
		Afectiva	Está conformado por la respuesta de la enfermera frente al aporte hídrico, son expresiones de acción o intención	Apatía Sensibilidad Ansiedad Temor		Actitud de Rechazo

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

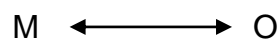
4.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo aplicada, cuantitativa, transversal, observacional; aplicada, porque los conocimientos que se quieren generar tienen motivación y alcance práctico, proyecta que el conocimiento producido mejore la atención en el servicio de emergencia; cuantitativa, porque las valoraciones de las variables de una escala cualitativa ordinal; transversal, los datos serán recolectados en un solo momento y por única vez; y observacional, las investigadoras se restringirán a examinar los datos tal como se ostentan en la realidad.

El estudio pertenece al nivel descriptivo, ya que describe la variable.

La investigación propuesta corresponde a un estudio descriptivo simple.

El estudio responde al siguiente esquema:



Donde:

M = Población de enfermeras que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo.

O = Observación de la actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación.

4.2 Método de investigación

El método que se usó en la presente investigación es el método descriptivo, ya que garantiza nos permitió describir la variable de estudio.

4.3 Población y muestra

La población lo constituyeron las enfermeras que laboran en el servicio de emergencias del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo.

$$N = 20$$

No se usó muestra por el tamaño de la población.

4.4 Lugar de estudio

El estudio se llevó a cabo en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil EL Carmen, el cual está ubicado en el Jr. Puno No 911 – Huancayo; atiende principalmente a gestantes y niños en sus diferentes departamentos como medicina, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía, odontoestomatología, emergencia, entre otros.

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario, Cuestionario de actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia, el mismo que se sometió a validez a través del juicio de expertos, y sometido a confiabilidad a través de la prueba piloto en una población similar.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS v. 24, para elaborar una base de datos, la cual nos sirvió para construir las y gráficos estadísticos.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

Tabla 5.1.1

Actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020.

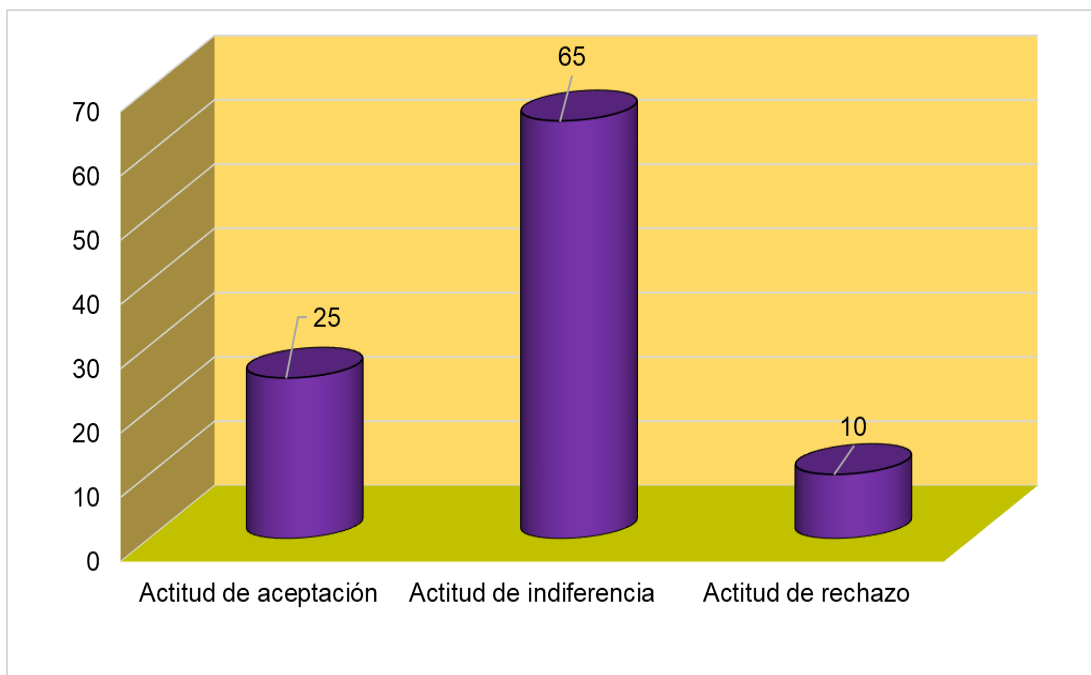
Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Actitud de aceptación	5	25
Actitud de indiferencia	13	65
Actitud de rechazo	2	10
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia – Aplicación del Cuestionario

