

DIARREA EN NIÑOS RURALES MENORES DE UN AÑO, PROVINCIA DE MONTE CRISTI, R.D. ENERO—JUNIO, 1983

* Dr. Pablo Alberto Frías Albino

* Dr. Pedro Vargas Colón

INTRODUCCION

La diarrea constituye una manifestación clínica de trastornos gastrointestinales, como: Desinterfa bacteriana, Amebiasis, Salmonelosis, fiebre tifoidea, cólera, intoxicación alimentaria, etc.

El problema es más importante durante la primera infancia, debido a que hay mayor susceptibilidad del pequeño a las infecciones y a los trastornos de equilibrio hidroelectrolítico.

En recién nacidos, se considera más grave cuando se presenta en forma epidémica; responsables de algunos episodios epidémicos son gérmenes intestinales tales como: *E. Coli* enteropatogénica, grupo paracolón (*Proteus*, *Pseudomonas*, *Estafilococos*, *Streptococos*, etc.), los cuales para ser identificados requieren de cultivo de heces.

En la segunda infancia los trastornos diarreicos agudos se hacen mucho menos frecuentes y son relativamente menos graves, casi siempre son debidos a alimentación errática, fatiga, excitación nerviosa, y las infecciones.

Entre otras se citan, diarreas a causa del uso excesivo de agentes antibacterianos, los cuales desequilibran la flora bacteriana normal; **Diarrea Crónica Persistente**, como manifestación de trastornos genéticos; como ausencia de enzimas intestinales disgregadoras de los azúcares. **Diarrea benigna recidivante** (síndrome de colon irritable), trastorno frecuente de la 1ra. infancia, suele comenzar o se exacerba con una enfermedad respiratoria, se alterna con episodios de constipación, frecuente en niños hiperactivos; **Trastornos diarreicos benignos**, en ocasiones acompañados de síndromes prodrómicos como febrículas, irritabilidad y pérdida del apetito.

Trastornos diarreicos graves 1.—Pacientes moderadamente graves y manifestaciones tóxicas muy acentuadas cuando son un factor los trastornos electrolíticos y la deshidratación. **2.**— Pacientes en los que el comienzo es brusco con fiebre alta y gran toxicidad.

El problema presenta variaciones en distintos grupos socioeconómicos; escasez e higiene deficientes, la contaminación de la leche y alimentos constituyen definitivamente la fuente más importante de infección.

Revisados estos conceptos y ubicados dentro de un marco de referencia teórico-conceptual, nos proponemos enfocar el problema.

(*) Médicos Pasantes. IDSS (La Cruz) y SESPAS (El Ahogao). Provincia Montecristi, R.D.

MATERIAL Y METODO

Con el criterio para considerar casos con diarrea en menores de 3 años (O.M.S.) como tres (3) o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en 12 horas, o una evacuación líquida o semilíquida que contenga sangre, pus o moco; se diseñó un cuestionario que trató de aglutinar además todas las variables socioculturales económicas y de higiene materno-infantil y situación habitacional, etc., con el cual procedimos a visitar los hogares de niños menores de un año de doce (12) comunidades rurales tales como: **Villa Cinda**, sección del municipio **Villa Vásquez**; **El Ahogao** y **Magdalena**, sección y paraje del municipio **Castañuelas**, **Copey**, sección del municipio **Pepillo Salcedo** (Manzanillo) y los bateyes **La Cruz**, **Higüero**, **Isabel**, **Madre**, **Maguaca**, **Walterio** y **Juliana** pertenecientes al proyecto guineero **La Cruz**, **Monte Cristi**.

Recopilados los datos se ordenaron e interpretaron para la toma de conclusiones.

RESULTADOS

En la mitad de las comunidades más del 50% de los niños ha padecido y padece el problema y en la otra mitad (cuadro No. 1) a un porcentaje importante le ocurre lo mismo.

El 85.3% de los lactantes (cuadro No. 2) corresponde a los grupos de edades que llegan hasta los 9 meses y el resto de 10—12 meses; de éstos la mayoría de afectados pertenecen a los grupos entre 4—9 meses (cuadro No. 3) para un 64.9%, y siguen en frecuencia los de 0—3 y 10—12 respectivamente para ambos sexos.

Existe la tendencia de dar leches combinadas y no materna en un 67% de los casos (cuadro No. 4) y sólo un 32.7% recibe alimento al pecho materno; encontramos que en el grupo que no padece diarrea un 52.7% de los niños ingieren exclusivamente leche materna en contraposición con los que la padecen de sólo un 10%.

Existieron diferencias poco significativas en cuanto a la participación de la madre o de segundas personas en la preparación de alimentos a los niños pero no obstante en el grupo que no padeció diarrea las madres tuvieron una mayor participación.

