

Análisis epidemiológico de la diarrea en Santander y Norte de Santander

Epidemiological analysis of diarrhea in Santander and Norte de Santander

María del Pilar Gallardo-Lizarazo¹

Forma de citar: María del Pilar Gallardo-Lizarazo. Análisis epidemiológico de la diarrea en Santander y Norte de Santander. *Eco.Mat.* 2015; 6(1): 78-85.

Recibido:
Junio 22 de 2015

Aceptado:
Agosto 10 de 2015

Resumen

La enfermedad diarreica aguda (EDA), a nivel mundial, se encuentra establecida como la segunda causa de muerte, afectando principalmente a los menores de 5 años sin desconocer los demás grupos cronológicos y sin distinguir características étnicas. En Colombia ocupa el segundo lugar de morbi-mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas; por ello se han identificado estrategias para educar a las madres o cuidadores sobre el manejo adecuado en casa y centros de salud de primer nivel buscando la oportuna atención y realización de las convenientes prácticas de hidratación, para lo cual se creó la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que está encaminada en disminuir la mortalidad por las enfermedades prevalentes de la infancia específicamente en menores de 5 años. En el presente artículo se pretende describir la situación epidemiológica de EDA en los departamentos de Santander y Norte de Santander así como de las creencias, costumbres y conocimientos en madres y cuidadores sobre los signos de alarma en EDA en niños menores de 5 años de edad.

Palabras Claves: Enfermedad Diarreica Aguda, Morbilidad, Cuidado

Abstract

Acute diarrheal disease (ADD), globally, is established as the second cause of death, affecting mainly children under 5 years without ignoring the chronological other ethnic groups without distinguishing characteristics. In Colombia it ranks second in morbidity and mortality in the population under five years, especially in the municipalities with the highest percentage of unmet basic needs; therefore they have identified strategies to educate mothers and caregivers about the proper management at home and health centers looking for first-rate care and timely implementation of appropriate hydration practices, for which the strategy of Integrated Management was established Prevalent Childhood Illness (IMCI) that aims to reduce mortality from prevalent childhood diseases specifically in children under 5 years. In the present article is to establish the epidemiological situation of ADD in the departments of Santander and Norte de Santander and beliefs, habits and knowledge among mothers and caregivers about the signs of alarm in ADD in children under 5 years of age.

Keywords: Acute Diarrheal Disease, Morbidity, Care

¹Médico General,
Universidad de Santander.
Estudiante Especialización en
Epidemiología, Universidad
Autónoma de Bucaramanga.
mapygallar88@gmail.com

Introducción

La diarrea es un síntoma de una infección gastrointestinal por bacterias, virus o parásitos que pueden encontrarse en el agua contaminada con heces humanas o animales y alimentos contaminados por irrigación, la infección puede transmitirse también persona a persona, por lo que las prácticas adecuadas en la manipulación de alimentos, higiene y saneamiento básico son fundamentales para su prevención. La diarrea puede generar o no algún grado de deshidratación y de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado o no de sangre y moco. Su evolución clínica puede llevar hasta la muerte a los niños afectados, especialmente a los menores de 5 años si no reciben un tratamiento adecuado (Daza, 2012).

A nivel mundial ha tomado gran importancia identificar y tratar las deposiciones diarreicas con adecuada hidratación para prevenir futuras complicaciones; ya que se encuentra establecida como la segunda causa de muerte, afectando principalmente a los menores de 5 años sin desconocer los demás grupos cronológicos y sin distinguir características étnicas; cada niño menor de 5 años de edad presenta un promedio de tres episodios anuales de diarrea aguda (Farthing, 2012).

En Colombia, la enfermedad diarreica aguda ocupa el segundo lugar de morbi-mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (OPS, 2010). Es por esto que se han identificado estrategias para educar a las madres o cuidadores sobre el manejo adecuado en casa y centros de salud de primer nivel buscando la oportuna atención y realización de las convenientes prácticas de hidratación, por ello se creó la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que está encaminada en disminuir la mortalidad por las enfermedades prevalentes de la infancia

específicamente en menores de 5 años.