Se puede observar que predomina en la enfermera la actitud de indiferencia con un 65% frente al aporte hídrico en niños menores de 5 años que se encuentran en condiciones críticas de deshidratación, solo el 25% tiene actitud de aceptación.

Gráfico 5.1.1

Actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020.



Fuente: Elaboración propia – Aplicación del Cuestionario

El 65% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia frente a aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, el 25% de enfermeras presenta una actitud de aceptación y el 10% tiene una actitud de rechazo.

Tabla 5.1.2

Actitud de la enfermera en el componente cognitivo en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020.

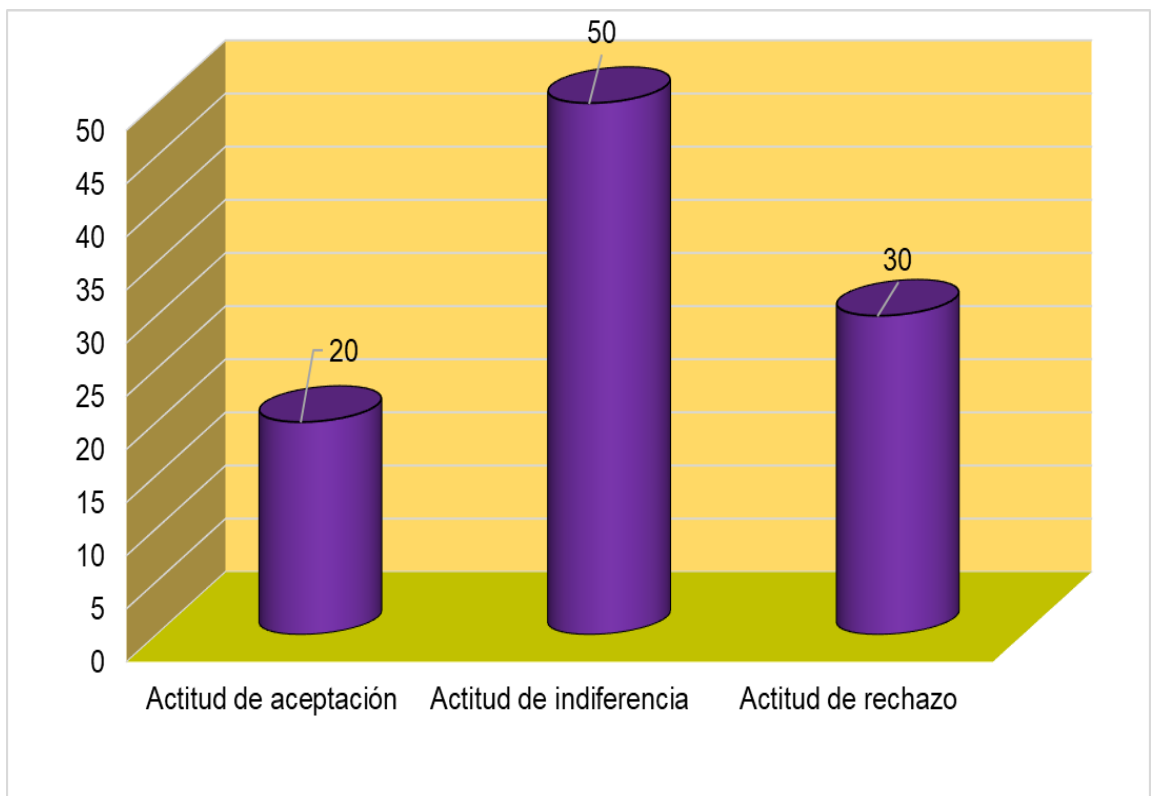
Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Actitud de aceptación	4	20
Actitud de indiferencia	10	50
Actitud de rechazo	6	30
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia – Aplicación del Cuestionario

Se puede observar que predomina en la enfermera la actitud de indiferencia en el componente cognitivo con un 50% frente al aporte hídrico en niños menores de 5 años que se encuentran en condiciones críticas de deshidratación, solo el 20% tiene actitud de aceptación.