Aunque no aparece tabulado se cuestionó además sobre la higiene de las manos y un 73.3% de las madres se lava las manos antes de preparar los alimentos y un 26.6% no lo hace.

Cuadro 1

INCIDENCIA DE DIARREA EN MENORES DE UN AÑO SEGUN COMUNIDADES Y ENCUESTADOS
MONTE CRISTI. ENERO-JUNIO 1983

COMUNIDADES	ENCUESTADOS	DIARREAS	%
Villa Cinda	9	6	66.6
Magdalena	4	1	25.0
El Ahogao	41	25	60.9
Batey La Cruz	6	4	66.6
Batey Higuero	3	1	33.3
Batey Isabel	4	2	50.0
Batey Madre	9	4	44.4
Batey Maguaca	13	8	61.5
Batey Walterio	7	1	14.2
Batey Juliana	7	5	71.4
Copey	7	3	42.8
Totales	110	60	54.5

Cuadro 2

GRUPOS DE EDADES SEGUN SEXO (ESTUDIADOS) EN MENORES DE UN AÑO (RURALES)
MONTE CRISTI. ENERO-JUNIO 1983

EDAD (MESES)	MASCULINOS - %		FEMENINOS - %		TOTAL - %	
0 - 3	13	28.8	18	27.6	31	28.1
4 - 6	15	33.3	20	30.7	35	31.8
7 - 9	10	22.2	18	27.6	28	25.4
10 - 12	7	15.5	9	13.8	16	14.5
Totales	45	100	65	100	110	100

Cuadro 3

CASOS DE DIARREA SEGUN EDAD Y SEXO EN MENORES DE UN AÑO (RURALES)
MONTE CRISTI. ENERO-JUNIO 1983

EDAD (MESES)	MASCULINOS - %		FEMENINOS - %		TOTAL - %	
0 - 3	5	20.8	6	16.6	11	18.3
4 - 6	7	29.1	10	27.7	17	28.3
7 - 9	8	33.3	14	38.8	22	36.6
10 - 12	4	16.6	6	16.6	10	16.6
Totales	24	100	36	100	60	100

Cuadro 4

TIPO DE LECHE EN LA ALIMENTACION SEGUN CASOS DE DIARREA Y NO DIARREA
EN MENORES DE UN AÑO (RURALES)
MONTE CRISTI. ENERO—JUNIO 1983

TIPO DE LECHE	DIARREA — %		NO DIARREA — %		TOTAL — %	
Materna	10	16.6	26	52	36	32.7
Materna — Vaca	16	26.6	5	10	21	19.0
Materna — Artificial	14	23.3	11	22	25	22.7
Artificial	11	18.3	7	14	18	16.3
Vaca	9	15.0	1	2	10	9.0
Totales	60	100	50	100	110	100

Cuadro 4—A
INCIDENCIA DE DIARREA
ANTES DEL DESTETE Y DESPUES
DEL DESTETE

DESTETE	CASOS	%
Antes	34	56.6
Después	23	38.3
No le dieron el seno	3	5.0
Totales	60	100

Aunque parezca paradójico, el 56.6% de los cuadros diarreicos fueron más frecuentes antes del destete o ablactación, a diferencia de un 38.3% que ocurrieron después (cuadro No. 4—A). Un 5% de niños no se les inició alimentación materna debido a estados precarios de salud de las madres por cesáreas y otras causas.

Conviene prestar atención a los hechos del cuadro No. 4 con relación a lo que aquí acontece (en cuadro No. 4—A) un elevado grupo de los que padecen diarrea ingería además de leche materna leche de vaca y artificial, pudiendo ser esta mezcla de leches en 30 casos —49.9%— la causa desencadenante del problema, y por tanto podría explicarse porque un porcentaje elevado padeció diarrea antes del destete.

El cambio de las mamilas de 80 niños que utilizan biberones para alimentación básica o complementaria tiende a ser de la manera que expone el cuadro No. 5 donde el 82.5% dura 4—6 semanas y más sin cambiarla.

La fuente de agua potable y su preparación para el consumo son variables importantes a tomar en cuenta en la cadena alimenticia del lactante; 63.6% refiere que adquiere

Cuadro 5
DURACION DEL USO DE LAS MAMILAS
SEGUN NIÑOS MENORES DE UN AÑO
(RURALES) QUE USAN BIBERONES.
MONTE CRISTI. ENERO—JUNIO 1983

SEMANAS	No. CASOS	%
2—4	14	17.5
4—6	42	52.5
6 y más	24	30.0
Totales	80	100

el mineral a través de acueductos y en menor porcentaje de los ríos y canales; pero la verdadera realidad, en vista de que el sistema de abastecimiento es arcaico y poco funcional, es que la mayor fuente es el río.