Actualmente en Colombia, AIEPI es una estrategia que busca disminuir la mortalidad por enfermedades prevalentes en menores de cinco años educando al médico tratante y al entorno familiar. En la EDA, que es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias de pediatría, las actividades se encaminan a promocionar los conocimientos maternos sobre signos de peligro, la búsqueda oportuna de atención y las prácticas adecuadas de hidratación, alimentación y enseñar signos para re consultar cuando sea necesario (OMS-OPS, 2012)

La Definición de Diarrea

La diarrea es producida por un desorden intestinal caracterizado por presentar cambios en deposiciones de características blandas o líquidas, frecuentemente acompañadas de molestias abdominales y en algunos casos urgencia defecatoria (Powell, 2000). La definición de deposición diarreica aguda es dada por un cambio súbito en las deposiciones aumentando su número diario a 3 o más acompañado de cambio en la consistencia a blanda o líquida, no se incluye aumento en número de deposiciones con heces formadas. Las deposiciones blandas en los lactantes exclusiva o complementaria, no se consideran deposiciones diarreicas; normalmente las madres o cuidadores conocen muy bien las deposiciones de sus niños a cargo por tanto les queda más práctico verificar cuando presentan deposiciones diarreicas al comparar con lo que es “normal” para su niño (OPS, 2008; CINETS, 2013)

La diarrea es un evento que se inicia en forma aguda, y puede prolongarse por muchos días convirtiéndose en una diarrea persistente, más de 14 días. El número de las evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad del menor (MSPS, 2014).

Se pueden presentar diversos tipos de diarrea en los menores de 5 años y su tratamiento adecuado está directamente relacionado con la evolución de la misma, estos son: Diarrea aguda acuosa, Diarrea aguda con sangre o disentería, Diarrea persistente y Diarrea en niños con desnutrición severa previa (ESPG, 2008; Zulfi, 2006; Broek, 2013).

Por otra parte, desde el punto de vista fisiopatológico la diarrea se clasifica en tres grandes categorías: osmótica (causada por la ingestión de solutos no absorbibles), secretora (debida a secreciones intestinales inadecuadas) e inflamatoria. Como contraparte a esta clasificación, existe la clasificación clínica, la cual toma los aspectos semiológicos más relevantes y con base en ellos clasifica la enfermedad en tres grupos: diarrea acuosa, esteatorrea (malabsorción) y diarrea inflamatoria. (Pineda, 2004).

Caracterización de la Población.

El Departamento de Santander cuenta con una población de 2.061.095 habitantes, según la proyección del DANE a 2015, con una población femenina de 50,6% frente al 49,4% de la masculina y una tasa de crecimiento poblacional de 0,50%. Su población constituye un 4,30% de la población nacional. El 75,4% de su población se ubica en cabeceras

municipales; la ciudad de Bucaramanga, su capital, concentra el 25,6% de la población del departamento. Cuatro ciudades importantes, Floridablanca, Barrancabermeja, Girón y Piedecuesta, concentran un 38,2% y los 82 municipios restantes, el 36,2% de la población, entre los que se encuentran San Gil, El Socorro, Lebrija y Barbosa

El departamento Norte de Santander cuenta con una población de 1.355.787 habitantes, según la proyección del DANE a 2015, con una población femenina de 50,4% frente al 49,6% de la masculina y una tasa de crecimiento poblacional de 0,86%. Su población constituye un 2,82% de la población nacional. El 78,5% de la población se ubica en cabeceras municipales; la ciudad de Cúcuta, su capital, concentra el 48% de la población del departamento. Cuatro ciudades importantes, Ocaña, Villa del Rosario, Los Patios y Pamplona, concentran un 17% y los 35 municipios restantes, el 35% de la población.

En la figura 1 se presentan las pirámides poblacionales para los dos departamentos; se aprecia mayor concentración en población de menor edad para el Norte de Santander, pero con un decrecimiento más acentuado a medida que se avanza en cohortes de edad que en Santander.