Gráfico 5.1.2

Actitud de la enfermera en el componente cognitivo en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020.



Fuente: Elaboración propia – Aplicación del Cuestionario

El 50% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia en el componente cognitivo del aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, el 30% de enfermeras presenta una actitud de rechazo y el 20% tiene una actitud de aceptación.

Tabla 5.1.3

Actitud de la enfermera en el componente procedimental en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020.

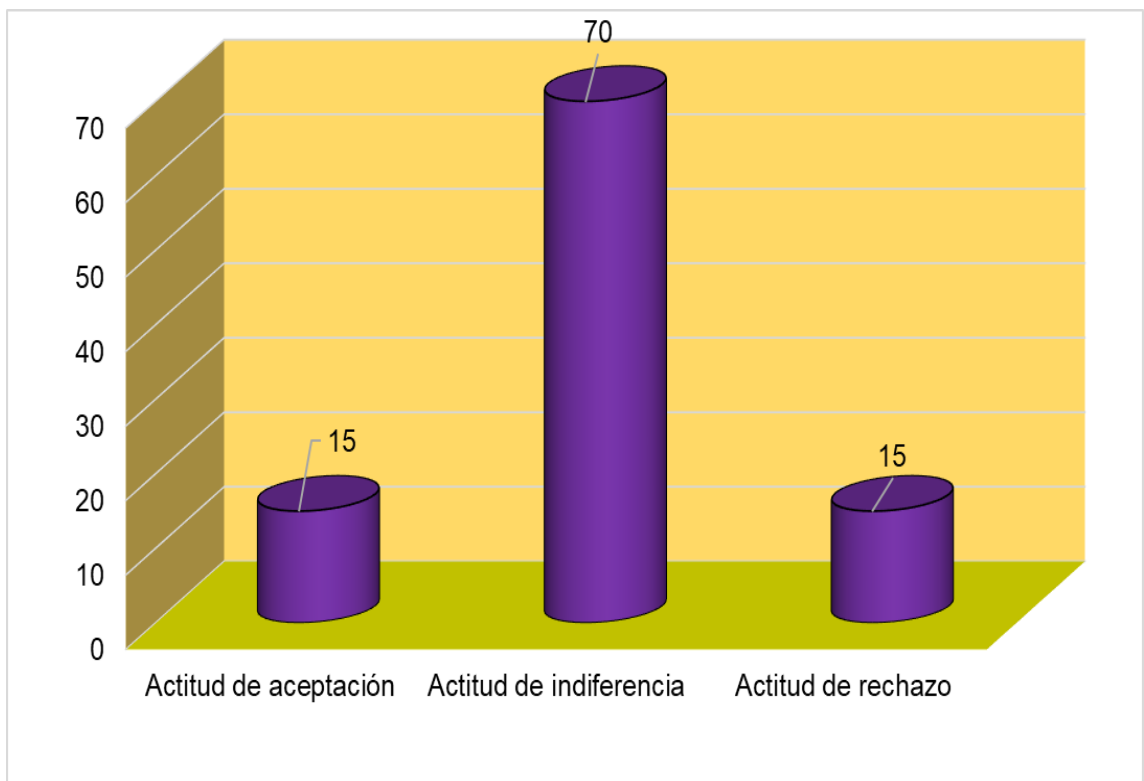
Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Actitud de aceptación	3	15
Actitud de indiferencia	14	70
Actitud de rechazo	3	15
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia – Aplicación del Cuestionario

Se puede observar que predomina en la enfermera la actitud de indiferencia en el componente procedimental con un 70% frente al aporte hídrico en niños menores de 5 años que se encuentran en condiciones críticas de deshidratación, el 15% tiene actitud de aceptación y también de rechazo.

Gráfico 5.1.3

Actitud de la enfermera en el componente procedimental en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020.



