

Comportamiento de la enfermedad diarreica aguda en lactantes de la Policlínica Pedro del Toro 2009 / Performance of the infant acute diarrhoea at the Polyclinic Pedro del Toro 2009

Israel Ramón Pérez-Morales; Leandro León-Román; Annis Almenares-Garcés

País: Cuba

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, en la policlínica Pedro Del Toro Saad de la ciudad de Holguín, con el objetivo de determinar el comportamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en menores de un año asistidos en dicho centro, durante el año 2009. Para la recolección de la información se confeccionó un registro por el autor de la investigación. La mayor cantidad de los lactantes atendidos con Enfermedad Diarreica Aguda, tenían entre 3 y 6 meses de vida, la mayoría residía en área urbana y consumían agua procedente del sistema de acueducto. La fosa era la forma más utilizada para la disposición final de los residuales líquidos. La gran mayoría, no estaban deshidratados, y la lactancia artificial, la que más utilizaban. La mayoría de los niños, no recibió tratamiento antimicrobiano ni antiparasitario y fue baja la cifra de los utilizaron Sales de Rehidratación Oral

ABSTRACT

A descriptive study was conducted in the clinic Pedro Del Toro Saad of the city of Holguin, with the aim of determining the behaviour of acute diarrheal disease in children under one year assisted in this center during 2009. For data collection a record was made by the author of the research. Most infants with acute diarrheal disease seen were between 3 and 6 months of life, most lived in urban areas and consumed water from the aqueduct system. The pit was the most used for disposal of liquid waste. The vast majority were not dehydrated and infant formula nursing, the most used. Most children did not receive anti-parasitic and antimicrobial therapy and the number of oral rehydration salts used as treatment was low.

KEY WORDS: INFANTILE DIARRHEA.

como tratamiento.

PALABRAS CLAVES: DIARREA
INFANTIL

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado que en los países subdesarrollados los niños menores de cinco años presentan como promedio de 2 a 3 episodios de diarreas por año, lo que significa un estimado de 750 a 1000 millones de episodios de diarreas y con un aproximado de 4 a 5 millones de defunciones infantiles en países del tercer mundo y la causa infecciosa de muerte más frecuente en menores de 5 años en América Latina. ⁽¹⁾

El uso de las sales de rehidratación oral (SRO) han reducido el número de muertes, pero la nutrición adecuada, el saneamiento ambiental adecuado, la calidad del agua, la educación de la población y el manejo estándar de los casos, con el uso racional de antibióticos y antiparasitarios, según la OMS y su programa de control de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), es lo que lograrán avanzar rápidamente en la reducción de la morbilidad por EDA en las Américas y mantener la meta de salud para toda la población infantil. ⁽²⁾

La cifra anual de defunciones por diarrea aguda a nivel mundial pasó de 4,6 millones estimadas en 1980 a unos 1,5 millones en la actualidad con el uso de la terapia de rehidratación oral (TRO). ⁽³⁾ No obstante, la diarrea continúa siendo la principal causa de mortalidad a nivel mundial entre niños pequeños. ^(1,4)

La Diarrea es un problema importante, en su impacto en la salud infantil general, en relación con la desnutrición. La gran ventaja con la que contamos consiste en que la mayor parte de los episodios de Diarrea Aguda remiten espontáneamente durante 3 a 5 días y que debido a la gran semejanza de sus manifestaciones clínicas independientemente de la causa, se permiten establecer una serie de recomendaciones generales para que dure lo menos posible, éstas se basan fundamentalmente en la rehidratación y la alimentación durante la diarrea, los

antibióticos tienen indicaciones precisas, (diarrea mucosanguinolentas por shigella y cólera grave) no debiéndose utilizar de forma indiscriminada. ⁽⁵⁾

La evaluación del paciente con diarreas requiere de una anamnesis cuidadosa, así como de un examen físico completo, sobre todo en pacientes pediátricos para descartar otras entidades con similares presentaciones, para lo cual se requiere de un mínimo de exámenes de laboratorio (heces fecales en fresco, gram, sangre oculta y leucocitos) polimorfonucleares en heces fecales y estudio microbiológico (coprocultivo). ⁽⁶⁾

El tratamiento es primariamente de soporte, dirigido a prevenir la deshidratación del paciente, y el método fundamental consiste en la terapia de rehidratación oral (SRO) y el mantener la adecuada ingestión dietética. ⁽⁷⁾

