

Enfermedad diarreica aguda en niños guatemaltecos menores de 5 años

Acute diarrheic disease in Guatemala children under 5 years

**MsC. Rebeca Cuevas Acosta,¹ MsC. Kety Elizabeth Rodríguez Moreno,^{1,2}
MsC. Valentina Muñiz Velásquez,¹ MsC. Vivianne Castro Correoso¹ y MsC.
Mercedes Maturell Comas¹**

¹ Policlínico Universitario "Julián Grima García", Santiago de Cuba, Cuba.

^{1,2} Dirección Municipal, Las Tunas 2, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 678 niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda, atendidos en el Centro de Atención Permanente de Comitancillo, en Guatemala, desde enero hasta septiembre del 2012, a fin de evaluar las manifestaciones de la mencionada afección en ellos. Se observó un predominio de los pacientes de 1-4 años (74,0 %), el sexo masculino (64,4 %), las señales de peligro y los niños fallecidos (2,5 y 57,1 %, respectivamente), la evaluación nutricional normal en ambos grupos etarios (88,5 %), los menores que acudieron a consulta de 1-3 días después de comenzar el cuadro diarreico (48,0 %), así como las madres con nivel de escolaridad de cuarto y sexto grados de la primaria (48,7 %). La mayoría de los hogares tenían letrina (98,5 %) y se abastecían con agua intradomiciliaria (86,1 %).

Palabras clave: niño, enfermedad diarreica aguda, evaluación nutricional, deshidratación, niño fallecido, Guatemala.

ABSTRACT

A descriptive and cross sectional study of 678 children under 5 years with acute diarrheic disease, assisted in the Center of Permanent Care of Comitancillo, in Guatemala was carried out from January to September, 2012, in order to evaluate the manifestations of the aforementioned disorder in them. A prevalence of the 1-4 years patients (74.0%), male sex (64.4%), the signs of danger and the dead children (2.5 and 57.1%, respectively), the normal nutritional evaluation in both age groups (88.5%), the young children who came 1-3 days after beginning the diarrheic episodes (48.0%) were observed, as well as the mothers with school level from fourth to sixth grades of the primary school (48.7%). Most of the homes had latrine (98.5%), and they were supplied with intradomiciliary water (86.1%).

Key words: child, acute diarrheic disease, nutritional evaluation, dehydration, dead child, Guatemala.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas constituyen la segunda causa de fallecimientos en niños menores de 5 años, y ocasionan 1,5 millones de muertes anualmente. La diarrea puede durar varios días y privar al organismo de agua, así como de las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las muertes por estas enfermedades en realidad suceden debido a una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de padecer estas afecciones potencialmente mortales.¹

Se define como diarrea a la deposición que se realiza 3 o más veces al día (o con una frecuencia mayor a la normal en la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la de heces de consistencia suelta y pastosa por bebés amamantados. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos.¹

Esta enfermedad se clasifica en aguda y crónica. Dicha clasificación depende de la cantidad de días en los cuales esté presente la diarrea.²

- La aguda se acompaña de retortijones abdominales, tenesmo, náuseas y vómitos, heces acuosas con sangre o sin ella y moco. Puede haber fiebre y dolor muscular. Es brusca, dura menos de 2 semanas y suele tener causa infecciosa.
- La crónica es aquella que dura más allá de 4 semanas. Puede estar acompañada de otras manifestaciones clínicas, tales como dolor abdominal, bajo peso, mala absorción de nutrientes, náuseas, vómitos o fiebre. Generalmente se debe al uso de laxantes o algunos medicamentos.²

Frecuentemente esta enfermedad está originada por virus, rotavirus, bacterias, parásitos, o también por alguna intoxicación alimentaria.²

Ahora bien, la diarrea o disentería es una de las enfermedades más remotamente conocidas en la historia de la humanidad. Este término deriva del griego *diarrhoia*. En los más antiguos escritos que hoy se conservan se encuentran referencias a esta molesta y peligrosa condición, la cual significa “fluir a través de”. Hipócrates la definió como el aumento en la frecuencia y contenido de agua en las descargas fecales.³

