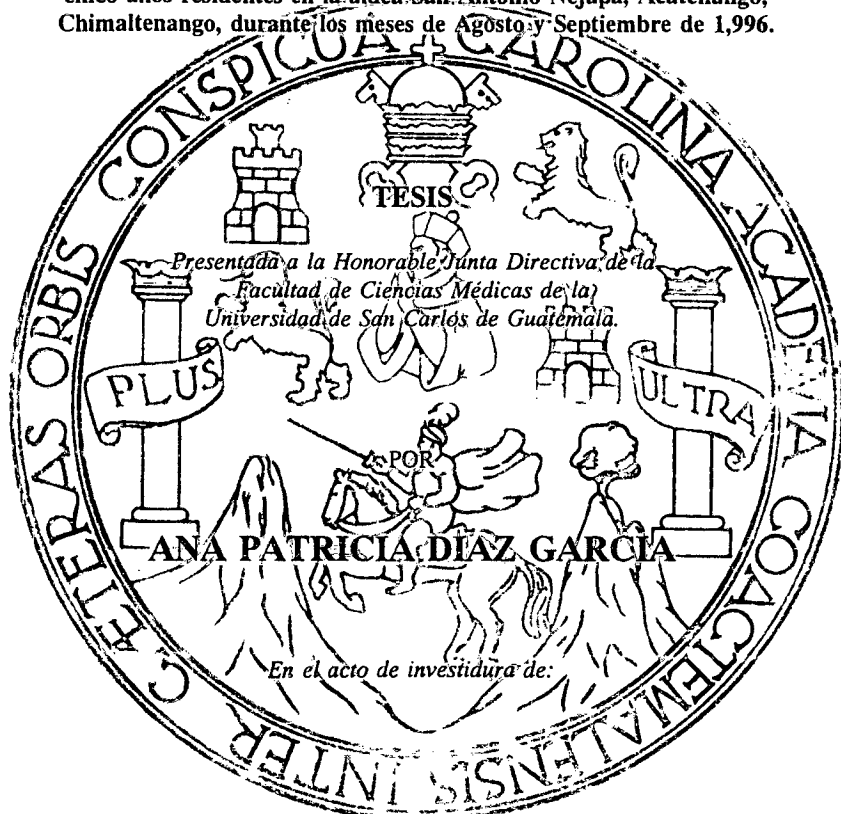


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y
ACTITUDES SOBRE DESHIDRATACION EN
UNA POBLACION RURAL.

Estudio descriptivo realizado con cien madres con niños menores de cinco años residentes en la aldea San Antonio Nejapa, Acatenango, Chimaltenango, durante los meses de Agosto y Septiembre de 1996.



MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Septiembre de 1997

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
05
+(7788)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El(la) PERITO CONTADOR ANA PATRICIA DIAZ GARCIA

Carnet Universitario No. 90-17591

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE DESHIDRATACION
EN UNA POBLACION RURAL

trabajo asesorado por:

Doctor: LUIS FELIPE MENESES ZAYAS

y revisado por:

Doctor: OSCAR-ARNULFO SACAHUI PEREZ

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente
ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 18 de agosto de 1997.

Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis

Director Centro de Investigaciones de las Ciencias de Salud

IMPRIMASE:

Dr. Edgardo Oliva González
Decano





FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 18 de agosto de 1997.

Doctor:
Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el PERITO CONTADOR

ANA PATRICIA DIAZ GARCIA

Nombres y apellidos completos

Carnet No.: 90-17591 ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES SOBRE DESHIDRATAACION
EN UNA POBLACION RURAL

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenidos, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

F. Asesor
Nombre completo y sello

DR. FELIPE ARCE
0016679 1026

F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 6006

Dr. OSCAR ARNDINO SACAHI PEREZ
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2359



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

APROBACION INFORME FINAL

OF. No. 180-96

Guatemala, 18 de agosto de 1997.

BACHILLER:

ANA PATRICIA DIAZ GARCIA
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado:

CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES SOBRE DESHIDRATAACION
EN UNA POBLACION RURAL

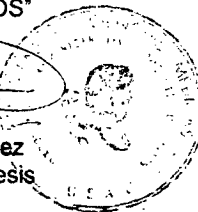
ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con los
requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es
autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es
responsabilidad única del autor.

APL/jvw.

INDICE

INTRODUCCION	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACION	4
OBJETIVOS	6
REVISION DE BIBLIOGRAFICA	7
METODOLOGIA	21
PRESENTACION DE RESULTADOS	26
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	33
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
RESUMEN	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXO	46

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD
SIBLIOTEC

SECCION DE QUIMICA
CENTRO DE INVESTIGACIONES

INTRODUCCION

La deshidratación es un problema grave de salud y una de las principales causas de morbimortalidad en países en vías de desarrollo (12,17,30,36,46). En Guatemala, este problema está mucho más acentuado en grupos sociales marginados tanto del campo como de la ciudad, problemas derivados de factores socioeconómicos y culturales, manejados hasta este momento por políticas de salud inadecuadas (43).

Es importante mencionar que el grupo de mayor riesgo es el de niños menores de cinco años, que son los más expuestos a cuadros diarreicos secundarios a problemas virales, parasitarios o bacterianos derivados de problemas prevenibles en la comunidad.

Estos niños sufren de dos a cinco episodios de diarrea al año, lo cual representa diarrea durante veinte a treinta días/año, de los cuales algunos se convierten en casos graves, aproximadamente un diez por ciento, que puede llevarlos a la muerte, consecuencia de la deshidratación que es la principal causa de defunción en estos niños (14,28,34,41).

El estudio que se presenta a continuación se realizó en una aldea del altiplano, area rural con deficiente infraestructura sanitaria. Esta aldea pertenece a Chimaltenango, en donde se trabajó con cien madres con niños menores de cinco años. El objetivo primordial fué determinar los conocimientos, prácticas y actitudes que poseen las madres sobre deshidratación.

Según los resultados obtenidos las pobladoras de la aldea de San Antonio Nejapa poseen niveles adecuados de conocimientos, dado que más del 88% de ellas se encuentra ubicada de acuerdo a la escala de Marin en los niveles de bueno y excelente; y únicamente el 12% poseen conocimientos deficientes. Las practicas que llevan a cabo si bien son similares a los resultados obtenidos en el nivel de conocimiento se observa que el 20% no realizan una buena práctica en el manejo de un niño deshidratado. Ahora bien las actitudes son el 100% buenas, aunque ello no representa necesariamente tomar la decisión más adecuada.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La deshidratación secundaria al síndrome diarreico agudo es un problema importante de salud y una de las principales causas de muerte en los países en vías de desarrollo del mundo, particularmente en América Latina y el Caribe, sobre todo en niños menores de cinco años (12,17,19,30,36,40).

Los niños menores de cinco años sufren de dos a cinco episodios de diarrea al año lo cual representa diarrea durante veinte a treinta días al año (28,34).

La mayoría de estos episodios son de duración corta y se curan solos, sin embargo muchos se convierten en casos graves y aproximadamente el diez por ciento de los niños mueren a causa de sus efectos, antes de llegar a cinco años de edad (14,34,41).

La alta mortalidad a causa de las enfermedades diarreicas se debe a la deshidratación, es decir a la pérdida de agua y electrolitos como sodio, potasio, cloruro (41,44).

La mayoría de niños durante un episodio de diarrea (aproximadamente un noventa por ciento), no necesitan de sales de rehidratación oral, ya que no llegan a deshidratarse y pueden ser manejados con bastantes líquidos y comida normal.

Un uno por ciento de ellos se deshidrata gravemente y necesita rehidratación endovenosa como tratamiento inicial. Surge la pregunta sobre cual es la conducta más apropiada para prevenir la deshidratación entre estas dos situaciones extremas (20).

En la prevención de la deshidratación se puede recurrir a las sales de rehidratación oral recomendadas por la OMS o a líquidos caseros, los cuales pueden ser:

- 1.- Soluciones de Sal y Azúcar (ssa)
- 2.- Líquidos basados en alimentos disponibles en el hogar o de fácil preparación
- 3.- Otras bebidas y líquidos disponibles comercialmente

En el uso de sales de rehidratación oral (SRO) recomendadas por la OMS en la prevención de la deshidratación se ha encontrado el inconveniente que la OMS solo puede suministrarlas a un 25% de los Centros de Salud. Además sólo seis por ciento de los agentes de salud están calificados para utilizarlas (13).

Guatemala afronta entre sus múltiples dificultades un grave problema: el de la salud, agudizado en grupos sociales marginados tanto del campo como de la ciudad; problemas que están orientados tanto a lo socioeconómico como a la cultura popular tradicional, crisol donde se refugian los valores más auténticos que una nación ha creado a lo largo del devenir histórico.

Estas prácticas médicas populares se remontan a épocas prehistóricas donde el hombre vió la necesidad de reunir a diferentes productos de su medio ecológico para satisfacer sus más elementales necesidades: abrigo, alimento y salud.(43)

En la actualidad la medicina tradicional conforma un campo de investigación de interés especial para las personas involucradas en el área de salud.

Es por ello que es de suma importancia investigar sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas que tienen las personas con respecto de la deshidratación, especialmente las madres, ya que son las que están en contacto directo con sus hijos, y de ésta manera contribuir en beneficio de la salud.

JUSTIFICACION

La principal causa de morbimortalidad en niños de 0 a 5 años en países en vías de desarrollo es la enfermedad diarreica. Información reciente de la OMS indica que cada año la enfermedad diarreica es la responsable de aproximadamente 5 millones de muertes de niños menores de 5 años en países tercer mundistas (excluyendo China), y que en cada cien niños en este grupo de edad ocurre un promedio de 220 episodios de diarrea y que cada minuto mueren diez niños (8,13,21).