Fuente: Elaboración propia – Aplicación del Cuestionario

El 70% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia en el componente procedimental del aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, el 15% de enfermeras presenta una actitud de rechazo y otro 15% tiene una actitud de aceptación.

Tabla 5.1.4

Actitud de la enfermera en el componente afectivo en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020.

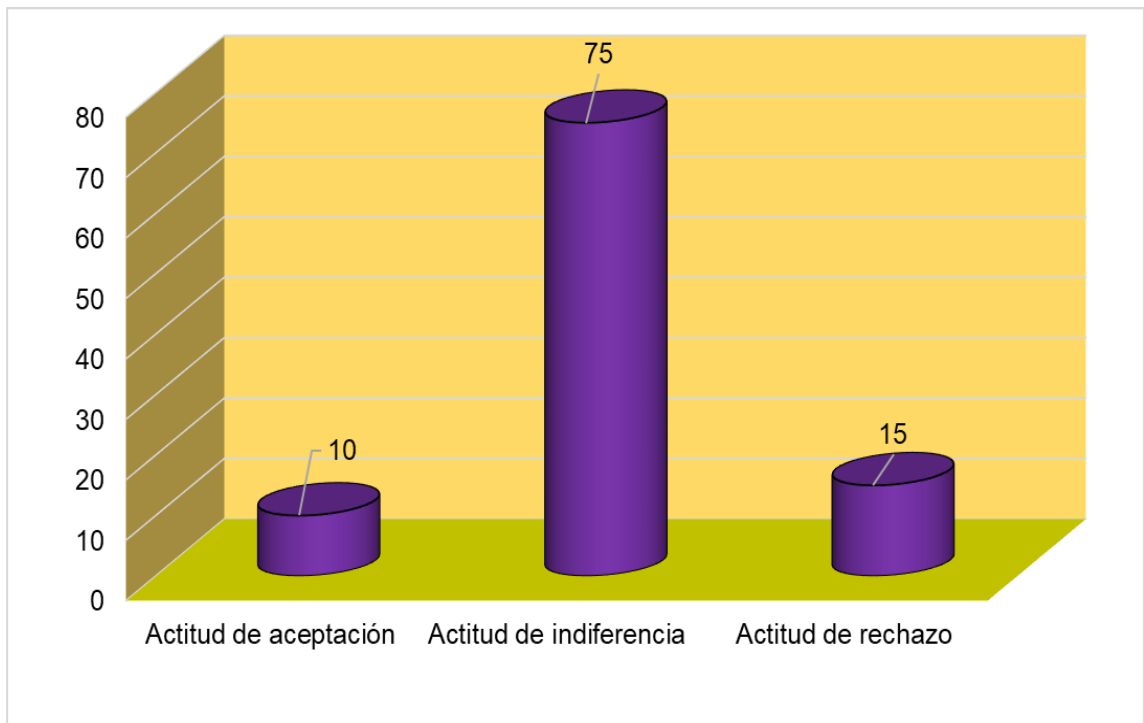
Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Actitud de aceptación	2	10
Actitud de indiferencia	15	75
Actitud de rechazo	3	15
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia – Aplicación del Cuestionario

Se puede observar que predomina en la enfermera la actitud de indiferencia en el componente afectivo con un 75% frente al aporte hídrico en niños menores de 5 años que se encuentran en condiciones críticas de deshidratación, solo el 10% tiene actitud de aceptación.

Gráfico 5.1.4

Actitud de la enfermera en el componente afectivo en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo 2020.



Fuente: Elaboración propia – Aplicación del Cuestionario

El 75% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia en el componente afectivo del aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, el 15% de enfermeras presenta una actitud de rechazo y el 10% tiene una actitud de aceptación.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

En la presente investigación se pudo encontrar lo siguiente:

En cuanto al componente cognitivo, se encontró que el 50% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia del aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, seguido del 30% de enfermeras que presentan una actitud de rechazo y el 20% que tienen una actitud de aceptación.

En relación al componente procedimental, se observa que el 70% de las enfermeras tienen una actitud de indiferencia frente al aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación. También se evidencia un 15% de enfermeras que presentan una actitud de rechazo y 15% que tienen una actitud de aceptación.