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo sobre el comportamiento de la enfermedad diarreica aguda en menores de un año en el periodo comprendido de enero – diciembre 2009 de la policlínica Pedro Del Toro Saad. El universo y la muestra de trabajo estuvieron constituidos por todos los pacientes, menores de un año (509) que acudieron a los Servicios de Urgencias del centro mencionado, y se les diagnosticó una EDA. Se utilizaron métodos del nivel teórico y empíricos de la investigación el Histórico-lógico: estuvieron presentes en el análisis y determinación de los antecedentes y fundamentos teóricos-metodológicos de la investigación. Análisis y síntesis: se aplicaron en la actualización del problema y nos permitió revelar los datos e informaciones relacionados con la morbilidad de la enfermedad diarreica aguda en menores de un año de nuestra policlínica. Inducción-deducción: mediante estos métodos se pudieron identificar los problemas para darle solución. La revisión y análisis de documentos: se utilizó para la recopilación y análisis de la información sobre el problema, antecedentes y estado actual del mismo. Los principales datos estadísticos se obtuvieron mediante la revisión de hojas de cargo, se les realizó encuestas a los familiares. Se utilizó la información aportada por el departamento de Estadística de la policlínica. A todos los familiares de los niños se les propuso colaborar de forma voluntaria en el estudio, solicitándoseles su consentimiento de forma verbal y escrita, durante la consulta, mientras se le realizaba el interrogatorio correspondiente.

VARIABLES CONTROLADAS:

VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS: 1-Edad (variable cuantitativa continua) Se consideró en meses cumplidos, creándose 3 grupos: 1 abierto y 2 cerrados

-< 3 Meses

-> 3 - 6 Meses

> 6 Meses - 1 Año.

2-Sexo: (variable cualitativa nominal dicotómica) Se clasificó según el fenotipo del paciente en Masculino y Femenino.

3- Residencia: (variable cualitativa nominal dicotómica) Se consideró como el lugar donde vivían los pacientes. Se tuvo en cuenta de la forma siguiente:

- Urbana: La que contaba con servicios públicos de acueducto, alcantarillado, electricidad, calles asfaltadas.
- Rural: La que carecía de las condiciones anteriores.
- Variables relacionadas con los aspectos epidemiológicos:

1- Procedencia y calidad del agua de consumo. (Variable cualitativa nominal politómica)

- Acueducto: Conducto artificial para conducir agua, para el abastecimiento de una población determinada.

- Cisterna: Receptáculo para contener generalmente agua. Su capacidad va desde unos pocos litros a miles de metros cúbicos.

- Otra: Procedente de cualquier otra fuente, incluyendo embotellada

- Hervida: Cuando sin tener en cuenta la procedencia el agua, hubo de consumirse hervida. Se operacionalizó como: Sí y No.

2- . Disposición final de residuales líquidos: (variable cualitativa nominal politómica)

Se Tuvieron en cuenta diferentes formas:

- Alcantarillado: Al sistema de estructuras y tuberías usados para el transporte de aguas residuales o servidas (alcantarillado sanitario), desde el lugar en que se generan hasta el sitio en que se vierten a cauce o se tratan.

- Fosa: Unidad recolectora de residuales líquidos, donde no se realiza un proceso de tratamiento de aguas y no incorpora procesos físicos químicos y biológicos, los cuales tratan y remueven contaminantes físicos, químicos y biológicos del agua efluente del uso humano.

- Aire Libre.

Variables relacionadas con los aspectos clínicos:

1- Estado de hidratación: (variable cualitativa nominal dicotómica) Se tuvo en cuenta desde el punto de vista clínico, sin especificar tipo. Se operacionalizó en:

-Deshidratados: Cuando clínicamente existían signos en correspondencia con éste estado como: somnolencia, piel seca, lengua y labios secos, ausencia de salivación, ausencia de lágrimas, fiebre, taquicardia, Oliguria.

-No deshidratados: Cuando no existían síntomas y signos como los referidos anteriormente.

2- Tipo de Alimentación: (variable cualitativa nominal politómica) Se consideró de tres formas, teniendo en cuenta solamente el tipo de leche que consumían los niños:

- Lactancia materna exclusiva: Alimentación exclusivamente con leche humana al momento de ser atendidos y realizarse el diagnóstico.