En América Latina fallecen anualmente alrededor de 1 millón de niños menores de 5 años y de estos la mayoría están por debajo del año, de los cuales en más de 250,000 se consigna como causa básica de muerte, la enfermedad diarreica aguda.

La prevención de la enfermedad diarreica depende de ingresos económicos y mejores condiciones de vida, instalaciones de saneamiento adecuadas, abastecimiento de agua potable y un aumento general en el nivel de educación sanitaria. Ahora bien dejar el control de las enfermedades diarreicas a merced del proceso gradual del crecimiento económico equivale a que en Guatemala se siga muriendo un niño cada 60 minutos (3,11)

Por consiguiente la prevención de muertes por diarrea radica en evitar la deshidratación, de manera que el primer paso es: educación, información y enseñar a las comunidades a que el niño siga recibiendo alimentos y líquidos durante los episodios de diarrea y su convalecencia, especialmente lactancia materna. Para ello es necesario saber cuánto y qué saben las madres sobre el problema de deshidratación, así como sus creencias y costumbres frente a este problema.(43)

Debe considerarse que, en Guatemala, los estudios dirigidos hacia el campo de las creencias y prácticas médicas tradicionales son exigüos. Es recientemente que ésta área ha despertado el interés investigativo por parte del profesional de diversas disciplinas. Se espera que esta clase de estudios revelen gran parte de ese cúmulo de conocimientos ancestrales, para así determinar los elementos que vayan en detrimento de la salud de la población Guatemalteca que utiliza este sistema tradicional como único recurso médico, Es por ello que es interesante entrar en el conocimiento de la cultura en función de la utilidad que

ésta aporta para el pueblo. Así se podrán comprender los factores socio-culturales que están presentes en diferentes dolencias, ya sean de tipo físico, mental y espiritual, que sufre una gran mayoría de la población guatemalteca.(43)

Se considera que, al conocer los diferentes elementos de la cultura médica tradicional como sus prácticas, conocimientos creencias y actitudes, se podrán encontrar puntos de referencia con la practica médica científica y podrá alcanzarse, así, una buena relación médico paciente, contribuyendo a minimizar las alarmantes tasas de morbimortalidad hasta ahora presentes en Guatemala.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la deshidratación en cien madres residentes en la aldea San Antonio Nejapa, Acatenango, Chimaltenango.

- 2.- Determinar si factores como: educación, religión, estado civil, origen, tiempo de residir en la comunidad, edad, influyen en el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes sobre la deshidratación en hijos menores de cinco años.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Hoy se considera que las enfermedades diarréicas son el problema de salud más frecuente y más importante de los países en desarrollo, además uno de los grandes factores de malnutrición, de mala salud y de retraso en los niños, muchos de los cuales no sobreviven a sus efectos devastadores. (25)

Dicha afección deteriora la salud de sus víctimas porque produce una reducción del consumo de alimentos, alteraciones de la digestión y la absorción. (7)

La diarrea puede hacer perder a una persona grandes porcentajes del peso corporal en cuestión de horas, con gran peligro para su vida si no se corrige con una rehidratación y una alimentación apropiada. Además la pérdida de peso persiste durante semanas pudiendo llevar hasta la muerte. (35)

DIARREA

1. Definición:

Desde el punto de vista fisiopatológico se define como la mala absorción de agua y sales y desde el punto de vista clínico se define como el aumento de volumen, fluidez y frecuencia de las evacuaciones de un individuo respecto a su hábito de defecación. (31,41)

La enfermedad diarréica es una de las enfermedades más comunes tanto en niños como en adultos. Su frecuencia en términos de morbimortalidad, guarda una relación inversa con el saneamiento del medio y otros factores tales como educación, estado nutricional y recursos sanitarios. (26,40)

2. Etiología:

La gran mayoría de procesos diarréicos que sufre la población mundial se debe a infecciones por patógenos de diversa índole, entre los cuales se encuentran: Rotavirus, Escherichia coli enterotoxigénica (ECET), Escherichia coli enteropatógena (ECEP), Shigella y Campylobacter jejuni. (41)

Entre las causas no infecciosas se pueden mencionar: la alergia a la leche de vaca, intolerancia a la lactosa, malas técnicas de alimentación, ciertas drogas,

Entre las causas no infecciosas se pueden mencionar: la alergia a la leche de vaca, intolerancia a la lactosa, malas técnicas de alimentación, ciertas drogas, síndrome de mala absorción, desórdenes metabólicos, desórdenes genéticos y enfermedades inmunológicas. (5)

3. Fisiopatología:

Existen cinco mecanismos por los cuales se origina la enfermedad diarreica:

- 1.- Diarrea osmótica: en la cual el volumen de las evacuaciones no es grande y está producida por una mala absorción de carbohidratos, o por la ingestión de sales no absorbibles como el sulfato de magnesio.
- 2.- Defecto del transporte intestinal: se presenta en la enfermedad celíaca, en la clorhidrorrea congénita y a consecuencia de infección por virus y algunos parásitos.
- 3.- Defecto de la permeabilidad intestinal: se presenta en la enfermedad celíaca.
- 4.- Por disturbios en la motilidad gastrointestinal: comprende el vaciamiento gástrico rápido, aumento en la motilidad del intestino y disminución en los movimientos de las vellosidades intestinales.
- 5.- Diarrea secretora: es la forma más común de la diarrea en la infancia, y puede ser causada por múltiples agentes de tipo exógeno y endógeno. (8,10,24,27,33)

4. Manifestaciones Clínicas:

En las evacuaciones anormales se deben investigar las siguientes características:

- 1.- Volumen: la cual puede ser escasa, moderada o abundante.

- 2.- Duración: se puede clasificar como diarrea aguda la que tiene una semana o menos; diarrea prolongada de una a dos semanas y diarrea crónica la que dura más de tres semanas.
- 3.- Número de evacuaciones en veinticuatro horas: puede variar de una a varias evacuaciones; cuando hay una o mas evacuaciones en dos horas se considera el cuadro como diarrea severa.
- 4.- Consistencia: es anormal cuando las heces toman la forma del recipiente que las contiene y pueden ser líquidas, semilíquidas, grumosas o pastosas.
- 5.- Color: el color normal va de amarillo a café claro pero conforme aumentan las evacuaciones se tornan amarillo verdoso, verde o incoloro, con o sin acompañamiento de sangre fresca o digerida.
- 6.- Olor: es variable, puede ser fétido o dependiendo del agente etiológico.
- 7.- Deshidratación: la cual puede ser leve, moderada o severa (por la importancia de este trabajo se mencionarán adelante).
- 8.- Fenómenos que la pueden acompañar: dolor abdominal tipo cólico acompañado con tenesmo, fiebre y vómitos. (8,27,33,44)

5. Diagnóstico

El diagnóstico se basa en los signos y síntomas mencionados anteriormente. También se realiza un diagnóstico diferencial de acuerdo con el agente etiológico.

El recuento leucocitario puede estar aumentado en las diarreas bacterianas agudas y mas del 50% de los pacientes tienen de 10 a 40% de cayados, lo cual se investiga por la técnica de Azul de Metileno en heces.. Además se realiza coprocultivo en pacientes que tengan leucocitos en heces. Inmunofluorecencia para investigar Rotavirus, Ph para problemas de mala absorción de carbohidratos,

hemocultivos y urocultivos pueden ser útiles para el diagnóstico de Shigelosis y Salmonelosis. (6,8,10,27,33)

6. Tratamiento:

Este depende de la causa y las complicaciones. Es importante recordar que la mayor parte de agentes productores de diarrea son autolimitantes por lo que el uso de antibióticos queda para un 5% de los pacientes. (6,8)

DESHIDRATACION

La deshidratación es el estado en el cual el cuerpo pierde agua en exceso. Las enfermedades diarreicas se acompañan de pérdida de iones. (41)

Para mantener el cuerpo sano, se necesita un equilibrio de agua y electrolitos tanto en las células como en la sangre; ya que cuando hay diarrea las pérdidas provienen de la sangre y de los fluidos que rodean la células del cuerpo.

Esta pérdida de agua puede ser causada por uno o varios factores combinados: falta de ingesta por anorexia, fiebre alta, vómitos, evacuaciones diarreicas y aumento en la profundidad y frecuencia de los movimientos respiratorios. (28,32,41)

EFFECTOS DE LA DESHIDRATACION

La deshidratación lleva un deterioro progresivo de la circulación, de la función renal, del balance metabólico, y si no se corrige a tiempo, se produce un daño letal que involucra a todos los sistemas del organismo. A medida que aumenta la pérdida, el volumen de la sangre disminuye. Posteriormente, también se pierde líquido de las células. La producción de orina y de lágrimas se reduce debido a la pérdida de agua y electrolitos, el corazón late con más rapidez para compensar la reducción del volumen de la sangre, La boca y la lengua se secan y la piel pierde su elasticidad (el pliegue de la piel que se forma al pellizcarla no desaparece con rapidez). Al aumentar la deshidratación el corazón no puede latir con la rapidez necesaria para mantener el flujo regular de la sangre. El pulso se

debilita o no se puede percibir, disminuye la presión sanguínea y el paciente entra en estado de letargo o inconsciente. Esto es por la hipovolemia (un colapso circulatorio o shock). Si no se inicia el tratamiento rápido el paciente morirá.