En 1966, Jellife se refiere a la diarrea, la neumonía y la malnutrición proteico-energética como, las tres grandes, entre las enfermedades exterminadoras de la niñez. En 1980, Grant estima que 12 % de los niños nacidos anualmente mueren durante sus 5 primeros años de vida, principalmente en los lugares más pobres, en algunos de los cuales la probabilidad de que estos celebren su primer cumpleaños solo llega a 50 %. Este importante mensaje está asociado al hecho de que estos niños mueren por afecciones prevenibles y tratables.⁴

Se estima que cada año la diarrea afecta a una gran cantidad de personas. En África, Asia y Latinoamérica de 744 millones a un billón son niños menores de 5 años, de los cuales aproximadamente 2,4-3,3 millones fallecen por año y suceden 6 600-9 000 muertes por día.⁵

En tal sentido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los niños menores de 5 años de los países en desarrollo experimentan de 1,6 a 2,3 episodios de diarrea por

año, lo cual constituye el cuarto lugar de morbilidad y mortalidad en el mundo. Asimismo, estudios realizados en India, Gambia, Guatemala y Brasil mostraron que los niños presentaban de 4 a 8 episodios de diarrea anualmente. En Guatemala esta afección fue la segunda causa de mortalidad infantil, según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) de 1997 (16%) a 1999 (12%) y con mayor prevalencia (18,1 %) en la región Sur Occidente del país. Su elevada incidencia se debe, entre otras cosas, al escaso conocimiento sobre higiene, hacinamiento, y consumo de aguas contaminadas.⁵

En Cuba, al igual que en el resto del mundo, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen una de las principales causas de morbilidad y consultas. Durante el año 2009, en la provincia Pinar del Río, el número de consultas médicas notificadas por esta causa fue de 49 325, de ellas 35 % pertenecían a lactantes. En el Hospital General "Comandante Pinares" las EDA constituyen la segunda causa de ingreso hospitalario en lactantes, solo superadas por las infecciones respiratorias agudas (IRA).⁵

Igualmente, en el año 2011, en el municipio de Comitancillo constituyó una de las primeras causas de morbilidad en los niños menores de 5 años; en los lactantes se presentaron 792 casos y 1901 en las edades de 1-4 años, con una mortalidad de 25 pacientes en ambos grupos etarios.⁶

Como es sabido, la diarrea en el niño menor de 5 años es una de las primeras causas de consulta médica y de hospitalizaciones, con todos los riesgos que esto implica, además de los gastos que ocasiona, los cuales serán superiores mientras mayor sea la estadía hospitalaria, de ahí la importancia de disminuir la duración e intensidad del episodio diarreico, así como de reducir la morbilidad y mortalidad por esta causa, y mejorar la calidad de la atención infantil.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 678 niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda, atendidos en el Centro de Atención Permanente de Comitancillo, en Guatemala, desde enero hasta septiembre del 2012, a fin de evaluar las manifestaciones de la mencionada afección en ellos.

Entre las variables analizadas figuraron: aspectos clínicoepidemiológicos de la enfermedad, edad (menores de un año y de 1-4 años), sexo, evaluación nutricional, señales de peligro, días con diarreas, fallecidos, nivel de escolaridad de la madre, disposición de las excretas y abastecimiento de agua.

Para realizar la evaluación nutricional se tuvo en cuenta la clasificación del estado nutricional según estándares de la OMS:

- De +2 a –2: nutrición normal
- Debajo de – 2 a – 3: desnutrición aguda moderada
- Debajo de – 3: desnutrición aguda severa

Respecto a las señales de peligro se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: no puede beber o tomar pecho, vomita todo, dificultad respiratoria, letárgico o inconsciente, deshidratación, convulsiones, entre otros.

Asimismo, se consideraron las defunciones que ocurrieron en niños menores de 5 años como consecuencia de las diarreas.

- Números de días con diarreas: se tuvo en cuenta los rangos, - 1 día, 1-3 días, 4-6 días, + 7 días.
- Nivel de escolaridad de la madre: Ninguno, 1ro a 3ro primaria, 4to a 6to primaria, media, superior
- Disposición de las excretas: inodoro, letrina, aire libre.
- Abastecimiento de agua: chorro intradomiciliario, chorro público, río, pozo, otros.