- Lactancia artificial: Alimentación exclusiva con leche artificial de cualquier tipo al momento de ser atendidos y realizarse el diagnóstico.

- Lactancia mixta: Alimentación con lactancia materna, más algún alimento suplementario como la leche maternizada o leche de vaca u otro tipo al momento de ser atendidos y realizarse el diagnóstico.

3- Tipo de Terapéutica utilizada: (variable cualitativa nominal politómica) Se consideró cualquier variante de tratamiento realizado, por indicación médica o por decisión de los padres y/o representantes. Se operacionalizó de la forma siguiente:

- Tratamiento antimicrobiano y/o antiparasitario: Cuando hubo de utilizarse alguno de ellos.

- No tratamiento antimicrobiano ni antiparasitario: Cuando no se utilizó ninguno de ellos.

- Sales de Rehidratación Oral: Cuando se utilizaron, independientemente de si fueron como única forma de tratamiento o combinadas con otros medicamentos.

RESULTADOS DEL TRABAJO

En la Tabla 1 se observa la distribución de los menores de un año asistidos en la Policlínica Pedro del Toro Saad, durante el año 2009, con el diagnóstico de EDA. La mayor cantidad (217) de los lactantes atendidos tenían entre 3 y 6 meses de vida, constituyendo el 42.63% del total, seguidos de los que tenían entre 6 meses y 1 año (197, que constituyen el 38.70%). El menor porcentaje (18.66) eran menores de tres meses. En cuanto al sexo, hubo predominio del femenino con un 51.47 %.

En la Tabla 2 se puede apreciar el área de residencia de los niños que presentaban EDA. La mayoría (67.97 %) residía en área urbana. Y sólo el 32.03 % en área rural. Esto se explica porque el territorio objeto de atención de nuestro centro, se encuentra mayormente rodeado de población con los servicios que las hacen clasificar en cuanto a la disposición final de residuales líquidos, siendo la fosa la forma más utilizada con el 56.71 %, seguida del alcantarillado con el 35.07 %. Sólo en 42 casos hubo referencias de que los residuales líquidos se dispusieran al aire libre. Esto está en correspondencia con el modo de vida de la mayoría de la población estudiada. En la Tabla 3 la mayoría (69.35 %) consumían agua procedente del sistema de acueducto y un 12.77 % lo hacían de otras fuentes. Sólo el 12.68 (65 menores) consumían agua hervida independientemente de la procedencia de ésta. En la Tabla 4 se puede identificar el estado de hidratación en los menores de 1 año con diarrea aguda atendidos en el Centro de Diagnóstico. La gran mayoría, 444 (87.22 %) no se encontraban deshidratados, pero 65 de ellos (12.77 %) tenían signos de deshidratación. se identifica el tipo de alimentación de los

menores de 1 año con diarrea aguda, siendo la lactancia artificial, en 304 de los casos (59.72 %) la que más utilizaban seguida de la lactancia materna exclusiva (27.50 %) y la mixta (12.77 %)

En la Tabla 5 se puede observar la distribución de los niños según la identificación realizada sobre el tipo de tratamiento realizado. La mayoría (72.49 %) no recibió tratamiento antimicrobiano ni antiparasitario, no obstante el 27.50 % si hubo de utilizar al menos uno de ellos. El 58.15 % de los niños utilizaron SRO como tratamiento, cifra que consideramos baja si tenemos en cuenta la importancia de éstas, a pesar de las controversias existentes sobre su uso en menores de 6 meses.

Tabla: 1. Distribución de menores de un año, según grupo de edades y sexo. Policlínica Pedro del Toro Saad, 2009.

Grupo de edades (en meses)	sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 3 Meses	45	18.46	49	18.84	95	18.66
> 3- 6 Meses	99	40.00	118	44.92	217	42.63
> 6 Meses – 1 Año	103	41.53	95	36.23	197	38.70
Total	247	48.52	262	51.47	509	100

Tabla 2. Distribución del Tipo de Residencia y disposición final de residuales líquidos de los niños menores de un año con EDA. Policlínica Pedro del Toro Saad, 2009.

Residencia	No	%	Disposición de Residuales líquidos	No.	%
Urbana	346	67.97	Alcantarillado	178	35.07
Rural	163	32.03	Fosa	289	56.71
			Aire Libre	42	8.20
Total	509	100	Total.	509	100

Tabla 3. Procedencia y calidad del agua de consumo de los niños menores de un año con EDA. Policlínica Pedro del Toro Saad, 2009.