Así mismo, en el componente afectivo, se encuentra que el 75% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia ante aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, también se evidencia que el 15% de enfermeras presenta una actitud de rechazo y el 10% tiene una actitud de aceptación.

En general se encontró que el 65% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia frente aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, corroborando de esta manera la hipótesis general. También se encontró que el 25% de enfermeras presenta una actitud de aceptación y el 10% una actitud de rechazo frente al aporte hídrico de los niños menores de 5 años.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

Los resultados encontrados se alejan un poco de los encontrados por otros investigadores. En cuanto a la actitud del componente cognitivo se encontró una actitud de indiferencia del 50% sin embargo Flores T. (2018) encontró una actitud cognitiva favorable del 84%, Córdor B (2018) de 60% favorable, Meléndez, Muñoz y Burgos (2017) de 60% favorable, Arteaga F., Otiniano J (2017) de 71% y Cruz A, Grados G (2016) de una actitud cognitiva favorable de 85%. Esto nos podría estar indicando que las enfermeras que atienden en el Hospital Materno Infantil El Carmen de Junín, no están reaccionando adecuadamente ante las condiciones críticas de deshidratación y esto puede deberse a la falta de información adecuada sobre la atención de niños con deshidratación severa. Sabemos que lo que no se conoce no puede generar actitud.

En cuanto a la actitud del componente procedimental se encontró que el 70% de las enfermeras tenían una actitud de indiferencia, se aleja de los estudios de Flores T. que encontró una actitud cognitiva media de 55%, al igual que Córdor B, Meléndez, Muñoz y Burgos con 50% de actitud procedimental favorable, sin embargo, Arteaga F., Otiniano J, encontró una actitud favorable de 92.9% y Cruz A, Grados G de 95% de actitud procedimental favorable. Esto nos indica que las enfermeras del Hospital Materno Infantil El Carmen de Junín tienen un comportamiento adecuado de reacción ante las condiciones críticas de deshidratación de los niños menores de 5 años, favoreciéndole sus habilidades y destreza para la solución de los problemas.

En cuanto a la actitud del componente afectivo, que es la más sensible para la enfermera que trabaja en el servicio de emergencias, se encontró que presentó un 75% de actitud indiferente ante la atención del niño en condiciones críticas de deshidratación. Este hallazgo se aleja considerablemente de lo encontrado por Flores T, que encontró más bien un 64% de actitud afectiva favorable, Córdor B que encontró un 51% de actitud afectiva favorable, Meléndez, Muñoz y Burgos un 53% de actitud afectiva favorable. Sin embargo, Cruz A, Grados G encontró también solo 35% de actitud afectiva de aceptación. Estos porcentajes nos hacen reflexionar sobre el trabajo del enfermero; el que exista un alto porcentaje de indiferencia en el componente afectivo nos estaría indicando que las actividades que realiza la enfermera en las áreas donde se presentan situaciones estresantes no son placenteras y más bien son desagradables. El componente afectivo, es el componente más característico de la enfermera, porque aquí radica la diferencia principal de las creencias y las opiniones personales. Por tanto, es una situación preocupante ya que una de las primeras acciones para ser un profesional humanizado es reconocer las necesidades y el contexto general en que nuestro menor de 5 años se desarrolla dentro de su proceso de salud -enfermedad.

En referencia a la actitud general que tiene la enfermera del Hospital Materno Infantil El Carmen de Junín en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, se encontró que presenta un 65% de actitud indiferente y solo el 25% de actitud de aceptación. Totalmente opuesto a lo encontrado por Flores T., que encontró un 66% de actitud favorable, versus un 33% de actitud desfavorable. Meléndez, Muñoz y Burgos encontraron una actitud medianamente favorable, Cruz A, Grados

G una actitud adecuada y Arteaga F y Otiniano J, una actitud buena. De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio es perentorio el fortalecimiento de los conocimientos, las actitudes y procedimientos de las enfermeras del Hospital El Carmen lo que redundará en beneficio de la salud e integridad de los niños menores de 5 años de la región Junín.