La información se obtuvo de los informes semanales del departamento de estadísticas del Centro de Atención Permanente (CAP), los expedientes clínicos de los pacientes y el registro de defunciones; se procesó de forma computarizada mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.5 y se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra un predominio de los pacientes de 1-4 años (502 para 74,0 %) y el sexo masculino (436 para 64,4%).

Tabla 1. Niños con enfermedad diarreica aguda según edad y sexo

Grupos etarios (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menor de 1	116	17,2	60	8,8	176	26,0
1-4	320	47,2	182	26,8	502	74,0
Total	436	64,4	242	35,6	678	100,0

Como se observa en la tabla 2 prevalecieron las señales de peligro en los niños de 1-4 años (17 para 2,5 %).

Tabla 2. Señales de peligro en niños con enfermedad diarreica aguda

Grupos etarios (en años)	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 1	12	1,8	164	24,2	176	26,0
1-4	17	2,5	485	71,5	502	74,0
Total	29	4,3	649	95,7	678	100,0

En la serie primó la evaluación normal en ambos grupos etarios (88,5 %), seguida de la desnutrición aguda moderada (8,7 %) Tabla 3.

Tabla 3. Evaluación nutricional de niños con enfermedad diarreica aguda

Evaluación nutricional	Menor de 1 año		1-4 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	159	23,4	441	65,1	600	88,5
Desnutrición aguda moderada	11	1,6	48	7,1	59	8,7
Desnutrición aguda severa	6	0,9	13	1,9	19	2,8
Total	176	25,9	502	74,1	678	100,0

Véase en la tabla 4 que 326 pacientes acudieron a consulta de 1-3 días luego de comenzar el cuadro diarreico (48,0 %), seguidos de 238 (35,1 %) que asistieron entre el 4to y 6to días.

Tabla 4. Días con diarreas en el hogar antes de asistir al CAP

Días con diarreas	Menor 1 año		1-4 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 1	6	0,9	8	1,2	14	2,1
1-3	96	14,2	230	33,8	326	48,0
4-6	62	9,1	176	26,0	238	35,1
7 y más	12	1,8	88	13,0	100	14,8
Total	176	26,0	502	74,0	678	100,0

La tabla 5 muestra una primacía de niños fallecidos en las edades de 1-4 años (20 para 57,1 %), del sexo masculino.

Tabla 5. Niños menores de 5 años fallecidos por diarreas según edad y sexo

Grupos etarios (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
Menos de 1	28,6	5	14,3	15	42,9	
1-4	31,4	9	25,7	20	57,1	
Total	60,0	14	40,0	35	100,0	

Respecto al nivel de escolaridad de las madres, 159 (23,5 %) no tenían ninguno; 112 (16,5 %) entre 1ro y 3er grados de primaria; sin embargo, predominaron aquellas progenitoras con 4to y 6to grados de este nivel escolar (330 para 48,7 %). En la enseñanza media solo hubo 77 (11,3 %), y ninguna integrante de la serie poseía nivel instructivo superior.

En cuanto a la disposición de las excretas en hogares de niños menores de 5 años, se evidenció que en 4 (0,6 %) usaban inodoros, en 98,5 % letrinas, y hubo 6 hogares (0,9 %) con fecalismo al aire libre.

Por otra parte, se observó que 86,1 % de los hogares se abastecían con agua intradomiciliaria, 8,3 % con abastecimiento público y 5,5 % con pozos.

DISCUSIÓN

En la casuística predominó el grupo etario de 1-4 años (74,0 %) y el sexo masculino (64,4 %), lo cual difiere de los resultados obtenidos por Lugo,⁷ quienes hallaron una primacía de los niños de 0-1 año (43,3 %) y el sexo femenino (56,7 %).