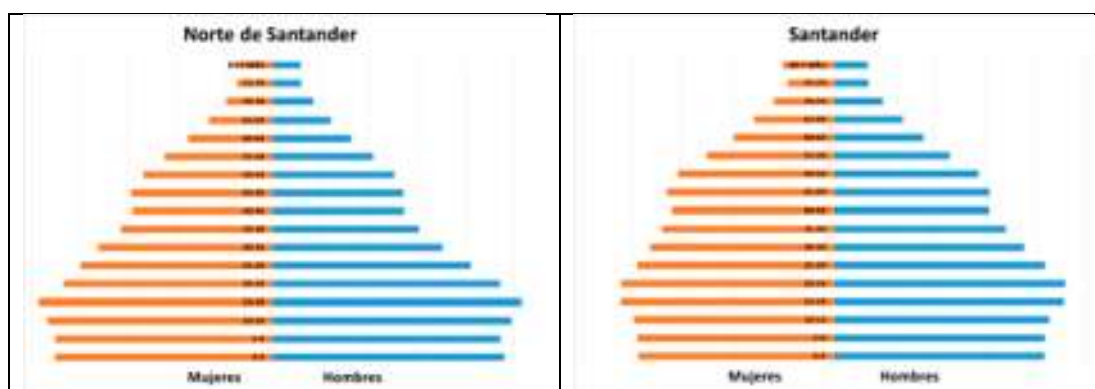


Figura 1: Distribución de la Población por Cohortes de Edad, proyección a 2015 elaborada por la autora con base en datos del DANE

María del Pilar Gallardo-Lizarazo

El 8,0% de la población de Santander es menor de cinco años, distribuida en 51,3% niños y 48,3% niñas; en Bucaramanga la proyección a 2015 indica un total de 34.922, sin embargo, al incluir los municipios del área metropolitana (Floridablanca, Girón y Piedecuesta) se obtiene un total de 79.609 que constituye el 63% de niños y niñas menores de cinco años del departamento.

Por otra parte, el 9,3% de la población de Norte de Santander es menor a cinco años con 51,1 % niños y 48,9 niñas; en Cúcuta la proyección a 2015 indica un total de 55.993, sin embargo, al incluir los municipios del área metropolitana (Villa del Rosario, Los Patios, El Zulia y san Cayetano) se obtiene un total de 73.332 que constituye el 58% de niños y niñas menores de cinco años del departamento.

Mortalidad y Morbilidad por EDA

El Instituto Nacional de salud indica que en Colombia más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición, y otras enfermedades prevenibles por vacunación, siendo estas enfermedades la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años. (Álvarez, 2014). La mortalidad por enfermedad diarreica aguda ocupa uno de los primeros lugares en la mortalidad de los menores de 5 años especialmente en los municipios con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas y mala calidad de agua para consumo humano (Borbón, 2013).

Tabla I. MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS

Año	Muertes por EDA en < 5 años	Incidencia por millón de habitantes en Colombia			Incidencia por millón de habitantes [< 5 años]	
		< 1 año	1 a 4 años	< 5 años	Santander	Norte de Santander
2011	138	8,12	1,99	3,22	5,90	46,90
2012	109	70,50	14,01	26,33	5,93	31,49
2013	117	76,1	14,9	27,20	11,90	15,80
2014	149	89,6	20,6	34,57	5,96	15,80

Elaborada por la autora con datos de DANE y SIVIGILA

En la tabla I se presenta el número de casos y la incidencia acumulada de mortalidad por EDA en menores de 5 años por cada millón de habitantes a semana epidemiológica 52 del año, se aprecia un crecimiento en la incidencia a lo largo del tiempo, sin embargo, la tasa es menor en Santander que en Norte de Santander. El porcentaje de muertes es mayor en el género masculino, con un promedio anual de 56%, como se muestra en la figura 2. La mayor notificación de casos se presenta en población afiliada al sistema de seguridad social en salud al régimen subsidiado, le siguen los no afiliados y en menor proporción se encuentran los casos del régimen contributivo, esta tendencia se mantiene en el

tiempo. Al desagregar por lugar de residencia se encuentra que en los últimos años más de la mitad de la población atendida reside en el sector rural (ver tabla II).