Antes de llegar a esta situación extrema, entran en juego varios mecanismos homeostáticos: renales, vasculares y hormonales, que procuran compensar las alteraciones inducidas.

Como consecuencia de la acción de estos mecanismos homeostáticos se establece un intercambio entre el espacio intracélular (EIC) y el espacio extracélular (EEC), con el fin de mantener el líquido intravascular dentro de un ámbito más compatible con la vida en cuanto a volumen, composición y osmolaridad. El contenido de Na^+ y albúmina es importante para el mantenimiento de los compartimientos de líquidos corporales.

La mayoría de las diarreas que causan pérdida excesiva de líquidos, resultan en una contracción isotónica de los espacios de líquidos corporales. Esto tiende a mantener concentración de Na^+ en el EEC dentro de los límites normales. Desde el inicio de la diarrea, la pérdida principal de volumen se registra en el EEC, aumentando su osmolaridad. Como consecuencia se estimula el centro de la sed en el hipotálamo y aumenta la secreción de la hormona antidiurética (HAD) por la hipófisis posterior. Esto aumenta la permeabilidad renal incrementando la absorción tubular de agua, lo cual condiciona una disminución de la osmolaridad del EEC, tiende a corregir la alteración tubular de agua y fortalece una disminución en la osmolaridad del EEC, tendiendo a corregir la alteración inicial. Pero si la deshidratación no se corrige rápidamente, vuelve a aumentar la contracción del EEC, a causa de la pérdida continua de líquido por la diarrea y la falta de reposición del volumen perdido. (15,29,38)

La disminución del volumen de EEC afecta el flujo sanguíneo del riñón, lo que estimula al sistema renina-angiotensina-aldosterona. El aumento de la secreción de renina por las células renales estimula la producción de aldosterona, el riñón retiene Na^+ , pero al mismo tiempo elimina K^+ y bicarbonato (HCO_3^-), al intercambiarlos por Na^+ y Cl^- , para favorecer la normalización del volumen extracélular. (38)

Con la reducción del EEC se crea un gradiente químico que facilita el movimiento de K^+ y agua del EIC al EEC, lo que causa contracción del EIC, con reducción del HCO_3^- que disminuye rápidamente conduciendo a acidosis.

De manera que el movimiento de K^+ se produce del EIC al EEC, y del EEC se pierde tanto por vía intestinal como por vía renal, hecho que el clínico no toma en cuenta comúnmente. La depleción del K^+ provoca la entrada anormal de iones de hidrógeno (H^+) y Na^+ en el EIC. (15,32).

CLASIFICACION CLINICA DE LA DESHIDRATAACION

Desde el punto de vista puramente clínico, la deshidratación puede ser clasificada en tres grados, de acuerdo a su severidad:

a. **DESHIDRATAACION LEVE:**

Esta corresponde a un déficit del 5% del peso corporal; se dice también que corresponde a una pérdida de 50 ml/Kg en términos de líquidos. El cuadro clínico se caracteriza porque el sensorio está intacto, las mucosas sólo han perdido ligeramente la humedad normal, hay una ligera pérdida en la turgencia de la piel, inquietud, taquicardia y disminución del tono de los globos oculares; además hay cambios en la cantidad y color de la orina (15,16,18,32,41).

b. **DESHIDRATAACION MODERADA:**

Este grado corresponde a pérdidas acuosas que fluctúan entre 5% y 10% del peso corporal, lo que equivale a 100 ml/Kg de líquido a reponer. Con este grado de deshidratación se puede observar que el niño está "más enfermo", somnoliento, pero responde a estímulos externos, labios y mucosa oral secos, turgencia de la piel disminuida, oliguria franca con orina concentrada, fontanela deprimida, enoftalmos e hipotensión de globos oculares, taquipnea, extremidades con disminución de la

temperatura y pulso rápido. Los signos de la piel son menos aparentes en los menores de dos años y más notorios y de aparición más temprana en niños obesos. (16,18,32,36)

c. **DESHIDRATACION SEVERA:**

Las pérdidas corresponden al 10-15% del peso corporal. Es equivalente a 150 ml/Kg de líquidos. El paciente en este caso está grave, generalmente "agónico" o en estado de shock, hay además hipotensión arterial, piel fría, cianosis distal, hipotonía muscular, anuria y generalmente signos francos de acidosis, hipernea, hay taquicardia y los pulsos periféricos son rápidos y débiles y en casos extremos no se palpan. Si el paciente no es tratado rápida y adecuadamente, fallece en un período de tiempo corto. (16,18,29,36,41)

TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL

SOLUCION DE AZUCAR Y SAL:

Las fórmulas caseras que utilizan sólo azúcar y sal de uso doméstico pueden ser útiles como apoyo a los suministros de SRO cuando éstos no sean suficientes o cuando los sobres de SRO no existan. (34)

Debido al conocimiento de la absorción acoplada de Na^+ y glucosa, hay un acuerdo universal en el sentido que la glucosa (o un disacárido o polisacárido que se desdoble en glucosa al ser hidrolizado) debe incluirse en cualquier solución de rehidratación oral. La sacarosa (azúcar de mesa) se recomienda ampliamente como una fuente de glucosa práctica y efectiva. La solución de azúcar y sal se prepara con azúcar común (sacarosa) y sal de cocina (cloruro de Sodio) y agua. (29)

Cuando se utiliza una solución casera de azúcar y sal se debe tener en cuenta cuatro aspectos principales:

- 1.- Efectividad.

- 2.- Seguridad.
- 3.- Disponibilidad local, costo de la sal y especialmente del azúcar.
- 4.- Problemas en preparación y mezcla correcta de esta solución en los hogares.

En relación con la efectividad, un estudio hondureño demostró que los niños a quienes se administró la solución de sal y azúcar se rehidrataron tan rápidamente como los que recibieron SRO. (9)

En cuanto a la seguridad se pueden presentar dos problemas:

- a.- Acidosis debida a la falta de bicarbonato.
- b.- Insuficiencia de potasio (hipocalemia).

En el estudio de Honduras más del doble de los niños que recibieron la solución de sal y azúcar presentó niveles de potasio anormalmente bajos en comparación con los que recibieron la fórmula completa. (9)

Para lograr su uso adecuado es preciso que los trabajadores de salud y las madres reciban un adiestramiento intenso y que además puedan disponer de azúcar y sal.

Se ha determinado que los errores en su preparación han conducido a una solución que, en general, es inefectiva y/o insegura, lo que puede ser potencialmente peligroso. (29)

BASES DE LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL (TRO)

La Terapia de Rehidratación Oral (TRO) se define como la administración de líquidos por vía oral para prevenir o corregir la deshidratación causada por diarrea. (1,7,17,22,41)

La TRO incluye tanto el tratamiento de la deshidratación usando la solución SRO, como la prevención de la deshidratación recurriendo a líquidos disponibles en el hogar o SRO. También incluye el mantenimiento de la

alimentación del niño durante la fase aguda y convalecencia de la enfermedad.
(29,32,34)

Se reconoce la TRO como una excelente intervención para el tratamiento de la deshidratación, un arma valiosa en salud pública y un componente de la atención primaria de salud. (14,29)

- 1.- La TRO puede utilizarse como la única manera para rehidratar exitosamente entre el 90 y 95% de pacientes deshidratados por diarrea agua.
- 2.- La TRO puede reducir entre el 40 y el 50% las tasas de letalidad intrahospitalaria por diarrea. (Se supone que es por la disminución de la terapia I.V. asociada a menudo a sepsis, y sobrehidratación).
- 3.- La TRO puede reducir un 50 a 60% las tasas de admisión hospitalaria de enfermedades diarreicas.
- 4.- La TRO puede reducir sustancialmente el número de visitas a las instituciones de salud, así como la mortalidad total por diarrea, mediante su uso temprano a nivel del hogar.
- 5.- La TRO puede disminuir o evitar el agravamiento del estado nutricional, cuando conjuntamente se alimenta al niño durante y después de la diarrea.
- 6.- La TRO es una de las intervenciones más baratas en salud.
- 7.- Finalmente la TRO es un procedimiento simple que puede ser administrado fácilmente por las madres y otros miembros de la familia.

BASES CIENTIFICAS DE LA TRO

La fórmula actual de la SRO recomendada por OMS/UNICEF contiene:

- Cloruro de Sodio

3.5 g

-	Citrato trisódico, dihidratado	2.9 grs.
-	Cloruro de Potasio	1.5 grs.
-	Glucosa Anhidra	20.0 grs.

Estas SRO se llaman SRO-citrato, preparación que es más estable que las SRO-bicarbonato (producida inicialmente) y pueden empacarse en sobres de polietileno o polietilenopapel, lo que abarata su producción y además tiene una mayor duración. Las SRO-bicarbonato tienen la siguiente fórmula:

-	Cloruro de Sodio	3.5 grs.
-	Bicarbonato de Sodio	2.5 grs.
-	Cloruro de Potasio	1.5 grs.
-	Glucosa Anhidra	20.0 grs.

Las dos fórmulas son útiles para la prevención y el tratamiento de la deshidratación. Sin embargo se recomienda usar las SRO-citrato debido a su mayor estabilidad y buen efecto biológico. (29,30)

Las mezclas de SRO con agua se llama solución de SRO, que contiene en mmol/L:

Sodio	90
Cloruro	80
Potasio	20
Citrato	10
o	
Bicarbonato	30
Glucosa	110
Osmolaridad	310, con citrato
Osmolaridad	330, con bicarbonato

MEDICINA TRADICIONAL Y LA INFLUENCIA CULTURAL.

