

**FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN LA APARICIÓN DE LA
E.D.A. EN NIÑOS MENORES DE 7 AÑOS DEL BARRIO EL GOLFO DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA AÑO 2001-2002**

ARLYN GUILLEN

SANDRA RADA

IVONNE TAPIA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MAYOR PARA EL DESARROLLO

SIMÓN BOLÍVAR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BARRANQUILLA

2002

31142

EF
#0050



**FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN LA APARICIÓN DE LA
E.D.A. EN NIÑOS MENORES DE 7 AÑOS DEL BARRIO EL GOLFO DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA AÑO 2001-2002**

ARLYN GUILLEN

SANDRA RADA

IVONNE TAPIA

Trabajo presentado como requisito de investigación

Asesor: RAFAEL ROJANO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MAYOR PARA EL DESARROLLO

SIMÓN BOLÍVAR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BARRANQUILLA

2002

UNIVERSIDAD SIMON BOL.
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO 4031142

PRECIO _____

FECHA 01-15-2008

CANJE _____ DONACION _____

Nota de aceptación

Asesor del Proyecto

Jurado

Jurado

Barranquilla, Diciembre de 2002

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo con todo mi amor y mi cariño muy especialmente al Todopoderoso que con su mano me dio fuerzas para seguir en el camino. También, en especial a mis padres Adel y Miladi por todo el apoyo, amor y paciencia que me brindaron, que el señor les bendiga; a mis hermanas Sandra y Ana por estar a mi lado apoyándome en estos momentos difíciles; a mis hermanos Manuel y Adel y a todos mis sobrinos y sobrinas; a Fernando por sus palabras de ánimo y el tiempo que hemos compartido; a todos por el sacrificio y esfuerzo que me han brindado para llegar al lugar donde hoy estoy.

IVONNE

*Con mucho cariño y amor dedico este trabajo a Dios,
a mi padre José y muy especialmente a mi madre
Ramona, por todo el esfuerzo y sacrificio que me
ha brindado para cumplir mis objetivos y metas
que hasta hoy he logrado; a mis hermanos
que a pesar de todo me han dado su apoyo;
a mis sobrinos Dectan y Mayerly, por ser lo mas
lindo que tengo y a Ángel por la dedicación y el
tiempo que ha compartido conmigo.*

ARLYN

Dedico este trabajo con mucho cariño a Dios por la fuerza que me da cada día para salir adelante; a mis padres Manuel y Lida, por su apoyo su confianza y su dedicación para ayudarme a alcanzar esta meta; a mis hermanos por brindarme su cariño y ayuda desinteresada; y a todas aquellas personas que de algún modo me ayudaron en la realización de este trabajo.

SANDRA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la **Universidad Simón Bolívar** por darnos la oportunidad de formarnos como personas y profesionales de la salud.

A nuestra facultad, principalmente a la decana **Mildred Carroll**, que con frecuencia nos animó a seguir adelante.

A nuestro asesor **Rafael Rojano**, por todos los conocimientos que adquirimos con él, por la paciencia que tuvo con nosotros y por todas las enseñanzas que nos transmitió.

Las autoras.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. TÍTULO	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3. JUSTIFICACIÓN	11
4. OBJETIVOS	15
4.1 Objetivo General	15
4.2 Objetivos Específicos	15
5. MARCO TEÓRICO	16
5.1 Enfermedad Diarreica Aguda	16
5.2 Factores de Riesgo de la Enfermedad Diarreica Aguda	22
6. DISEÑO METODOLÓGICO	23
6.1 Tipo de investigación	23
6.2 Método de investigación	23
6.3 Delimitación	25
6.4 Población y Muestra	25

6.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información.	27
6.6 Operacionalización de variables	27
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	29
8. CONCLUSIONES	44
9. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1. Tiempo de residencia en el barrio	29
Tabla N° 2. Tiempo de residencia en la casa actual	30
Tabla N° 3. Estado de la vivienda	30
Tabla N° 4. Servicios	31
Tabla N° 4.1. Tipos de servicios	32
Tabla N° 5. Procedencia del agua	32
Tabla N° 6. Lavado de alimentos	33
Tabla N° 7. Tratamiento del agua	34
Tabla N° 8. Lugar de disposición de deposiciones del cuerpo	34
Tabla N° 9. Manejo de excretas	35
Tabla N° 10. Recolección de basuras	36
Tabla N° 11. Presencia de E.D.A	37
Tabla N° 11.1. Edad de la persona que enferma	37
Tabla N° 12. Causa de las enfermedades	38
Tabla N° 13. Tiempo de lactancia materna	39
Tabla N° 14. Sitio donde lleva al niño cuando enferma	40
Tabla N° 15. Tratamiento suministrado al niño con E.D.A	40
Tabla N° 16. Conocimiento de otro tratamiento	41
Tabla N° 17. Conocimiento sobre efectos que produce la E.D.A.	42
Tabla N° 18. Nivel de escolaridad de los padres	42