En el cuadro No. 6 el 67.2% de las madres afirman hervir el agua, el 21.8% no la hierve y hasta existe un grupo de 10.9% que da agua purificada (comercial) a sus hijos. El cuadro 6—A delata una gran realidad, pues la tendencia general es no durar 30 minutos o más hirviendo el agua, pues sólo un 17.5% dice que la hierve durante ese tiempo.

Desde el punto de vista epidemiológico la frecuencia con que ocurren los episodios diarreicos en menores de un año es un parámetro al que debe prestársele atención en este estudio, el 71.6% (cuadro No. 7) de los casos de diarrea han tenido hasta 3 episodios un 16.6% llega hasta 6 (seis), sumando estos dos grupos 88.2% y el resto llega a 9—10 episodios diarreicos y más antes del año.

Si se compara lo que sucede aquí con los resultados del cuadro No. 3, la tendencia es a que la mayoría de los niños antes de los 9 meses de edad (83.2%) han padecido hasta de 3 a 6 episodios diarreicos, existiendo otro grupo que ha

Cuadro 6
PREPARACION DEL AGUA SEGUN CASOS DE DIARREA Y NO DIARREA
EN MENORES DE UN AÑO (RURALES)
MONTE CRISTI. ENERO-JUNIO 1983

PREPARACION	DIARREA - %		NO DIARREA - %		TOTAL - %	
Hervida	41	68.3	33	66	74	67.2
No hervida	13	21.6	11	22	24	21.8
Purificada	6	10.0	6	12	12	10.9
Totales	60	100	50	100	110	100

Cuadro 6-A
DURACION EN MINUTOS PARA
HERVIR EL AGUA

MINUJOS	CASOS	%
0 - 10	27	36.4
0 - 20	34	45.9
0 - 30	13	17.5
Totales	74	100

Cuadro 8
SINTOMAS Y SIGNOS ADEMAS DE DIARREA
EN MENORES DE UN AÑO (RURALES)
MONTE CRISTI. ENERO-JUNIO 1983

SINTOMAS Y SIGNOS	CASOS	%
Fiebre	12	20.0
Vómito	11	18.3
Anorexia	3	5.0
Fiebre-Vómito	8	13.3
Fiebre-Vómito-Dolor abdomen	2	3.3
Ninguno	24	40.0
Totales	60	100

padecido más de 10 (diez) antes del año, lo que nos hace pensar que los niños menores de esta zona, la 3/4 parte de sus vidas acontece entre episodios diarreicos.

Entre los síntomas y signos más frecuentes que acompañaron a los cuadros diarreicos (cuadro No. 8), la fiebre y el vómito, individuales, igual que combinados, fueron los de primer orden; en el 40% de los casos, las madres contestaron que esos síntomas y signos señalados en el cuadro no estuvieron presentes.

Cuadro 7
FRECUENCIA DE EPISODIOS DIARREICOS
EN MENORES DE UN AÑO (RURALES)
MONTE CRISTI. ENERO-JUNIO 1983

No. EPISODIOS	CASOS	%
1 - 3	43	71.6
4 - 6	10	16.6
7 - 9	3	5.0
10 y más	4	6.6
Totales	60	100

Cuadro No. 9
INGRESO PROMEDIO MENSUAL SEGUN
FAMILIAS (RURALES) ENCUESTADAS
MONTE CRISTI. ENERO-JUNIO 1983

INGRESO PROMEDIO	FAMILIAS	%
0 - 50 pesos	4	3.6
51 - 100 "	49	44.9
101 - 150 ""	29	26.6
151 - 200 ""	14	12.8
201 - 250 ""	4	3.6
251 - 300 ""	3	2.7
301 y más ""	6	5.5
Totales	109	100

De estos pacientes 31 casos (51.6%) requirieron las atenciones de un médico (probablemente la mayoría de los que presentaron otros síntomas y signos) y los otros 29 (48.9%) fueron asistidos por sus propias madres o un vecino.

De los afectados sólo el 8.3% (5 casos) necesitó ingreso al hospital.

En la gran mayoría de los casos el nacimiento de los niños 91.8% se produjo en el hospital, 6.3% en la propia casa, asistida por comadronas, y 1.8% ocurrió en clínica privada.

Los informes acerca de niveles de ingresos mensuales por familias (cuadro No. 11), muestran la exagerada cifra de que un 75.1% de las familias estudiadas están por debajo de un ingreso promedio mensual de 150 pesos, de los cuales 48.5% no pasa de 100 pesos.

En cuanto a escolaridad el 90.6% afirmó haber alcanzado algún nivel, de los cuales el 52.7% sólo llegó al primario (la mayoría hasta 3ro. o 4to. curso).

Las escuelas vocacionales no están al alcance de los habitantes de la zona y el 9.1% es analfabeta.