La antropología es la disciplina de las ciencias sociales que estudia al hombre y sus obras. Como conocimiento científico la antropología ha acumulado

una impresionante suma de materiales de los grupos humanos, que muestran el desarrollo y funcionamiento de éstos en sus diferentes formas y etapas de existencia biológica, social y cultural. (1)

En otro orden, el hombre visto en todo su proceso de desarrollo histórico, manifiesta una evolución múltiple y compleja. Desde sus inicios, el hombre tuvo que idearse formas o procedimientos para satisfacer sus más elementales necesidades y darle sentido a los fenómenos de la naturaleza, generó así un cuerpo de creencias y costumbres, las que fue transmitiendo a las siguientes generaciones; esta experiencia del hombre que le da pasado histórico y lo provee de un futuro, es lo que se llama cultura. (23)

Dentro de la cultura nacional es fácil diferenciar una cultura llena de influencias y modelos extranjeros, actualmente difundidos con gran rapidez debido al avance tecnológico en los diferentes medios de comunicación social (radio, periódicos, televisión, etc.). Estos modelos son generalmente aceptados por los grupos pertenecientes a los estratos sociales medios y altos de una nación. (22)

Esta se contrapone con otro tipo de cultura, la de los grupos subalternos, en la que participan los grupos mayoritarios de un pueblo (especialmente en los países subdesarrollados). Estos grupos generalmente guardan, respetan y velan por el ejemplo y transmisión oral de sus fundamentos culturales de generación en generación; dan lugar así a lo que se llama cultura popular tradicional. (23)

Dentro de la cultura popular se encuentra la medicina tradicional la cual se practica desde el inicio de la humanidad. Esta práctica se ha consolidado al cabo de repetidos tanteos donde el hombre ha descubierto maneras de aliviar el dolor y la enfermedad y de vivir en armonía con la naturaleza. (4)

Se entiende por Medicina Tradicional el conjunto de todos los conocimientos y prácticas, sean susceptibles de explicación o no, utilizados para prevenir, diagnosticar y eliminar los desequilibrios físicos mentales o sociales y que se basan exclusivamente en la experiencia y la observación prácticas transmitidas de generación en generación sea oralmente o por escrito.

Comprende desde sistemas curativos complejos y evolucionados hasta colecciones de remedios caseros sencillos. (4)

Tanto los países en desarrollo como los desarrollados se están interesando en aprovechar sus recursos tradicionales indígenas para aplicar los programas nacionales de salud. Es indispensable separar el mito y la realidad en la medicina tradicional, de manera que al igual que en la medicina "moderna" se pueda distinguir entre las prácticas y los remedios válidos y los que son ineficaces o peligrosos. (2,4)

Dentro del amplio campo de la medicina popular tradicional, las creencias, prácticas y recursos médicos constituyen una importante gama de elementos culturales que se interrelacionan con factores biológicos, económicos y sociales. Estas prácticas médicas populares resultan de un conocimiento histórico acumulado, cuyos orígenes se remontan a épocas prehistóricas: desde el momento en que el hombre se vio en la necesidad de recurrir a diferentes productos de su medio ecológico para satisfacer sus más elementales necesidades: alimento, abrigo y salud.(43)

En la actualidad la medicina tradicional conforma un campo de investigación de interés especial para las personas involucradas en el campo de la salud: médicos, químicos, farmacólogos, psicólogos, psiquiatras, así como sociólogos y antropólogos.(43)

Su propósito último es investigar y analizar todos aquellos recursos positivos que benefician la salud física, mental, social y espiritual de la colectividad, así como descartar las creencias y/o elementos negativos o nocivos.

La Organización Mundial de la Salud institución que vela por las políticas de salud de los pueblos, consiente de que solamente a través de la práctica médica científica, no puede alcanzar su objetivo concreto, como es: salud para todos en el año dos mil, busca apoyarse en la practica médica tradicional. (43)

Dentro de estas medidas en el año de 1,976, la OMS, en un afán de promoción de la medicina tradicional ha aceptado como punto de partida el concepto de medicina tradicional como la suma de todos los conocimientos

teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra.(43)

Finalmente, hay que mencionar que Guatemala es un país rico en creencias, prácticas y recursos médicos tradicionales. Es importante señalar que en la concepción médica popular tradicional el proceso salud enfermedad está constituido dentro de un esquema médico bien estructurado. Para cada enfermedad, ya sea de origen natural y/o sobrenatural, existen etiología, sintomatología, diagnóstico pronóstico y medidas preventivas, es por ello que la enfermedad popular en Guatemala puede agruparse así:

- a) Enfermedad Natural
- b) Enfermedad Sobrenatural

En algunas comunidades del altiplano occidental, existe la creencia de que una enfermedad es natural cuando su origen radica en la voluntad de Dios, como respuesta a una falta cometida, la cual es regida por el código de valores de dicha comunidad, el tratamiento es religioso.

Enfermedad sobrenatural es aquella inducida por el ser humano (por envidias, rencores, etc), a través de brujerías, catalogado como maligno o diabólico, el tratamiento se da por personas especializadas, brujos y/o zhaorines.(43)

Estudios realizados en Guatemala han mostrado que el síndrome de calor frío involucra alimentos, enfermedades y medicamentos, por lo que inciden directamente en el diagnóstico, tratamiento y prevención de un gran número de enfermedades. Richard Adams define la enfermedad por medio de la siguiente fórmula: condición del cuerpo más elementos externos es igual a enfermedad, en la cual la condición del cuerpo se denomina condición interna refiriéndose al estado del cuerpo frío o caliente y los elementos externos se denominan condición externa y se refiere al factor fuera del organismo. Por lo tanto la enfermedad resulta de la ruptura del equilibrio calor frío. Dándose una clasificación para esta ruptura siendo la siguiente:(43)

- Ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo: mollera caída.

- Sobrenatural: carácter religioso (alboroto de lombrices).

- Carácter mágico: mal de ojo, utilizando diversos remedios caseros para tratar la causa que le dió origen y omitiendo en muchos casos el uso de líquidos como la rehidratación oral por la creencia que ocasionará vómitos o producirá más diarrea. Interceder en el tratamiento casero por medio de brujos, comadronas y/o zahorines. (2)

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo

SUJETO DE ESTUDIO: Madres con niños menores de cinco años, residentes en San Antonio Nejapa, Acatenango, Chimaltenango.

POBLACION Y MUESTRA: Cien madres las cuales fueron escogidas de acuerdo al número total de las familias de bajo y mediano riesgo clasificados de acuerdo al programa de EPS, efectuado en los meses de Agosto 1,995 a Enero de 1,996.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1- Mujeres con niños menores de cinco años.
- 2- Que tienen más de cinco años de residir en la comunidad

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1- Que en más de tres visitas no se encuentren en sus hogares.

VARIABLES:

Las variables que se tomaron en cuenta en el estudio fueron las siguientes:

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Conocimientos	Entendimiento inteligencia, razón natural, acción y efecto de conocer.(37)	Cuestionario de diez preguntas, cada pregunta con opciones de A,B,C,D y otras con un valor de diez puntos cada pregunta para hacer un total de diez puntos	Escala nominal
Actitudes	Una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto, proposición u otra. Por ejemplo: la madre no le daría suero oral al niño en caso de diarrea. Es la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico.(37).	Cuestionario de diez preguntas, con opciones de si o no y por que, con un valor de diez puntos cada pregunta para hacer un total de diez puntos	Escala nominal
Practicas	Modo o método que particularmente observa uno en sus operaciones aplicado a una idea o a la realidad.(37)	Cuestionario de diez preguntas, cada pregunta con opciones de A,B,C,D y otras con un valor de diez puntos cada pregunta para hacer un total de diez puntos .	Escala nominal
Procedencia u Origen	Principio de donde nace o se origina una cosa(37)	Pregunta directa, la cual se evaluará en los datos generales que se le preguntan a la madre.	Escala nominal
Religión	Relación del hombre con lo divino.(37)	Pregunta directa, la cual se evaluará en los datos generales que se le preguntan a la madre.	Escala nominal

Sexo	Condición orgánica que distingue en una especie dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel en la reproducción.(37)	Pregunta directa, la cual se evaluará en los datos generales que se le preguntan a la madre, además de la observación directa, con opciones de masculino y femenino	Escala nominal
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.(37)	Pregunta directa, la cual se evaluará en los datos generales que se le preguntan a la madre. Cuya respuesta puede ser casada, unida, divorciada, viuda.	Escala nominal
Edad:	Tiempo que una persona a vivido, a contar desde que nació(43).	Pregunta directa, la cual se evaluará en los datos generales que se le preguntan a la madre, medida en años cumplidos	Escala numeral.

CAPTACION Y TABULACION DE LA INFORMACION:

El estudio se realizó dentro de la antropología médica. Para su ejecución se utilizó el método etnográfico, pues se pretendía saber sobre los conocimientos, prácticas y actitudes con respecto a la deshidratación en esta población. La recolección de datos por el método etnográfico trata del conjunto de técnicas de recolección de datos derivadas de las características del trabajo de campo antropológico entre las que están:

- a.- observación participativa.
- b.- observación directa.
- c.- entrevistas informales.
- d.- entrevistas dirigidas.

El estudio se realizó con cien madres que tienen niños menores de cinco años de una comunidad rural del altiplano del país como lo es San Antonio

Nejapa, Acatenango, Chimaltenango, en el transcurso de los meses de Agosto y Septiembre de mil novecientos noventa y seis.