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 1	29
Gráfico N° 2. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 2	30
Gráfico N° 3. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 3	31
Gráfico N° 4. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 4	31
Gráfico N° 4.1. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 4.1	32
Gráfico N° 5. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 5	33
Gráfico N° 6. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 6	33
Gráfico N° 7. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 7	34
Gráfico N° 8. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 8	35
Gráfico N° 9. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 9	35
Gráfico N° 10. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 10	36
Gráfico N° 11.1. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 11	37
Gráfico N° 1. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 11.1	37
Gráfico N° 12. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 12	38
Gráfico N° 13. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 13	39
Gráfico N° 14. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 14	40
Gráfico N° 15. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 15	41
Gráfico N° 16. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 16	41
Gráfico N° 17. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 17	42
Gráfico N° 18. Correspondiente al cuadro de tabulación N° 18	43

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances realizados en la prevención y el control de muchas enfermedades, un gran número de niños continúa sufriendo las consecuencias de las mismas en los países de la Región de las Américas. Se estima que anualmente más de medio millón de niños morirán antes de alcanzar los cinco años de edad. Más de un tercio de estas muertes se debe a enfermedades para las cuales se cuenta con medidas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento efectivo. Muchos más sufren cotidianamente las consecuencias de estas enfermedades sobre su salud, y una proporción es afectada en forma temporal o permanente por los daños que producen.

Una de estas enfermedades es la diarrea aguda, la cual tiene una alta incidencia en la población infantil del mundo, del país, de la ciudad y consecuentemente en los niños objetos de estudio del presente proyecto, el cual está encaminado a buscar estrategias que permitan una mejor intervención, principalmente de la comunidad sobre esta enfermedad infecciosa.

A través de varias fases de diagnóstico, se evaluarán los factores de riesgo, se determinarán las prioridades en los cursos de acción y se diseñarán las estrategias en busca de conseguir los objetivos planteados, de modo que se puedan brindar herramientas eficaces y de fácil consecución a la comunidad para la prevención, control y tratamiento de esta enfermedad.

1. TÍTULO

FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN LA APARICIÓN DE LA E.D.A.
EN NIÑOS MENORES DE 7 AÑOS DEL BARRIO EL GOLFO DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA AÑO 2001-2002

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diarrea es frecuentemente una manifestación de una infección del intestino delgado o grueso, asociado o no con inflamación de la mucosa. Las diarreas de origen infeccioso pueden ser virales, bacterianas o parasitarias. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se presentan 1,300 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años en países en desarrollo (África, Asia, excluida China, y América Latina), que ocasionan 4 millones de muertes, relacionadas en el 50-70% con deshidratación, lo que las ubica dentro de las principales causas de defunción en estos países. La mayoría de los niños que sobreviven quedan con algún grado de desnutrición y los desnutridos. La EDA ocupó el segundo lugar como causa de morbilidad en niños menores de cinco años, el primer lugar como causa de mortalidad en niños entre uno y cuatro años de edad, y el quinto lugar en menores de un año. La diarrea, o lo que los médicos llaman *gastroenteritis*, es una de las principales causas de muertes infantiles en el mundo -superada sólo por las infecciones respiratorias agudas (IRA)-. Una de cada cuatro muertes infantiles se debe a la diarrea, que se lleva la vida de al menos 3 millones de niños y bebés cada año. De estas muertes, el 99,6% tienen lugar en el Tercer Mundo, en donde uno de cada diez niños muere por diarrea antes de cumplir cinco

años. En países desarrollados como Estados Unidos, 16.5 millones de niños menores de 5 años tienen entre 21 a 27 millones de episodios diarreicos anualmente. De estos 2.1 a 3.7 millones son llevados a consulta médica y un total de 220.000 niños hospitalizados y entre 325 a 425 niños mueren anualmente en Estados Unidos.¹

En los países y comunidades pobres la mayoría de las diarreas -heces aguadas o diarreas acuosas- son causadas por agentes infecciosos (virus, bacterias o, con menor frecuencia, parásitos intestinales). Esto es especialmente común y peligroso en los niños pequeños, porque sus cuerpos sin desarrollar suelen carecer de defensas para combatir eficazmente estas infecciones. Los bebés desnutridos o alimentados con biberón (o los que no reciben exclusivamente leche de pecho) tienen mayor riesgo de morir por diarrea.