Procedencia y calidad del agua de consumo	No	%
Acueducto	353	69.35
Cisterna	91	17.87
Otra	65	12.77
Total	509	100
Hervida: Si	65	12.68
No	444	87.31
Total	509	100

Tabla 4. Estado de hidratación y alimentación en los menores de 1 año con diarrea aguda. Policlínica Pedro del Toro Saad, 2009.

Estado de hidratación	No.	%	Tipo de Alimentación	No.	%
Deshidratados	65	12.77	Lactancia materna exclusiva	140	27.50
No deshidratados	444	87.22	Lactancia artificial	304	59.72
			Lactancia mixta	65	12.77
Total.	509	100	Total.	509	100

Tabla 5. Medicaciones utilizadas en los pacientes estudiados. Policlínica Pedro del Toro Saad, 2009.

Tipo de Terapéutica utilizada	No.	%
Tratamiento antimicrobiano y/o antiparasitario.	140	27.50
No tratamiento antimicrobiano ni antiparasitario.	369	72.49
Sales de Rehidratación Oral	296	58.15

Discusión

En un estudio similar realizado en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", de Güines, provincia La Habana (8) hubo predominio de las EDA en el grupo de los niños menores de 6 meses y del sexo masculino. En otro realizado a pacientes ingresados en el servicio Guiteras del Hospital Pediátrico Provincial docente "Eduardo Agramonte Piña" de Camagüey, durante el año 2000 (9) no hubo

diferencias significativas, en cuanto a la edad, sin embargo las mayores frecuencias recayeron en el grupo de 7 a 12 meses con un 31.70 % de los 91 pacientes estudiados 38 niños (42 %) eran del sexo masculino y 53 del sexo femenino. (58 %) El 71 % (64) fueron lactantes menores de 6 meses y un 29 % (27) lactantes mayores de 6 meses, coincidiendo con nuestros resultados. En un estudio realizado en provincia La Habana la mayor incidencia de diarreas se observó en niños procedentes de áreas rurales

En el primer caso se observó la tasa más alta de prevalencia de las EDA en los lactantes que habitaban en zonas rurales y en la comunidad Zairence de Kiushasa los niños de procedencia rural mostraron las tasas más altas de detección de agentes patógenos entéricos en sus heces fecales. (10)

En el estudio realizado en Güines, La Habana, se evidenció una estrecha relación entre la calidad del agua, determinada por las fuentes de suministros y los cuadros diarreicos, observándose el acueducto como medio más difundido, empleado en más de la mitad de los hogares, la cisterna fue el sistema menos reportado, el resto de los pequeños se abastecía con agua de pozo, coincidiendo éstos datos con los nuestros. (11)

El alcantarillado ha sido clasificado como sistema idóneo para la disposición de residuales líquidos al permitir el tratamiento completo de estos, reduciendo el número de coliformes fecales. En el trabajo de Busto Aguiar (9) la deshidratación, fue el primer síntoma asociado a la diarrea; en el de López Hernández y colaboradores (12) el 88.2% de los casos llegaron a terapia intensiva con diferentes grados de deshidratación, siendo significativo la deshidratación sin estado de choque (82.4 %). En el de Fernández García (13) el 33,2 % de las complicaciones correspondió a los desequilibrios hidrominerales y/o ácido base (9,1 %). En otros trabajos como el realizado en Ciudad Bolívar, Venezuela (14) en ningún caso se observó deshidratación, estos resultados coinciden con los de Ruiz de Villa Martínez y colaboradores (8) de en su estudio encontró que sólo el 8.30 % de los niños se alimentan a pecho, el 31% con lactancia mixta y que la lactancia artificial con 36 pacientes predominó con alta significación estadística. En el estudio ya referido realizado en Matanzas, existía predominio de niños con lactancia mixta o artificial exclusiva entre los menores de 6 meses (73 %), asociada o no, a Lactancia Materna.

En la literatura revisada, el 77.9 % de los niños no hubo necesidad de usar terapia antibiótica y el cuadro se comportó como un proceso infeccioso autolimitado. El

empleo de antimicrobianos no constituye la base del tratamiento de las infecciones gastrointestinales, las medidas de reposición: hidratación y alimentación adecuada, son los fundamentos básicos en la terapéutica, ya que el uso de antibióticos puede prolongar la enfermedad.