Para cumplir a cabalidad con los objetivos planteados se tomó en cuenta las técnicas de observación directa en cada una de las viviendas que se visitaron, las cuales fueron seleccionadas de acuerdo a la guía de familias de bajo y mediano riesgo del programa de EPS; además se pasaron entrevistas dirigidas con respecto al tema; las cuales fueron llenadas por el investigador para evitar confusión. Para la realización de dichas entrevistas se utilizó un formulario de datos en el que se incluye datos generales y socioeconómicos.

Para la evaluación de los conocimientos y las practicas se pasó un cuestionario de selección múltiple con opciones de A,B,C,D,E, con un número de diez preguntas con un valor de un punto para cada pregunta para hacer un total de diez puntos. Para evaluar estos niveles se utilizó la escala de calificación de Marin, la cual tiene cuatro niveles : excelente, bueno, deficiente y malo con un valor de 8-10, 5-7, 2-4 y menos de 1 respectivamente. La actitud se evaluó tomando como guía la escala de Likert, la cual se basa en medir directamente las actitudes dando como opciones si o no con respecto al tema. Para esto se realizó un total de diez preguntas cada pregunta correcta con un valor de diez puntos para hacer un total de cien puntos. Se tomó como una actitud buena cuando el puntaje fué entre 70 y 100 puntos, regular entre 40 y 69, y por debajo de 39 una actitud mala (39).

La comunidad ya conocida por el investigador de la cual ya se tiene croquis, está dividida en ocho sectores tomándose doce viviendas en seis sectores y catorce viviendas en dos sectores, para cumplir un total de cien madres. La escogencia de las viviendas se tomó en forma alterna haciéndose tres visitas mínimo para evaluación de las madres, si nó se encontraron se continuó con la siguiente vivienda.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

La investigación se realizó para conocer más acerca de las actitudes, conocimientos y prácticas de las madres sobre deshidratación, en forma de entrevistas directas y cuestionarios dirigidos, sin perjudicar la integridad física,

moral, espiritual, ya que el estudio no es experimental. Además se dió plan educacional conforme se visitaron las viviendas para influenciar de alguna manera el cambio de prácticas o actitudes negativas que puedan ir contra la salud de los niños.

MATERIAL Y METODOS

A.- MATERIALES

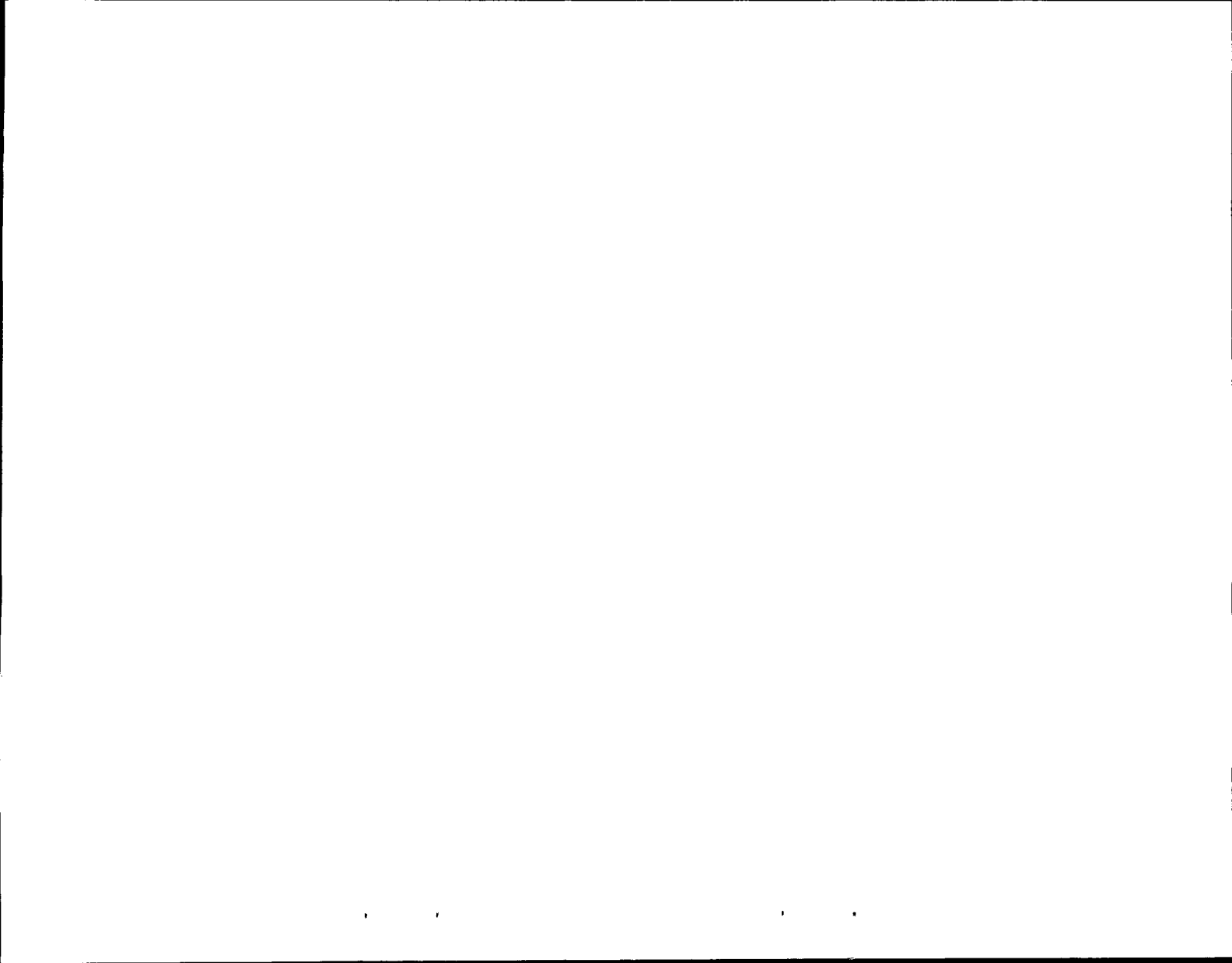
1.-FISICOS

- a.- Biblioteca de la Facultad de Ciencias médicas.
- b.- Biblioteca del INCAP.

2- HUMANOS;

- a.- Líderes comunitarios
- b.- Asesor
- c.- Revisor
- d.- Investigadora.

PRESENTACION DE RESULTADOS

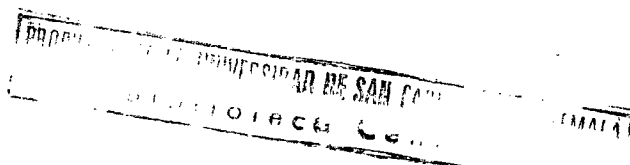


CUADRO No. 1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE
 DESHIDRATAACION EN 100 MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5
 AÑOS
 EN EL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO NEJACA, ACATENANGO,
 CHIMALTENANGO (ESCALA DE MARIN).

Valores	Conocimientos	Prácticas
Excelente	29	24
Bueno	59	56
Deficiente	12	16
Malo	0	4
Total	100	100

Fuente: datos obtenidos de la guía de entrevista elaborada para su efecto
 (Escala de Marin)



CUADRO No. 2

**NIVEL DE ACTITUDES SOBRE DESHIDRATACION EN 100 MADRES
CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL MUNICIPIO
DE SAN ANTONIO NEJAPA, ACATENANGO, CHIMALTENANGO
(SEGUN ESCALA DE LIKERT).**

Valor	Actitud	%
Bueno	100	100
Regular	0	0
Malo	0	0
Total	100	100

Fuente: Datos obtenidos de la guía de entrevista elaborada para su efecto
(Escala de Likert).

CUADRO No. 3

INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES SOBRE DESHIDRATACION EN 100 MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO NEJAPA, ACATENANGO, CHIMALTENANGO.

Educación	Total	Conocimiento				Practicas				Actitudes		
		E	B	D	M	E	B	D	M	B	R	M
Alfabeta	49	15	28	6	0	12	26	10	1	49	0	0
%	49	30.6	57.1	12.2	0	24.4	53.0	20.4	2.0	100	0	0
Analfabeta	51	14	31	6	0	12	30	6	3	51	0	0
%	51	27.4	60.7	11.7	0	23.5	68.8	11.7	5.8	100	0	0

Fuente: Datos obtenidos de la guía de entrevista elaborada para su efecto (Escala de Likert y Marin).

E: Excelente
 B: Bueno
 D: Deficiente
 M: Malo
 R: Regular
 T: Total

CUADRO No. 4

**INFLUENCIA DE LA RELIGION DE CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES
SOBRE DESHIDRATAACION EN 100 MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
EN EL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO NEJAPA, ACATENANGO,
CHIMALTENANGO.**

Religión	Total	Conocimiento				Prácticas				Actitudes		
		E	B	D	M	E	B	D	M	B	R	M
Católico	85	21	57	7	0	19	51	13	2	85	0	0
%	85	24.7	67	8.2	0	22.3	60	15.2	2.3	100		
Evangelica	15	8	2	5	0	5	5	3	2	15	0	0
%	15	53.3	13.3	33.3	0	33.3	33.3	20	13.3	100	0	0
Total	100	29	59	12	0	24	56	16	4	100	0	0

Fuente: Datos obtenidos de la guía de entrevista elaborada para su efecto (Escala de Likert y Marin).