6.3 Responsabilidad ética

En el presente estudio se respetaron en todo momento los principios éticos tanto para la recolección de datos como para la obtención del consentimiento informado de las enfermeras.

CONCLUSIONES

- El 65% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia frente a aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, un 25% de enfermeras cuenta con una actitud de aceptación y un 10% con una actitud de rechazo, con lo que concluimos que la mayoría de enfermeras, tiene una actitud de indiferencia.
- El 50% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia en el componente cognitivo del aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, se cuenta con un 20% de enfermeras que tiene una actitud de aceptación y un 30% de enfermeras presenta una actitud de rechazo, con lo que se puede concluir que la mayoría de enfermeras, tiene una actitud cognitiva de indiferencia.
- El 70% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia en el componente procedimental del aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, un 15% de enfermeras que presenta una actitud de rechazo y otro 15% que presenta una actitud de aceptación, con lo que se concluye que la mayoría de enfermeras, tiene una actitud procedimental de indiferencia.
- El 75% de enfermeras tiene una actitud de indiferencia en el componente afectivo del aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, el 15% de enfermeras que presenta una actitud de rechazo y un 10% que tiene una actitud de aceptación, con lo que se puede concluir que la mayoría de enfermeras tiene una actitud afectiva de indiferencia.

RECOMENDACIONES

- Al personal directivo del Hospital Materno Infantil El Carmen de Junín, se solicita asegurar la idoneidad de los profesionales de enfermería mediante capacitaciones permanentes, en las que ellas puedan desarrollar actitudes cognitivas, procedimentales y afectivas acordes con su quehacer profesional
- A las enfermeras del hospital Materno Infantil El Carmen de Junín, se pide asumir una actitud cognitiva, procedimental y afectiva adecuada frente al cuidado de los pacientes, especialmente de los niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación, ya que de ello dependerá la salud y bienestar y la pronta recuperación de nuestro paciente infantil.
- A los estudiantes, e internos de enfermería se les pide revisar permanentemente los avances científicos y tecnológicos y fortalecer su autoestima para poder brindar de manera efectiva y adecuada y con una actitud favorable el cuidado de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud.- Enfermedades diarreicas. Centro de Prensa. Emitido el 02 de Mayo del 2017. [En línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
2. Organización Panamericana de la Salud Perú.- Manual de Tratamiento de la diarrea en niños. Washington, D.C: OPS; (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud; 48). [En línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51588>
3. Flores Cayo T. Actitud del Profesional de Enfermería Frente al Paciente Terminal del Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas – 2018. Tesis Pregrado. Lima-Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2018.
4. Condor Ahumada B. Relación del nivel de conocimiento con las actitudes y prácticas en bioseguridad del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos e intermedios del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa Lima 2018. Tesis Pregrado. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018.
5. Melendez Plinedo C. Muñoz Melendez M.Burgos Ríos L. Conocimientos, actitudes y practica del cuidado humanizado del profesional de enfermería el Hospital III Iquitos Essalud, Punchana 2017. Tesis pregrado. Iquitos-Perú: Universidad Nacional de la Amazonia; 2017.
6. Arteaga F. Otiniano J. Nivel de conocimiento relacionado con el manejo del balance hídrico en enfermeras del servicio de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017. Tesis Pregrado. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
7. Cruz A., Grados G.- Actitud de la enfermera frente al cuidado del paciente crítico en clínicas privadas de Trujillo, 2016. Tesis Pregrado. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016