Figura 2. Mortalidad por EDA según género en menores de 5 años
Elaborada por la autora con datos de DANE y SIVIGILA

Análisis epidemiológico de la diarrea en Santander y Norte de Santander

TABLA II. ATENCIÓN POR SISTEMA DE SEGURIDAD Y POR LUGAR DE PROCEDENCIA

Año	Porcentaje atendido por sistema de seguridad social en salud			Porcentaje atendido por lugar de residencia		
	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	No afiliado	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso
2011	59	11	30	35	12	53
2012	70	9	21	49	15	36
2013	68	6	26	40	10	50
2014	69	7	24	31	13	56

Elaborada por la autora con datos de DANE y SIVIGILA

Para el análisis de la morbilidad por EDA se recurre a la información en el sistema de vigilancia del Instituto Nacional de Salud con base en los reportes para este evento por parte de las entidades territoriales. La incidencia de

morbilidad por EDA en el país, para el año 2014, es de 60,05 por cada mil habitantes, más alta en comparación con la de 2013 que fue de 57,3 y de 54,76 en 2012 (Daza, 2012).

Tabla III. MORBILIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS

Año	Morbilidad por EDA en < 5 años	Incidencia por 1000 habitantes en Colombia		
	Casos reportados	< 1 año	1 a 4 años	< 5 años
2011	728879	254,6	148,8	170,1
2012	714067	240,6	147,7	166,4
2013	669482	218,4	139,9	155,7
2014	681530	210,5	144,9	158,1

Elaborada por la autora con datos de DANE y SIVIGILA

Con respecto al número de casos reportados de EDA (ver tabla III) y al comparados con los reportes nacionales para los diferentes grupos de edad se encuentra que en todos

los grupos de edad se reportan casos pero la población menor de cinco años y en especial la población inferior a un año las que presentan tasas de incidencia más altas.

Tabla IV. Morbilidad por EDA en Santander y Norte de Santander

Año	Morbilidad por EDA			
	Santander		Norte de Santander	
	Casos reportados	Incidencia X 10000 hab.	Casos reportados	Incidencia X 10000 hab.
2011	79858	395	64197	490
2012	79101	389	61482	466
2013	74513	365	64370	483
2014	76960	375	68270	508

Elaborada por la autora con datos de DANE y SIVIGILA

Por otra parte, aun cuando Santander reporta más casos por año, la incidencia por EDA es menor en Santander que en Norte de Santander, sin embargo ambas son menores

que la nacional (ver tabla IV y figura3), las entidades territoriales con mayor incidencia son Amazonas, Bogotá, Quindío y Meta.

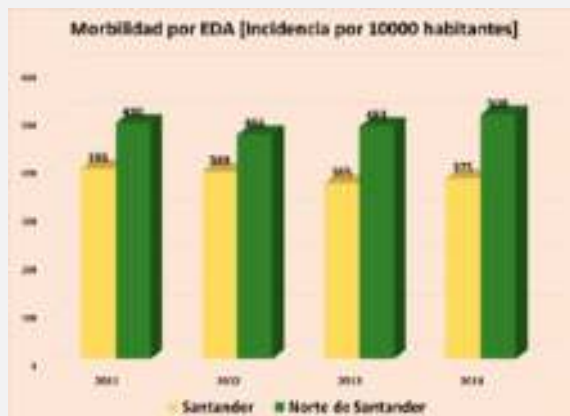


Figura 3. Morbilidad por EDA en los Santanderes
Elaborada por la autora con datos de DANE y SIVIGILA

Cuidado del Menor

A nivel de AIEPI, como estrategia en la educación de madres y cuidadores en el reconocimiento de signos y síntomas para el manejo del niño con EDA en el hogar; de esta manera se establece el pilar y fundamento para la adecuada hidratación e identificación para consulta oportuna, reduciendo así la mortalidad en la población menor de 5 años (Amarasiri, 2001). Lo primordial para el cuidado de un niño que tiene diarrea es mantenerlo hidratado, dándole agua, leche materna (si aún la consume) y los alimentos que comúnmente recibe a diario, pero también es importante que madres y cuidadores estén atentos y capacitados en la identificación de señales de deshidratación.