Las señales de peligro primaron en 2,5 % de los niños de 1-4 años, con mayor frecuencia de la deshidratación, resultado que coincide con lo expresado en el Boletín No. 330 de la OMS, donde se plantea que la amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación, puesto que durante un episodio de diarrea se pierde agua y electrolitos en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración; puede causar la muerte si no se restituyen al organismo estos elementos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral, o mediante infusión intravenosa.¹

Por otra parte, en ambos grupos etarios prevaleció la evaluación nutricional normal (88,5 %), seguida de la desnutrición aguda moderada (8,7 %); contrariamente a lo hallado por García,⁸ quienes en su estudio mostraron un predominio del grupo etario de 6 meses a menos de 2 años (6,4 %) en la desnutrición aguda (8,5 %), lo cual demuestra que la malnutrición aumenta significativamente el riesgo para la prolongación de la diarrea. Al respecto, se ha debatido ampliamente cuándo se deben introducir los alimentos complementarios; si se hace muy pronto, se reduce la ingestión de leche materna del bebé, puesto que esta es reemplazada con fuentes de nutrientes menos apropiadas, y queda más expuesto a la infección; sin embargo, si se introduce muy tarde puede demorarse el crecimiento y desarrollo del lactante por la ingestión insuficiente de nutrientes; es por ello que estos alimentos deben brindársele al bebé entre los 4 y 6 meses.

Según informes del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el acceso limitado a cantidades de alimentos suficientes para complementar los requerimientos calóricos afecta a más de 53 millones de personas.

La mala calidad de la alimentación por sí sola, junto a las enfermedades infecciosas constituye un factor determinante en el retraso del crecimiento y los trastornos de la función cognoscitiva e intelectual.

En la alimentación del niño desnutrido se deben tener en cuenta las demandas para el mantenimiento del metabolismo basal y la actividad física, todo lo cual se consigue con una alimentación complementaria eficiente y adecuada, criterio que coincide con el de otros autores.⁸

La desnutrición en sus formas clínicas se refiere a la historia de alimentación, las infecciones recidivantes y enfermedades crónicas que le imposibiliten la absorción y utilización adecuada de los nutrientes, que además, le afecten su característica clínica más importante, la talla (crecimiento lineal), así como su esfera cognoscitiva, por lo cual es muy importante corregirla antes de los 2 años, período donde el ser humano crece más rápido en la vida extrauterina.⁸

Cabe destacar, que la duración de la diarrea es un elemento fundamental para el tratamiento de los niños con esta afección, en este estudio 48,0 % de los pacientes acudieron a consulta después de 1-3 días de comenzar el cuadro diarreico, seguidos de 35,1 % que asistieron entre el 4to y 6to días. Por su parte, algunos autores⁹ refieren que en la medida que se prolongue el cuadro, se producirá más daño a nivel intestinal, lo cual propiciará la desnutrición desde el punto de vista orgánico y podrá llegar a la condición de persistente, con sus consecuentes efectos adversos. La madre ocupa un papel fundamental ante esta situación morbosa, puesto que es determinante en su control la rapidez con la cual esta sea capaz de acudir al facultativo con su niño y cumplir posteriormente las medidas orientadas.

La citada enfermedad es frecuente en los niños, y a pesar de los avances en la profilaxis y el tratamiento, aún es una causa importante de morbilidad y mortalidad durante la infancia, especialmente en los menores de 5 años. En este grupo etario se estiman entre 750 y 1 000 millones de episodios diarreicos, así como cerca de 5 millones de defunciones anuales, o sea, 10 cada minuto,¹⁰ lo cual coincide con este estudio donde 35 niños menores de 5 años fallecieron por estas afecciones.

Se halló un predominio de las madres con niveles de escolaridad de 4to y 6to grados de la enseñanza primaria (48,7 %), seguido de las que no tenían ningún grado de escolaridad (23,5 %), lo cual difiere de lo obtenido por Ruiz,³ quienes plantean que el predominio de las madres con nivel escolar entre preuniversitario y universitario es un hallazgo esperado en una sociedad como la suya, donde todas las personas tienen los mismos derechos, y por ende, las mismas posibilidades de recibir educación de la más alta calidad, sin tener en cuenta procedencia social, raza, sexo, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud refieren que el costo de tratar las aguas residuales puede ser muy alto para los gobiernos, empresas o las propias comunidades que tienen que lidiar con ello, y a menudo no poseen suficientes recursos para remediar los daños ambientales que ocasionan, pues gran parte de las fuentes de agua superficiales y subterráneas están contaminadas, y se requiere de un mayor esfuerzo para potabilizarla y así evitar la propagación de enfermedades. Según un estudio regional, más de los 75 % de los lagos y embalses evaluados en 15 países se clasificaron como eutróficos, siendo las descargas domésticas una de las principales fuentes contaminantes que causan el problema, unidas a los residuos sólidos. En las zonas donde existe una gran cantidad de población, la disposición final de las excretas constituye un inconveniente de grandes magnitudes. Aún cuando se cuenta con servicios de saneamiento, como alcantarillado, sistemas sépticos o letrinas, el destino final de las excretas generalmente son los cuerpos de agua (ríos, lagos mares y acuíferos), que luego son usadas como fuente de abastecimiento por otras comunidades y/o actividades productivas.¹¹