En otra investigación donde se muestran las medicaciones previas en los pacientes estudiados, los antiparasitarios, predominaron, y dentro de ellos el metronidazol con 16 pacientes para un 41.02 % fue el más utilizado.

CONCLUSIONES

La mayor cantidad de los lactantes atendidos con EDA, tenían entre 3 y 6 meses de vida. La mayoría residía en área urbana y consumían agua procedente del sistema de acueducto. La fosa era la forma más utilizada para la disposición final de los residuales líquidos. La gran mayoría, no estaban deshidratados, y la lactancia artificial, la que más utilizaban. La mayoría de los niños, no recibió tratamiento antimicrobiano ni antiparasitario y fue baja la cifra de los utilizaron SRO como tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urrestarazu, Maria. Características etiológicas, clínicas y sociodemográficas de la diarrea aguda en Venezuela. [Seriada en línea] **Pan Am J Public Health** 1999; 6(3):149 <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n3/0471.pdf> [consultado: 26 jun.2003].
2. World Health Organization. A manual for the treatment of acute diarrhoea for use by physicians and other senior health workers. (Geneve) World Health Organization, WHO/CDD/SER/80.2 Rev, 2:2001.
3. Mota Hernández, Felipe; Tapia Conyer, Roberto. Manejo de la enfermedad diarreica en el hogar, en algunas regiones de México. México: Bol Med Hosp Infant Mex 2002. 367p.
4. World Health Organization. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. 25 years of ORS: Joint VMO/ ICDDR, B Consultative Meeting on ORS Formulation. Dhaka, Bangladesh, 10-12 December 2000. CDR/CDD/95.2
5. Swerdiow, David. Cholera in the Americas. Guidelines for the clinician. JAMA 1999. 1495 p.

6. Decrease in net stool output in cholera during intestinal perfusion with glucose containing solution/ Nolbert Hirschhorn ... [et al.]. México: Med 2000. 279 p.
7. Cohort study of rotavirus serotype patterns in symptomatic and asymptomatic infections in Mexican children/ Fernando Velásquez Ricardo [et al.]. México: *Pediatr Infect Dis* 1999. 61p.
8. Diarrea Persistente. Principales Causas y Factores Asociados a Nuestro Medio/ Yoel Ruiz de Villa Martínez... [et al.]. [Documento en línea] <http://www.ciencias.holguin.cu/2004/Septiembre/articulos/ARTI6.htm> [consultado: 20 mar. 2003]
9. Busto Aguiar Ricardo. Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en lactantes contra lactancia materna. **Revista Médica Electrónica** 2007; 29 (6)
10. La diarrea es un problema global: enfermedades diarreicas: prevención y tratamiento. (Washington), OPS 1995. 162p.
11. León Pérez, Silvia; Alonso Cordero, Magda; Roque Mendoza, Carlos. Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año: algunos elementos epidemiológicos. 2000; 6 (1) [seriada en línea]. http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol6_1_00/hab07100.htm. La Habana [consultado 22 marzo]. 2007.
12. Enfermedad diarreica aguda por Salmonella "no tifoídica/ Jorge López Hernández... [et al.]. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* (La Habana): 2005; 4(4): 90-99.
13. Etiología de la diarrea con sangre en menores de 5 años/ Mercedes Fernández García... [et al.]. **Rev Cubana Ped** (La Habana): 2004. v.76 (4).
14. Etiología de diarrea aguda en niños menores de 5 años/ JR Cermeño... [et al.]. **Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología** (Venezuela) 2008; 28:55-60

Síntesis curricular de los Autores

Israel Ramón Pérez-Morales Especialista de Primer Grado en MGI. Msc: Atención integral al niño, Profesor Asistente. Policlínica Pedro Del Toro Saad. Holguín. Cuba

Leandro León-Román Especialista de Primer Grado en MGI. Msc: Atención integral al niño, Profesor Instructor. Policlínica Pedro Del Toro Saad. Holguín. Cuba

Annis Almenares-Garcés Especialista Primer Grado en MGI. Profesor Instructor. Policlínica Pedro Del Toro Saad. Holguín. Cuba

Fecha de Recepción: 19 de octubre 2010

Fecha de Aprobación: 19 de julio de 2011

Fecha de Publicación: 13 de abril 2012