8. Bonill C, Amezcua M.- Virginia Henderson. Gómeres blog. 04 Julio 2018. [En línea] <http://www.fundacionindex.com/gómeres/?p=626>
9. Osorio, Y. Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2010. ; 2010.
10. Wikipedia.- Actitud. La enciclopedia Libre. [En línea] <https://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>
11. Ordoñez, J. Actitud del personal profesional frente a la muerte, enfermedad terminal y eutanasia, UCI – UCIM, HNCASE, mayo 2004. ; 2004.
12. Molina Cabañero J.C.- Deshidratación. Rehidratación oral y nuevas pautas de rehidratación parenteral. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (2): 98 -105. [En línea]
13. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii02/05/n2-098-105_JuanMolina.pdf
14. MINISTERIO DE SALUD.- Boletín epidemiológico Las enfermedades diarreicas agudas en el Perú. Volumen 24. Semana epidemiológica N°2 Enero 2016. [En línea] <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/02.pdf>
15. MINISTERIO DE SALUD.- Informe Técnico N° 3 Solución de Rehidratación Oral (Electrolitos). Dirección de Medicamentos Insumos y Drogas. [En línea]
16. http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad%5CUpLoaded%5CPDF/03-10_Sales_de_rehidratcion_oral.pdf
17. Carranza C. Gomez J., Wilches L.- Hidratación en el paciente pediátrico. 04 Julio 2016. *Revista Med de la Facultad de Medicina Dialnet*, Vol 24, Número 2 Año 2016. . [En línea] <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v24n2/v24n2a04.pdf>
18. Uriarte A., Vila J., Villavicencio K., Prieto A., Capote J., Chavez D.- Uso adecuado de las soluciones electrolíticas intravenosas en la

deshidratacion por diarreas en Pediatría. Actualización. Medisur Vol 10 N°6. Cienfuegos Nov. Dic. 2012. . [En línea]
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000600001

19. MINISTERIO DE SALUD.- Deshidratación / diarrea en niños ¿Qué hacer? [En línea]
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000274cnt-s16-algoritmo-diarrea-irab.pdf>
20. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.- Olan de Abordaje Integral de la Enfermedad Diarreica Aguda y Plan de contingencia de cólera. Guía para el equipo de salud. 2015. ? [En línea]
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000063cnt-01-guia-abordaje-colera.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE PROYECTO

TÍTULO: ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL APORTE HÍDRICO A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN CONDICIONES CRÍTICAS DE DESHIDRATACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE HUANCAYO - 2020

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES
<p>Problema General ¿Cuál es la actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo de abril a junio de 2020?</p>	<p>Objetivo General Determinar la actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo de abril a junio de 2020.</p>	<p>Hipótesis General Existe una actitud de rechazo de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo de abril a junio de 2020.</p>	Actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación	Cognitiva	Creencias Conocimientos Valores	<ol style="list-style-type: none"> 1. No hay tiempo para pensar en la deshidratación. 2. Después de la enfermedad siempre hay salud 3. Las personas solo piensan en la deshidratación cuando tienen diarrea 4. Percibo a la deshidratación como parte de la existencia 5. Es necesario enfermedad de vez en cuando 6. El contacto frecuente con la enfermedad ha hecho que la vea como algo normal 7. Pienso en la deshidratación como una posibilidad real
<p>Problemas Específicos ¿Cuál es la actitud de la enfermera en la dimensión cognitiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia? ¿Cuál es la actitud de la enfermera en la dimensión conductual en el aporte hídrico a niños menores de</p>	<p>Objetivos Específicos Identificar la actitud de la enfermera en la dimensión cognitiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia. Identificar la actitud de la enfermera en la dimensión conductual en el aporte hídrico a</p>	<p>Hipótesis Específicas Existe una actitud de indiferencia de la enfermera en la dimensión cognitiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia. Existe una actitud de indiferencia de la enfermera en la dimensión conductual en el aporte hídrico a niños</p>		Conductual	Responsabilidad Vocación Comodidad Aceptación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un temor en mi por enfermar. 2. Me genera ansiedad pensar en la posibilidad de mi propia deshidratación 3. Me siento más cómodo atendiendo a un niño con deshidratación que conozco.

<p>5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia? ¿Cuál es la actitud de la enfermera en la dimensión afectiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia?</p>	<p>niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia. Identificar la actitud de la enfermera en la dimensión afectiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.</p>	<p>menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia. Existe una actitud de indiferencia de la enfermera en la dimensión afectiva en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.</p>		<p>Afectiva</p>	<p>Apatía Sensibilidad Ansiedad Temor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. La deshidratación nos permite tener más cuidado con nuestra salud 5. La deshidratación del paciente nos genera un sentimiento de ineficiencia profesional 6. El sentido de mi trabajo es salvar la vida de los niños deshidratados 7. Prefiero no pensar en la enfermedad 8. Es difícil encarar la enfermedad y deshidratación <ol style="list-style-type: none"> 1. La deshidratación se presenta como una salida del cuerpo de la situación actual 2. Hay momento en que la deshidratación puede ser una pausa al sufrimiento 3. Veo con placer la recuperación de los niños deshidratados 4. No puedo evitar pensar en mi familia cuando tengo a mi cuidado un niño deshidratado 5. Me siento perturbado cuando pienso en la corta que es la vida 6. Me conmueve enfrentar a la familia de los niños deshidratados 7. No quisiera asistir a un niño con deshidratación
---	---	---	--	-----------------	---	--