El Banco Mundial estima que 21 % de las enfermedades contagiosas se transmiten por agua contaminada, y 1 600 personas mueren cada día debido a enfermedades como la diarrea por ingerir estas aguas, no tratadas con las debidas normas higiénicas.¹²

Aunque está demostrado que el acceso al agua potable y las buenas prácticas de higiene son sumamente efectivas para tratar esta enfermedad, casi la totalidad de casos de defunciones por este motivo se deben a una limpieza inadecuada y al mal estado del agua.¹³

En Cuba, el acceso al agua potable constituye una prioridad y un derecho para cada familia, y junto al Sistema de Salud Nacional se previenen las defunciones de infantes por esta afección.¹⁴

Las enfermedades diarreicas predominaron en los niños de 1-4 años, del sexo masculino. Entre los factores de riesgo figuraron: desnutrición aguda moderada, escolaridad de las madres, disposición de las excretas y abastecimiento de agua. La deshidratación fue la señal de peligro más frecuente, que provocó el fallecimiento de algunos de estos niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva No. 330. Ginebra: WHO Media Centre; 2009.
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. [citado 5 de Oct de 2013]
3. Ruiz Silva MD, Frómeta Hierrezuelo AR, García Martínez RM, Ximelis Morales AA, Cobas Ruiz J. Programa educativo sobre diarrea persistente para madres de lactantes. MEDISAN. 2009 [citado 5 de Oct de 2013];13(1).
4. Delgado Ávila D. Beneficios del cinc en el tratamiento de lactantes con diarrea. [citado 20 de Dic de 2013].
5. Monzón Acevedo RN. Efecto del agua de arroz con zanahoria en el tratamiento de la diarrea aguda en niños de seis a 60 meses de edad. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2003 [citado 20 de Dic de 2013].
6. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil. Ginebra: OMS; 2009.
7. Lugo R, Rodríguez Y. Factores socioculturales y prevalencia de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años. Ambulatorio "Los Próceres". Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Cumaná: Universidad de Oriente Venezuela; 2010.
8. García Barrera CO, Fiel Iglesias L, Cabo de Villa Córdova RF, Milán Ricardo L. La enfermedad diarreica aguda asociada a desnutrición en menores de cinco años. [citado 20 de Dic de 013].
9. García García AL, Díaz Martínez J, Pérez Callejas N, Couce Herrera V, Delgado Quintero M. Diarrea persistente. Revisión bibliográfica. MediCiego. 2006 [citado 22 May 2008];12(1).
10. Coutin Marie G, Morales Palanco I, Rodríguez Milord D, Aguiar Prieto PH. Morbilidad oculta por enfermedades diarreicas agudas en Cuba. Reporte Técnico de Vigilancia. 2006 [citado 5 Feb 2010];11(1).
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Desarrollo sostenible y salud ambiental. En: Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2007.
12. El agua potable ya es una necesidad mundial crucial. El País. 2007. [citado 8 Sep 2008].
13. Organización Mundial de la Salud. La diarrea: segunda causa de mortalidad infantil en el mundo, 2009. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2009;86:657-736.
14. En el Día Mundial del Agua mueren niños por enfermedades diarreicas. 2009. [citado 20 de Dic de 2013].

Recibido: 22 de mayo del 2014.

Aprobado: 15 de junio del 2014.

Rebeca Cuevas Acosta. Policlínico Universitario “Julián Grima García”, avenida Libertadores y Paseo Martí, Santiago de Cuba, Cuba.

Correo electrónico: rebeca.cuevas@medired.scu.sld.cu