E : Exelente
 B : Bueno
 D : Deficiente
 M : Malo
 R : Regular
 T : Total

CUADRO No. 5

**INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE CONOCIMIENTOS,
PRACTICAS Y ACTITUDES SOBRE DESHIDRATACION EN 100 MADRES
CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN
EL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO NEJAPA, ACATENANGO,
CHIMALTENANGO.**

Estado Civil	Total	Conocimiento				Prácticas				Actitudes		
		E	B	D	M	E	B	D	M	B	R	M
Casada	78	28	42	8	0	18	51	8	1	78	0	0
%	78	35.8	53.8	10.2	0	23	65.3	10.2	1.2	100	0	0
Unida	17	1	15	1	0	4	5	7	1	17	0	0
%	17	5.8	88.2	5.8	0	23.5	29.4	41.1	5.8	100	0	0
Soltera	5	0	2	3	0	2	0	1	2	5	0	0
%	5	0	40	60	0	40	0	20	40	100	0	0
Total	100	29	59	12	0	24	56	16	4	100	0	0

Fuente: Datos obtenidos de la guía de entrevista elaborada para su efecto (Escala de Likert y Marini).

E : Excelente
 B : Bueno
 D : Deficiente
 M : Malo
 R : Regular
 T : Total

CUADRO No. 6

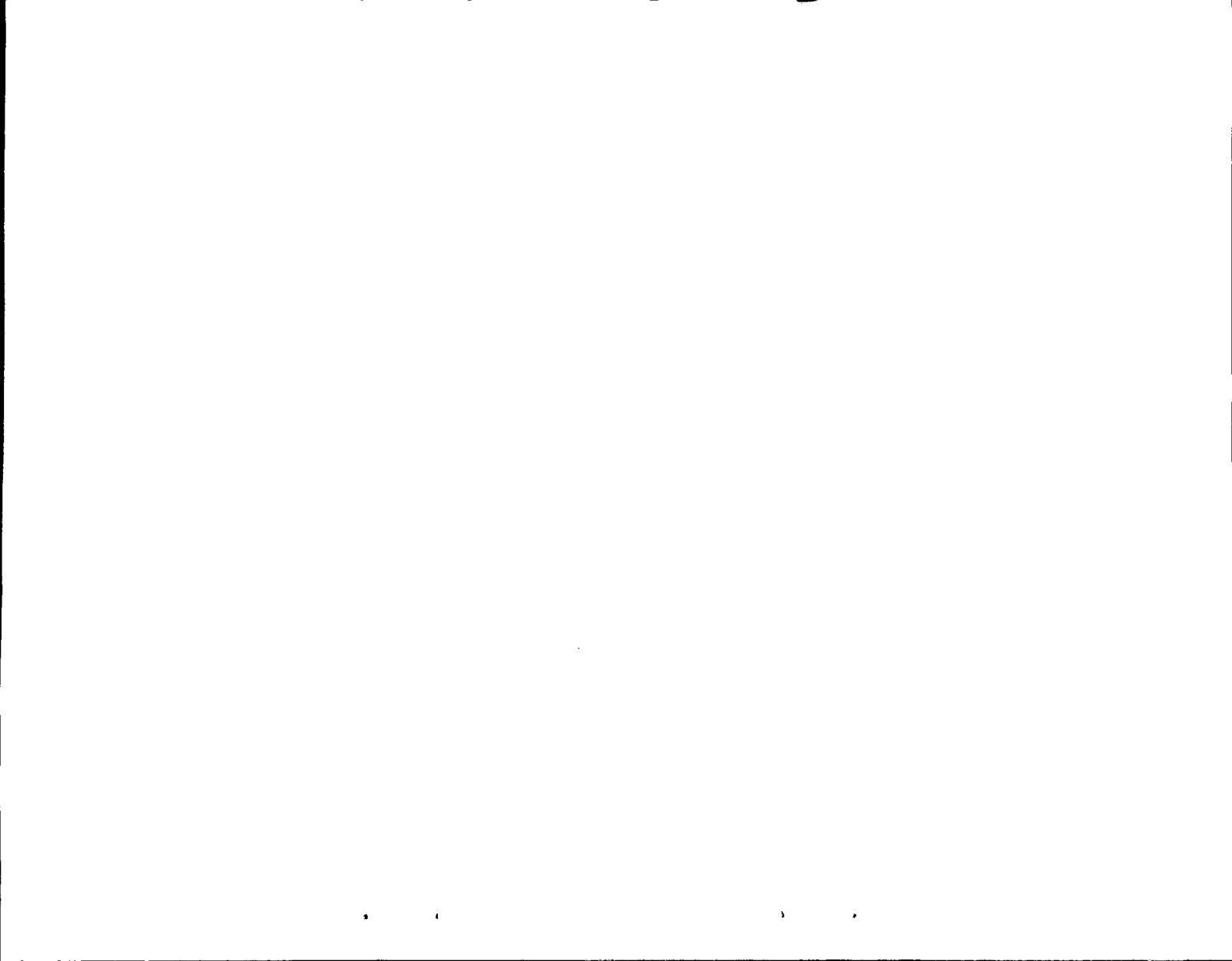
**EDAD EN RELACION A NIVELES DE CONOCIMIENTOS
PRACTICAS Y ACTITUDES SOBRE DESHIDRATACION EN 100 MADRES
CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN
EL MUNICIPIO DE SAN ANTONIO NEJAPA, ACATENANGO,
CHIMALTENANGO.**

Edad	Conocimiento				Prácticas				Actitudes		
	E	B	D	M	E	B	D	M	B	R	M
15-24	9	28	3	0	7	25	4	4	40	0	0
%	21.4	70	7.6	0	16.6	59.5	10	9.5	100		
25-34	14	15	5	0	9	19	6	0	34	0	0
%	41.1	44.1	14.7	0	29	61.3	17.6	0	100		
35-44	4	16	2	0	4	12	6	0	22	0	0
%	18.1	72.7	9.2	0	17.3	52.1	27.2	0	100	0	
45 y +	2	0	2	0	4	0	0	0	4	0	0
%	100	0	50	0	100	0	0	0	100	0	0

Fuente: Datos obtenidos de la guía de entrevista elaborada para su efecto (Escala de Likert y Marín).

E : Excelente
 B : Bueno
 D : Deficiente
 M : Malo
 R : Regular
 T : Total

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS



ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La deshidratación hidroelectrolítica secundaria a síndrome diarreico agudo es un problema de salud importante principalmente en niños menores de 5 años, los cuales sufren de 2 a 5 episodios de diarrea al año. La mayoría de estos episodios son de duración corta y se curan solos. Sin embargo muchos se convierten en casos graves y aproximadamente el 10% de estos niños mueren a causa de sus efectos. Por consiguiente el evitar la deshidratación evitará las muertes por diarrea (12,17,19,28,30,34,36,40).

Nuestro país en donde, las condiciones sanitarias a nivel general, son precarias, por las políticas y estrategias económicas y sociales que enfrenta el área de la salud, no escapa de sufrir una de las más grandes crisis que se ve reflejada en las tasas de morbilidad infantil por entidades mórbidas prevenibles.

En este estudio se evaluaron los conocimientos, prácticas y actitudes de las madres para con sus hijos con relación a la deshidratación, mediante un estudio descriptivo; tomándose en cuenta las variables de: edad materna, nivel de escolaridad, estado civil y religión con lo que se establecieron los resultados siguientes: el cuadro número 1 y 2 se observa que la mayoría de las madres entrevistadas poseen niveles de conocimientos, prácticas y actitudes en excelente y bueno, con 88%, 80% y 100% respectivamente.

Los resultados se consideran satisfactorios, pues reflejan aún en poblaciones rurales, el impacto de las campañas de educación en salud comunitaria llevadas a cabo tanto por el personal de salud de la localidad, como la información de organizaciones privadas en los medios de comunicación han tenido resultados positivos. Pero cabe preguntarse que si los resultados obtenidos son tan buenos porqué siguen siendo tan altas las tasas de morbilidad de síndrome diarreico agudo y consecuentemente la deshidratación; esto pudiera deberse a que muchas madres a la hora de realizarse una entrevista saben qué responder aunque esto no significa que realmente realicen lo correcto ante un niño deshidratado, ya que hay que tomar en cuenta que las culturas son diferentes en cada población.

De estos hallazgos podemos deducir que no es suficiente saturar a la población con información que no puedan asimilar, sino que los programas educativos rurales en el campo de la salud, deben ser más vivenciales y personalizados de acuerdo al nivel de

escolaridad de la comunidad y lograr con ello disminuir las tasas de morbimortalidad infantil así como alcanzar salud para todos en el año dos mil.

El cuadro número tres muestra que no hay mucha diferencia entre una madre analfabeta y una alfabetada, ya que ambas se encuentran en niveles de excelente y bueno tanto para conocimientos, actitudes y prácticas, a pesar de que el número de madres analfabetas es alta en relación a la madres alfabetadas con 51% y 49% respectivamente. Hallazgo que refleja que el analfabetismo no es barrera para educar a las comunidades ya que el hecho de vivir en condiciones socioeconómicas malas hace que estas comunidades estén dispuestas a asimilar cualquier información que venga a ayudar a la situación en la que viven. Este cuadro también refleja lo mal que seguimos estando a nivel educacional y por supuesto el problema siempre es mayor en áreas rurales y en la población femenina. Si se pretende mejorar el nivel de salud materno-infantil, no cabe duda que de no vencer los altos índices de analfabetismo que prevalecen a nivel nacional, la lucha será inefectiva.