ANEXO 02

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL APORTE HÍDRICO A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN CONDICIONES CRÍTICAS DE DESHIDRATACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

Buenos días. Estimada colega, la presente tiene por finalidad establecer la actitud de la enfermera en el aporte hídrico a niños menores de 5 años en condiciones críticas de deshidratación en el servicio de emergencia.

Lea los ítems de manera detenida y responda según corresponda. El cuestionario es anónimo, por lo que le pedimos hacerlo de manera veraz.

DATOS GENERALES:

1. Edad:
2. Sexo: F () M ()
3. Estado civil:
4. Religión:
5. Tiempo de servicio:
Menor de 1 año () De 1 a 5 años () Más de 5 años ()
6. Capacitación en atención en niños con deshidratación: Si () No ()

Componente cognitivo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
1. No hay tiempo para pensar en la deshidratación			
2. Después de la enfermedad siempre hay salud			
3. Las personas solo piensan en la deshidratación cuando tienen diarrea			
4. Percibo a la deshidratación como parte de la existencia			
5. Es necesario enfermedad de vez en cuando			
6. El contacto frecuente con la enfermedad ha hecho que la vea como algo normal			
7. Pienso en la deshidratación como una			

posibilidad real			
Componente procedimental	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
8. Existe un temor en mi por enfermarse			
9. Me genera ansiedad pensar en la posibilidad de mi propia deshidratación			
10. Me siento más cómodo atendiendo a un niño con deshidratación que conozco.			
11. La deshidratación nos permite tener más cuidado con nuestra salud			
12. La deshidratación del paciente nos genera un sentimiento de ineficiencia profesional			
13. El sentido de mi trabajo es salvar la vida de los niños deshidratados			
14. Prefiero no pensar en la enfermedad			
15. Es difícil encarar la enfermedad y deshidratación			
Componente afectivo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
16. La deshidratación se presenta como una salida del cuerpo de la situación actual			
17. Hay momento en que la deshidratación puede ser una pausa al sufrimiento			
18. Veo con placer la recuperación de los niños deshidratados			
19. No puedo evitar pensar en mi familia cuando tengo a mi cuidado un niño deshidratado			
20. Me siento perturbado cuando pienso en la corta que es la vida			
21. Me conmueve enfrentar a la familia de los niños deshidratados			
22. No quisiera asistir a un niño con deshidratación			

ANEXO 03
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1				0.03
2	1	1	1	1	1				0.03
3	1	1	1	1	1				0.03
4	1	1	1	1	1				0.03
5	1	1	1	1	1				0.03
6	1	1	1	1	1				0.03
7	1	1	1	1	1				0.03

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO 04
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = \left[\frac{m}{m-1} \right] * \left[1 - \frac{s^2_i}{s^2_t} \right]$$

Donde

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

m: Número de Ítems

s^2_i : Varianza de la diferencia de los puntajes impares y pares

s^2_t : varianza de la escala

Obteniéndose los siguientes resultados:

Coeficiente de Confiabilidad	Total
Alfa de Crombach	0.92

Se considera:

Si el valor obtenido es mayor a 0.66 el instrumento es confiable.

Como el valor obtenido es 0.86 el instrumento tiene una confiabilidad muy alta.

ANEXO 05
BASE DE DATOS

N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1
3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2
4	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1
5	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3
6	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
7	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2
8	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
9	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2
10	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2
11	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2
12	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2
13	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2
14	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2
15	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3
16	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2
17	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2
18	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
19	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3
20	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1