En Colombia, la situación no escapa a esta problemática, los principales problemas de salud en la niñez son las enfermedades infecciosas dentro de las cuales está la E.D.A. Se estima en un 8,5 % la proporción de

¹ 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 1994: CDR/CDD/95.2

defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales ubicándola así como una de las principales causas de la mortalidad infantil.²

En 1994 la tasa de incidencia de diarrea fue de 104 por 1 000 niños menores de 5 años. La encuesta CAPS encontró que el 28,9 % de los niños habían tenido un episodio de diarrea en el mes anterior a la entrevista; la ENDS-95 encontró que el 16,7 % de los niños menores de 5 años habían tenido diarrea en las últimas 2 semanas, lo que evidencia una incidencia mucho mayor de la enfermedad. En 1998 la tasa de mortalidad por EDA fue de 31,7 por 100 000.

La situación no es igual para todo el país y hay zonas donde tanto la morbilidad como la mortalidad persisten altas, como son las regiones Atlántica, Orinoquía y Amazonía, y en los Departamentos del Cauca, Caldas y Norte de Santander.

En las últimas décadas Colombia fue uno de los países de América donde se presentó un rápido descenso de la mortalidad por problemas de salud de la infancia. Sin embargo, las políticas económicas y de salud más recientes y la grave situación del país han frenado este proceso.³

² Consejería Presidencial para la Política Social. Plan Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Situación en 1999 y Perspectivas para 2000. Bogotá; 1999.

³ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995. Bogotá; 1999.

Para el caso específico de la comunidad objeto del presente estudio, se refleja claramente la situación antes planteada. Los habitantes del Barrio el Golfo de ubicado al sur occidente de Barranquilla no escapa a esta realidad; viven en condiciones económicas, higiénicas y de salubridad propicias para la proliferación de enfermedades principalmente entre la población infantil (0 – 7 años) la cual representa en promedio un 40 % aproximadamente de sus habitantes.

Haciendo un diagnóstico previo de las condiciones de esta comunidad se pudo evidenciar que las enfermedades infecciosas como I.R.A y E.D.A presentan una alta tasa de ⁴ incidencia tanto en la morbilidad como en la mortalidad de de la población infantil de este sector.

Se detectó en primera instancia y por simple observación que la comunidad no dispone de un sistema eficiente de disposición de excretas y basuras razón por la cual un arroyo cercano al barrio ha sido utilizado como basurero constituyéndose así en alimento, abrigo y criadero de roedores y mosquitos transmisores de diversas enfermedades y en foco de contaminación del ambiente por la cantidad de residuos derivados de la actividad humana, así como un número considerable de sustancias tóxicas

⁴ Encuesta y diagnóstico de la comunidad. Barranquilla. 2001

con las cuales los habitantes del sector en especial los niños tienen contacto diario debido a que frecuentemente andan descalzos en cercanías del basurero.

Se puso de manifiesto también con la aplicación de fichas de diagnóstico, la cual se muestra en el anexo A, que una gran parte de las amas de casa no hierven el agua que consumen, sino que la beben directamente de la llave exponiéndose así a la ingestión de agua contaminada con E.coli y otras sustancias dañinas producto de procesos de desinfección inadecuados y deficientes del agua, que pueden desencadenar en enfermedades como E.D.A sino se toman las medidas higiénicas necesarias. En este mismo sentido, se evidenció también que las amas de casa en ocasiones no lavan los alimentos bien o simplemente no los lavan, pensando que no es necesario o que no es importante, dejando así abierto el camino para que agentes infecciosos producto de la manipulación de los alimentos lleguen a su familia y a sus hijos.

Se encontró también dentro de la población objeto de estudio, niños con problemas de desnutrición y en algunos casos infantes que han presentado estado circulares de diarrea- desnutrición- diarrea, situación esta que permite un mayor desarrollo de la enfermedad y se constituye en

un factor de riesgo adicional agravado por la escasez de recursos económicos de las familias que no les permiten seguir un régimen alimentario balanceado y adecuado.