En estudio realizado en Bucaramanga para describir las representaciones sociales que tienen los cuidadores de los niños menores de cinco años sobre la EDA se encontró que el 73% de cuidadoras eran madres con rango de edad entre 14 y 71 años. El 3% identificó componentes de definición de diarrea. Un tercio de cuidadores atribuyen diarrea a “descuajaduras”, “mal de ojo” y “brujería”. El 70% reconoce la duración de síntomas por más de 24 horas como criterio para consultar a una institución de salud, 30% fiebre y 10% deshidratación. El 83% conoce soluciones comerciales de rehidratación y el 63% las sales de rehidratación oral, aunque solo el

46% las ha usado. El 63.82% usan remedios caseros (Abreu, 2013). También hay gente que se asusta y recurre a un empírico quien “soba” o administra medicamentos inapropiados al niño.

En estudio realizado en Cúcuta se encuentra que la mayoría de los cuidadores de los menores de cinco años tienen un bajo nivel socioeconómico y la limitación para adquirir una calidad de vida que permita el desarrollo y crecimiento sano de los niños y aplican cuidados especiales de acuerdo a sus creencias y cultura; sin embargo, se encuentra que así como hay cuidadores poseen conocimientos adecuados sobre la inclusión oportuna de la alimentación complementaria, existen determinantes de riesgo en otros casos por la ausencia de conocimientos acertados sobre la alimentación complementaria y micronutrientes que confluyen en el inicio temprano de alimentación complementaria con el objetivo de que el menor al probar los alimentos que consume la familia “se vuelva más fuerte a las infecciones o se les cure el estómago”, todo lo anterior enmarcado en un ciclo de creencias que han adoptado los cuidadores desde sus ancestros. Dentro de las prácticas de riesgo se pudo detectar que los cuidadores suministran a los niños/as alimentos diferentes al grupo que debe consumir de acuerdo a su edad, en ocasiones mayores para el rango de edad y en otras de manera deficiente. Otra práctica de riesgo es el abandono temprano de la lactancia materna (seis meses de edad) consideran que el menor ya consume otros alimentos que suplen sus necesidades para el crecimiento (Parada, 2011).

Discusión

Es importante determinar el nivel de capacitación de la madre o cuidadora en cuanto a los signos de alarma o de peligro que puede ser producido por el niño a lo cual debe asistir a centro de salud más cercano capacitado para

su adecuada valoración (Tomé, 1996) ya que cuando se retrasa la adecuada atención puede ocasionar deterioro en el menor causando deshidratación alteración hidroelectrolítica y muerte. Por lo cual es importante que las madres o cuidadores conozcan de los signos de peligro y medidas de hidratación para disminuir futuras complicaciones en los niños ya que con adecuada administración de líquidos, sales de rehidratación oral, manejo de la dieta y supervisión cercana de la actividad del menor y asistir al centro de salud cuando realmente sea necesario y a tiempo.

En Colombia gracias a la estrategia AIEPI en los centros de salud al momento de las consultas pediátricas el personal médico se encuentra capacitado para dar las indicaciones y recomendaciones para identificar los signos de peligro, sin embargo el estudio del grado de conocimiento posterior de las madres y en general de cuidadores, entendiéndose por ello cuidadores primarios como padres, abuelas, hermanos mayores, madres sustitutas o madres comunitarias son poco estudiados.