Finalmente, la mayoría de las familias con un promedio en 5-7 miembros habitan casas en su mayoría construidas de concreto con piso de cemento y techo de zinc (las que pertenecen al proyecto guineero) o construidas de madera, piso de cemento y techadas de zinc o de cana las que están fuera de los bateyes.

El 80% con 2-3 habitaciones, un 14% con una sola y el resto con más de tres (3), lo que los obliga a vivir en hacinamiento; la deposición de excreta y otras necesidades es realizada en retretes por el 100% de la población estudiada con el inconveniente de que en muchas ocasiones uno es compartido hasta por 5 familias.

La basura el 100% la elimina quemándola.

DISCUSION

Tomando en cuenta la definición de salud como un pleno estado de bienestar bio-sico-social, nos atrevemos a decir que no hay salud completa y que por tanto nuestra población siempre estará enferma afectada en uno de estos tres (3) factores.

No obstante debemos comprender cuál es nuestro papel dentro de la sociedad; pese a que la mayoría de los males que inciden sobre la salud están presentes de una manera perenne y que la mayoría de veces no está a nuestro "alcance inmediato" solucionar (pobreza, hacinamiento, contaminación ambiental y alimentaria, sistema de salud, etc.) debemos estar alerta para trazar directrices en nuestros medios que tiendan a disminuir los males y reorientar en la medida de nuestras posibilidades la utilización de los recursos.

La educación permite la participación consciente del elemento en determinado proceso; de manera que esto se impone en cualquier programa de prevención en salud que aspire solucionar problemas.

De esa extensa población de la Línea Noroeste con una cifra de 83,407 habitantes donde los problemas socioeconómicos y de salud son ingentes, la muestra bajo estudio no es más que una pequeña parte de los mismos.

Bien se sabe que la gastroenteritis (diarrea) es en nuestro medio y demás países pobres subdesarrollados la principal causa de morbi-mortalidad infantil, la que a repetición produce marcado estado de desnutrición, otra causa impor-

tante de ingreso al hospital y de defunciones en los pequeños.

En países con elevado nivel de vida y condiciones higiénicas adecuadas ha disminuido bastante la mortalidad por estas causas.

No entendemos por qué en las comunidades rurales de la provincia de Monte Cristi (una de las regiones más pobres de nuestra geografía) las madres tienden a utilizar leche artificial y no materna en la alimentación de sus niños, si se ha repetido una y mil veces (OMS, OPS, SESPAS) y una vez más lo revela nuestro estudio (cuadro No. 4), que dar el seno materno disminuye el riesgo de sufrir diarreas y es más beneficioso para la salud del niño, ya que lo protege contra otras enfermedades.

Es evidente que por éste y otros resultados obtenidos se debe revisar, actualizar y dinamizar el programa de educación materno-infantil o más bien en el cuidado del niño (puericultura) y específicamente hacer hincapié en la importancia de la lactancia materna hasta el año de edad.

Hay quienes han dicho que un promotor de salud y la existencia de una fuente de agua potable en una comunidad rural resuelven una serie de problemas primarios, lo que resta importancia en ocasiones a la presencia de un médico.

Si bien esto es cierto, también lo es el hecho de que hay que tomar muy en cuenta la orientación y distribución de los recursos, pues tenemos la experiencia luego de haber vivido un año en esta zona, de ver movilizar los "recursos humanos" al respecto, para campañas de vacunación solamente.

Las madres, según reveló el estudio, tienen un nivel de escolaridad que si no es el óptimo, es el que abunda en promedio en nuestro país; están aptas para entender la importancia de los cuidados para la prevención de enfermedades, siempre y cuando se les eduque y adiestre continuamente.

RESUMEN

En 110 niños menores de un año, pertenecientes a 109 familias encuestadas en 12 comunidades rurales de la provincia de Monte Cristi, durante el período enero-junio del 1983, se encontró que más del 50% (54.5%) de ellos ha padecido y padece diarrea con una frecuencia elevada.

Llama la atención por la pobreza de la zona, la poca utilización de lactancia materna y la tendencia al uso de leches artificiales y no maternas, pese al trabajo que se supone realizan los promotores rurales de Salud a nivel primario.

BIBLIOGRAFIA

- Tratado de Pediatría. Víctor Vaughan. James Mckay. Salvat Editores, S.A. 7ma. edición.
- Seminario de Gastroenteritis y Rehidratación Oral. SESPAS-OPS-OMS.
- Salud Pública. Cuatro Años de Gobierno 1978-1982. SESPAS.
- Vigilancia Epidemiológica (folleto). Autor: Dr. Abraham de Frías, SESPAS.
- Principios de Administración Sanitaria. Autor: John J. Hanlon. Prensa Médica Mexicana, 3ra. edición en español. 1973.