En el cuadro número cuatro se hace un análisis de la influencia de la religión con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre deshidratación observándose que el 85% son católicas y que tienen mejores resultados en nivel de excelente y bueno, tanto en conocimientos actitudes y practicas con 78, 70 y 85 madres respectivamente en relación al 15% de mujeres evangélicas. Realmente esto podría deberse a que el católico es más accesible a la información, mientras tanto el evangélico es más confiado en su religión lo cual no permite mayor accesibilidad de información en problemas de salud-enfermedad.

En el cuadro número cinco podemos observar la influencia del estado civil con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre deshidratación, notándose que el 78% de estas madres son casadas con mejores resultados en ellas, en niveles de excelente y bueno tanto para conocimientos, actitudes y prácticas con 70, 69 y 78 madres respectivamente. Por lo cual podemos inferir que las mujeres casadas por su estabilidad emocional tienen mejores resultados, a diferencia de una mujer unida o soltera que muchas veces no tiene la estabilidad emocional que necesita o el apoyo que tiene no es el más adecuado.

Con respecto al cuadro número seis se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la edad materna, en el que se observa que el grupo comprendido entre los 15 y los 24 años posee buenos conocimientos, actitudes y prácticas con 28, 25 y 40 madres respectivamente, en relación a las otras edades, lo cual podría deberse a que las madres jóvenes son más accesibles a la información en salud y posiblemente por eso no han influido tanto en ellas las creencias y recursos médicos tradicionales (43).

En forma general se puede decir que los resultados obtenidos son satisfactorios, debido a que la mayoría de las madres entrevistadas se encuentran en niveles de excelente y bueno, lo cual refleja que nuestras comunidades han ido concientizándose y aceptando la medicina moderna, pero debemos crear formas para que nosotros también tomemos en cuenta la medicina tradicional, sin menospreciar lo que estas comunidades conocen ya que de esta forma tendremos mejores resultados. Es preciso concientizar también a las comunidades sobre su problema de salud en el que viven y enseñarles a utilizar la medicina preventiva como solución a sus enfermedades. Así mismo es importante que las comunidades se encuentren más organizadas a través de comites, promotores de salud y personas responsables para que ellos mismos aprendan a solucionar sus problemas conjuntamente con el sector salud.

CONCLUSIONES

- 1.- La población entrevistada tienen buen conocimiento, buena práctica y buena actitud con respecto a la DHE (según escala de calificación de Marín, y Likert).
- 2.- Factores como: educación, estado civil, edad, influyen moderadamente en el conocimiento que las madres tienen con respecto al tema. Los datos obtenidos en este estudio muestran que el ser analfabeta no es una barrera para el aprendizaje, siendo los porcentajes de conocimientos actitudes y prácticas similares tanto en mujer alfabetada como analfabeta.
- 3.- Es importante mencionar que todas las madres en general están mejor en actitudes que en conocimientos y prácticas, posiblemente esto se deba a que muchas de ellas actúan solo porque saben que es bueno pero no tienen bases suficientes para saber el porqué de las cosas.

RECOMENDACIONES

- 1.- Implementar programas a nivel del Ministerio de Salud Pública que mejoren la prevención, control y curación de las enfermedades diarreicas.
2. Se recomienda continuar con programas de salud comunitaria que contribuya a la prevención, control y curación de la enfermedad diarreica y el desequilibrio hidroelectrolítico en los niños.
- 3.- Concientizar a las madres sobre la importancia de tener el conocimiento adecuado sobre las enfermedades que más afectan a sus niños entre ellas la deshidratación hidroelectrolítica secundaria a un síndrome diarreico agudo.
- 4.- Tomar en cuenta el conocimiento que tienen los pueblos rurales sobre la medicina tradicional, trabajando constantemente para introducir progresivamente prácticas más recientes de reconocido valor que entren a formar parte de la cultura y práctica popular.
- 5.- Seguir insistiendo sobre las campañas de alfabetización tanto de niños como de adultos en el área rural.

- 6.- Promocionar las sales de rehidratación oral en una forma más intensa a nivel rural, para que sea uno de los primeros tratamientos aplicados a Síndrome Diarréico Agudo y prevenir la deshidratación.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, en la aldea de San Antonio Nejapa, municipio de Acatenango, del departamento de Chimaltenango, con cien mujeres cuya característica principal era ser madres de familia y estar comprendidas entre los 15 y 45 años de edad. El objetivo principal fue determinar los conocimientos actitudes y prácticas con respecto a la deshidratación hidroelectrolítica y la relación de éstos con factores como: edad, religión, educación y estado civil.

Según los resultados obtenidos las madres de esta comunidad poseen niveles adecuados de conocimientos dado que más del 88% de ellas se encuentran ubicadas de acuerdo a la escala de Marín en los niveles de excelente. Las prácticas que llevan a cabo son similares a los resultados obtenidos en el nivel de conocimiento observándose que el 80% realizan una buena práctica en el manejo de un niño deshidratado. Con respecto a las actitudes todas las madres están en el nivel de bueno, aunque esto no siempre representa que hagan lo mas adecuado.

BIBLIOGRAFIA

1. - Adams, Richard. **INTRODUCCION A LA ANTROPOLOGIA APLICADA.** Seminario de antropología social. Guatemala, 1,975. p. 25.
2. - Adams, Richard. **UN ANALISIS DE LAS CREENCIAS Y PRACTICAS MEDICAS EN UN PUEBLO INDIGENA DE GUATEMALA.** Edición publica 1,952 p.20.
- 3.- AID. **LA SUPERVIVENCIA DE LOS NIÑOS.** Las soluciones están en sus manos, USA: Pritech, p.8.
- 4.- Akerele, Olayiwola. **PROGRAMA OMS DE MEDICINA TRADICIONAL.** Progreso y perspectiva. Crónica de la OMS, 1,984. p.83.
- 5.- Allman, J. y M. Pierre-Louis. **REALIZACION DE UN ESTUDIO SOBRE ACTITUDES HACIA LA DIARREA.** Dialogo sobre la diarrea. AHRTAG, 1,985. p. 14-15.
- 6.- Behrman R. y V. Vaughn Nelson. **TRATADO DE PEDIATRIA.** Volumen I, México, Nueva Editorial Interamericana, 1,985. p. 246-250.
- 7.- Blanco R. **SINDROME DIARREICO AGUDO EN LA INFANCIA.** Editorial BR, 1,984. p.130.
- 8.- Bueso, Jaime. **SINDROME DIARREICO AGUDO.** Manual de normas de diagnóstico y tratamiento pediátrico, Guatemala, Editorial universitaria de Guatemala, 1984. p. 21-35.
- 9.- Clements, et. al. **COMPARATION OF SIMPLE SUGAR/SALTVERSUS GLUCOSA/ELECTROLYTE ORAL REHIDRATATION SOLUTION IN INFANT DIARRHOEA.** Maryland, 1,980. U.S.A., p.12.

- 10.- Cruz, J. **ASPECTOS MICROBIOLÓGICOS DE LA DIARREA.** Monografía sobre el control de la enfermedad diarreica del INCAP. 1,990. p.20.
- 11.- Delgado, H. et. al. **CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS.** Monografía sobre el control de las enfermedades diarreicas. INCAP 1,988. p.18.
- 12.- The international newsletter on the control of diarrhoea diseases. **DIALOGUE ON DIARRHOEA.** Pediatrics. March, 1,986 p. 1-5.
- 13.- Ministerio de Salud. **PATRONES CULTURALES Y PRACTICAS EN EL TRATAMIENTO DE DIARREA INFANTIL.** Ecuador. 1,982. p.38
- 14.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). **ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA P.& L.,** España Adamson. 1,988. 85 p.
- 15.- Gordillo, G. **ELECTROLITOS EN PEDIATRIA.** Hospital Infantil. Ediciones Médicas. Segunda Edición. 1,979. 32 p.
- 16.- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. **MONOGRAFIA SOBRE EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA.** 1,986. 68 p.
- 17.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **PROGRAMA DE REHIDRATACION ORAL.** Manual de los operativos del programa de TRO. Asesoría OMS/OPS. Guatemala, 1,985.
- 18.- Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. **CUADRO CLINICO DE DHE,** USAC. 1,993. s.p. Documento Mimeografiado.
- 19.- Facultad de Ciencias Médicas Fase II. **ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN AMERICA LATINA.** USAC. 1,980. 18 p. Mimeografiado.
- 20.- Hirschor, N. **THE TREATMENT OF ACUTE DIARRHOEA IN**

- CHILDREN; AN HISTORIAL PERSPECTIVE.** AM y Clin. Nuts. 1,980. 637- 663 p.
- 21.- Gómez, **EL SERVICIO DE REHIDRATACION ORAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERAL.** Hospital infantil de México. Bol. Med. 1,984. Sept. 41(9). 457-458 p.
- 22.- Jelliffe Berrick, **CULTURE SOCIAL CHANGE AND INFANT FEEDING.CURRENT TRENDS IN TROPICAL REGIONS.** American Journal of Clinical Nutrition. 1,962. 19-44 p.
- 23.- Khoile Tha. **CULTURA ES HUMANISMO, HUMANISMO ES CULTURA.** La semana de bellas artes. México. 1,979. p. 6.
- 24.- Levine, M. **DESHIDRATACION Y REHIDRATACION ORAL EN DIARREA.** OPS-OMS/UNICEF. 19-25 p.
- 25.- Matta, Leonardo **¿ES MUY PELIGROSA LA DIARREA?** Salud mundial 1,986. 5-7 p.
- 26.- Medalie, J.H. **MEDICINA FAMILIAR PRINCIPIOS Y PRACTICAS.** Primera Edición. México. 1,987. 443 p.
- 27.- Menendez, Anabella. **"CREENCIAS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA Y RESPIRATORIA"**. Estudio prospectivo realizado en el hospital San Juan de Dios. 1,987. Departamento de pediatría. Tesis. USAC. Fac. CCMM. 92 p.
- 28.- OMS/UNICEF **EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA Y USO DE TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL.** Ginebra 1,983. (sp).
- 29.- OPS **MANUAL DE TRATAMIENTO DE DIARREA.** Serie Paltex. Para ejecución de programas de salud. Whasington, 1,987. 177 p.