Al comparar cuidadores de niños con y sin episodio de diarrea, se encontró que los conocimientos sobre los signos y síntomas son mayores en el grupo con episodios, así como también la inclinación por remedios caseros, mientras que el conocimiento sobre la rehidratación oral es mayor en los cuidadores de niños que no los presentaron. En conclusión, la investigación identificó falta de conocimientos de cuidadores al reconocer episodios de EDA y signos de alarma; también concluyó que a pesar del conocimiento en fórmulas comerciales y en SRO, la mayoría de cuidadores prefiere, reemplazar o adicionar al manejo remedios caseros (Abreu 2013),

Es conveniente continuar realizando estudios en los departamentos de Santander y Norte de Santander sobre creencias, actitudes y conocimientos de los cuidadores de niños con respecto a la diarrea, así se pueden

canalizar esfuerzos en capacitación para su identificación, atención y consulta oportuna con miras a disminuir sus tasas de morbilidad y mortalidad

Referencias Bibliográficas

Álvarez, C. y Equipo Funcional ETA. (2014). Informe Final Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de Cinco Años y Morbilidad en Todos los Grupos de Edad, Colombia, 2014. Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control de Salud Pública.

Abreu Peralta, P. y otros. (2013). Conocimientos, Creencias y Prácticas en el Cuidado de la Diarrea Aguda en Hogares de la Zona Norte de Bucaramanga, Santander 2013 - ResearchGate.

Amarasiri de Silva MW, Wijekoon A, Hornik R, Martines J. (2001). Care seeking in Sri Lanka: one possible explanation for low childhood mortality. *Soc Sci Med* 2001; 53: 1363-1372.

Borbón, M. (2013). Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de Cinco Años y Morbilidad en Todos los Grupos de Edad, Colombia, año 2013. Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control de Salud Pública.

Broek, I y otros. (2013) Guía Clínica y Terapéutica. Médicos sin Fronteras.

CINETS. (2013). Guía de Práctica Clínica para Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en Niños Menores de 5 años. MinSalud-Colciencias. Bogotá

Daza, J. y Grupo EDA. (2011). Informe del evento mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, y morbilidad en todos los grupos de edad, año 2011. Instituto Nacional de Salud, Subdirección de

Vigilancia y Control de Salud Pública.

Daza, J. y Grupo EDA-IRA. (2012). Informe del evento mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, y morbilidad en todos los grupos de edad, año 2012. Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control de Salud Pública.

DANE. Estadísticas en Salud:

https://www.google.com.co/?gfe_rd=cr&ei=XpPtVanPBYKw8we8laLgDQ&gws_rd=ssl#q=MSPS+dane+estad%C3%ADsticas+en+salud

DANE. Estadísticas en Salud, Estadísticas Vitales: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/nacimientos-y-defunciones/nacimientos-y-defunciones>

ESPG. (2008). European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition / European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. *JPGN* 46:S81–S122, 2008.

Farthing, M. y otros. (2012). *Diarrea Aguda en Adultos y Niños: una Perspectiva Mundial. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología.* Reino Unido.

SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud – Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública:

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/sivigila.aspx>

MSPS. (2014). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en <5 años (EDA). Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Bogotá.

OMS, OPS (2012). *Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.* Washington, DC: OMS/OPS.

OPS. (2008). Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud. Washington, D.C.

OPS. (2010). Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: Libro Clínico. Bogotá. www.paho.org/col

Parada, D. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años. *Revista Ciencia y Cuidado.* Vol. 8. No. 1: 29–39.

Pineda, L., W. Otero y V. Arbeláez. (2004). Diarrea Crónica. Diagnóstico y Evaluación Clínica. *Rev Col Gastroenterol,* Apr./ June, vol.19, no.2. Bogotá

Powell D.W. (2000). Diagnostic Approach to Chronic Diarrhea. AGA postgraduate course volumen 2000-2: 13–21.

Tomé P, Reyes H, Rodríguez L, Guiscafré H, Gutiérrez G. (1996). Muerte por Diarrea Aguda en Niños: Un estudio de factores pronósticos. *Salud Pública Mex;* 38: 227–235.

Zulfi qar A. Bhutta. Diarrea persistente en países en vías de Desarrollo. *Ann Nestlé [Esp]* 2006; 64:39–48