- 30.- OPS/OMS. **CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS.** Programa de salud materno infantil segunda edición 1,994. 21 p.
- 31.- Philips, S. **DIARRHOEA PATHOGENESIS AND DIAGNOSTIC TECHNIQUES,** posgraduate med. 1,975. 57 p.
- 32.- Pizarro, D. et. al. **ORAL REHIDRATATION OF INFANTS WITH ACUTE DIARRHOEA DEHYDRATION.** A practical method. J. Trop. Med. 1,980. 241-245 p.
- 33.- Pizarro, D. y G. Posada **ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.** En diarrea y rehidratación oral. OPS/OMS/UNICEF 27-66 p.
- 34.- Population Reports. **LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL (TRO) EN TRATAMIENTO DE DIARREA INFANTIL.** Maryland, USA. 1,980 (Nov. Dic.). p. 56-8.
- 35.- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá **PRINCIPIOS DE ABSORCIÓN DEL AGUA Y ELECTROLITOS DE LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL. AVANCES EN SUPERVIVENCIA INFANTIL.** 1,986. Agosto. pag. 2-3.
- 36.- Reyna Barrios, J. M. **REHIDRATACION ORAL DEL SINDROME DIARREICO AGUDO.** Guatemala. pediatría. 1,980. T-2. 123-135 p.
- 37.- Salvat. Tomos 6, 7, 11. **DICCIONARIO.** Salvat Editores, S. A. 1,991
- 38.- Sodeman y Sodeman. **INTESTINO DELGADO E INTESTINO GRUESO EN SU FISIOPATOLOGIA CLINICA.** Sexta edición. México. Interamericana. 1,984. 1,214 p.
- 39.- Summers, G. F. **MEDICION DE ACTITUDES.** Segunda Edición. México. Interamericana. 1,988. Cap. 7.

- 40.- Turner, C. E. **HIGIENE DEL INDIVIDUO Y LA COMUNIDAD.** Segunda Edición. México. La prensa mexicana s.a. 1,985. 440 p.
- 41.- UNICEF. **ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA.** 1,985. 133 p.
- 42.- UNICEF, OPS/OMS **DIARREA Y REHIDRATACION ORAL.** Área Guatemala, Centro América. S.F. 99 p.
- 43.- Villatoro, Alba M. **LA MEDICINA TRADICIONAL Y LOS PROBLEMAS DE SALUD EN GUATEMALA.** Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Medicas. Medicina de la Colectividad. Fase I, documento mimeografiado. 1,991
- 44.- **WHO/DCC A MANUAL FOR TREATMENT OF A ACUTE DIARRHOEA.** World Health organization. 1,987. 80(2): 256 p.

ANEXOS

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE DESHIDRATACION

ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS:

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____

Religión: _____

Ocupación: _____ Originaria _____

Residente: _____ Tiempo de

Residir _____

Estado Civil: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS:

1.- Que es Deshidratación?

- a.- Cuando el cuerpo pierde agua en exceso.
- b.- Cuando está hinchado.
- c.- Cuando está panzón.
- d.- Cuando tiene lombrices.
- e.- Otra.

2.- Cual es la principal causa de deshidratación:

- a.- Anemia
- b.- Llorar mucho
- c.- Asientos.
- d.- Paludismo
- e.- Otra.

3.- Cual es una de las primeras señales que presenta un niño cuando esta deshidratado:

- a.- No come, no toma agua.
- b.- Tiene fiebre.
- c.- Lloro sin lágrimas, mollera hundida, ojos hundidas.
- d.- Es cuando más juega.
- e.- Otra.

4.- Que señales son de peligro en un niño deshidratado:

- a.- Juega menos.
- b.- Ojos hundidos, no llora, no orina, labios secos.
- c.- Tiene lombrices que se ven en las heces.
- d.- Esta panzón.
- e.- Otra.

5.- Que le sucede al niño si tiene mucha diarrea:

- a.- Come más.
- b.- Se deshidrata.
- c.- Toma poca agua.
- d.- Juega más.
- e.- Otra.

6.- Que pasa cuando un niño esta deshidratado al principio con respecto a la orina:

- a.- Orina rojo.
- b.- Orina normalmente.
- c.- Orina más.
- d.- Orina menos.
- e.- Otras.

7.- Que es terapia de rehidratación oral:

- a.- Dar suero por la vena.
- b.- Dar suero tomado.
- c.- Dar agua con sal.

8.- Como prepara el suero:

- a.- Un sobre se le añade un litro de agua hervida.
- b.- Un sobre se le añade dos litro de agua sin hervir.
- c.- A medio sobre se le añade un litro de agua hervida.
- d.- A medio sobre se le añade medio litro de agua sin hervir.
- e.- Otras.

9.- En que casos da suero:

- a.- Cuando hay mucha diarrea.
- b.- Cuando el niño orina solo una vez al día.
- c.- Para que se ponga más fuerte.
- d.- Para que le de hambre
- e.- Otras.

10.- Cual es la mejor forma de dar el suero:

- a.- En pacha
- b.- Por cucharaditas.
- c.- Con pajilla.
- d.- En botella.
- e.- Otras.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR PRACTICAS:

1.- Que haria usted si su niño tiene dos dias con diarrea en número de diez al dia y le ha dado remedios y no se cura:

- a.- Lo lleva al puesto o centro de salud
- b.- Lo deja en la casa y le sigue dando remedios
- c.- Lo lleva con el señor de la farmacia.
- d.- Lo lleva con la vecina para que la ayude.
- e.- Otras.

- 2.- Si su niño comienza con mucha diarrea y se está deshidratando que hace con respecto a dar de mamar:
- a.- Le quita el pecho
 - b.- Le sigue dando de mamar.
 - c.- Le da atol.
 - d.- No le da nada
 - e.- Otras.
- 3.- Que debe hacerse si su hijo tiene los ojos hundidos de tantos asientos
- a.- Lo lleva al médico
 - b.- Dejarlo así, no hacerle nada.
 - c.- Darle remedios caseros.
 - d.- Dejarlo dormir para que se reponga.
 - e.- Otras.
- 4.- Que le daría usted a un niño con deshidratación:
- a.- Suero
 - b.- Atol
 - c.- Nada
 - d.- Remedios caseros
 - e.- Otros.
- 5.- Que hace si le está dando suero al niño con deshidratación y lo vomita:
- a.- Espera unos minutos y le sigue dando en pequeñas cantidades.
 - b.- Ya no le da nada
 - c.- Le da mejor otra clase de aguas (gaseosa).
 - d.- Le da atoles.
 - e.- Otras.
- 6.- Si su niño comienza con diarrea y vómitos que hace:
- a.- Le da un purgante.
 - b.- Lo lleva a la farmacia.
 - c.- No le hace nada.
 - d.- Lo lleva al puesto de salud.
 - e.- Otras.

- 7.- Que es lo primero que hace cuando su niño tiene diarrea;
- a.- Le quita el pecho.
 - b.- No le da de comer.
 - c.- Le da suero, además del pecho.
 - d.- Le da medicina para la diarrea.
 - e.- Otras.
- 8.- Que hace para evitar la deshidratación:
- a.- Da agua pura
 - b.- Da gaseosas
 - c.- Da suero
 - d.- Da agua de arroz
 - e.- Otras.
- 9.- Si su niño a pesar de que le está dando suero no se cura y se le nota mucha deshidratación cuanto tiempo espera para llevarlo al médico:
- a.- Un día.
 - b.- Dos días.
 - c.- Tres días.
 - d.- Lo más pronto posible.
 - e.- Otras.
- 10.- Con quien consulta de primero cuando su niño está deshidratado
- a.- Curandero de la localidad.
 - b.- Con el de la farmacia de la localidad.
 - c.- Con la vecina de la localidad.
 - d.- Personal de salud del centro de la localidad.
 - e.- Otras.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR ACTITUDES:

- 1.- Debería las madres llevar al puesto de salud a sus hijos cuando están deshidratados
- a.- Si
 - b.- No

- 2.- Permitiría usted que a su niño con asientos lo viera un médico
 - a.- Si
 - b.- No

- 3.- Apoya usted el hecho de que cuando un niño tiene mucha diarrea y se le comienza a notar deshidratación llevarlo a la farmacia:
 - a.- Si
 - b.- No

- 4.- Permite usted que se le den a su niño sales de rehidratación oral
 - a.- Si
 - b.- No

- 5.- Usaría usted aguas caseras cuando su niños se deshidrate:
 - a.- Si
 - b.- No

- 6.- Considera usted necesario el suero oral para el tratamiento de deshidratación
 - a.- Si
 - b.- No

- 7.- Deben saber las madres como se pone un niño cuando comienza a deshidratarse y el daño que puede causar en el:
 - a.- Si
 - b.- No

- 8.- Apoyaría usted planes de educación acerca de la diarrea y sus efectos:
 - a.- Si
 - b.- No

- 9.- Suspendería usted los alimentos cuando un niño tiene diarrea?:
 - a.- Si
 - b.- No