Como otro factor de riesgo asociado a esta enfermedad se constató que algunas madres, ya sea por ignorancia, descuido, por simples costumbres o por enfermedades, han suspendido la lactancia de sus hijos a muy temprana edad privándolo así de la mejor fuente de defensas con la que puede contar un infante, desconociendo que la leche materna puede reducir la frecuencia, duración de la diarrea y la posibilidad de que se agrave y prolongue e incluso puede prevenirla.

Como agravante de toda esta situación, y como factor de riesgo asociado, se evidenció en las familias, principalmente en los padres la falta de educación y hábitos higiénicos; ignorancia y patrones culturales y económicos adversos que no le permiten brindarle a sus familias los cuidados necesarios cuando esta enfermedad se presenta y mucho menos les permiten prevenirla; por ejemplo muchas madres cuando el niño presenta diarrea acuden a la farmacia, donde casi siempre les formulan drogas y nunca les dan buenas recomendaciones con relación a la hidratación y a los alimentos que se les deben de dar al niño durante y después de la diarrea. Otras madres siguen las recomendaciones de la

vecina, como dar aromáticas, coca cola con terramicina, agua de apio, limoncillo, hierbabuena, malva, llantén, albahaca, manzanilla o cilantro. Además los limitantes económicos no solo de las familias sino del barrio y la falta de apoyo del gobierno repercute en que no se incorporen a la comunidad obras de saneamiento básico, adquisición de nutrientes y planes eficaces de prevención, control y tratamiento de la enfermedad.

Toda esta problemática, ha llevado a que el presente proyecto se formule el siguiente interrogante como problema central de su investigación:

¿Qué factores de riesgo contribuyen a la aparición de la E.D.A en los niños menores de 7 años del barrio el Golfo de Barranquilla?

3. JUSTIFICACIÓN

Sin lugar a dudas, en la realidad actual en la que se encuentra nuestra sociedad, son muchos los factores que van en detrimento de la salud, la integridad e incluso de la vida de las personas. La violencia, la pobreza, las enfermedades y las condiciones socio-económicas entre otros, son algunos de los factores que están condicionando la posibilidad de vida y de vida saludable de las personas. Sin embargo, la actividad humana, puede intervenir favorablemente en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de su sociedad, como es el caso de algunas enfermedades, en las que a través de estrategias de prevención y control se puede reducir su incidencia en la mortalidad y en la morbilidad de la población y sobretodo garantizar condiciones favorables para que las futuras generaciones, representadas hoy en la población infantil, tengan una mayor esperanza de vida y un mejor nivel de ésta.

Por esto el presente proyecto busca determinar los factores de riesgo existentes en una población específica para una de las enfermedades que más incidencia tiene en la mortalidad de la población infantil: La enfermedad diarreica aguda. Esta enfermedad infecciosa se halla ubicada

entre las principales causas de defunción de niños superada solo por enfermedades como las infecciones respiratorias agudas y los problemas perinatales. Se estima que un 8.5% de las muertes de niños menores de 5 años se deben a esta causa, así como también la E.D.A representa un 12.5% de las causas de consulta externa de la población infantil, reflejando así su alta incidencia en la morbilidad de este segmento de la población.⁵

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se presentan 1,300 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años en países en desarrollo (África, Asia, excluida China, y América Latina), que ocasionan 4 millones de muertes, relacionadas en el 50-70% con deshidratación, lo que las ubica dentro de las principales causas de defunción en estos países. La mayoría de los niños que sobreviven quedan con algún grado de desnutrición y los desnutridos, no sólo padecen con mayor frecuencia de diarrea, sino que los episodios son más graves.⁶

En Colombia los datos de morbilidad, obtenidos de los consolidados nacionales de causas de consulta externa y de egreso hospitalario, dado que en el país no se hacen sistemáticamente encuestas de morbilidad,

⁵ Consejería Presidencial para la Política Social. Plan Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Situación en 1999 y Perspectivas para 2000. Bogotá; 1999.

⁶ 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 1994. CDR/CDD/95.2

muestran problemas similares a los datos de mortalidad. La E.D.A. representó un 12.5% de los motivos de consulta superada solo por la I.R.A. La población objeto de estudio no escapa a esta realidad, y sufre los rigores de esta enfermedad, al presentar una alta prevalencia en este grupo de personas, quienes por sus condiciones culturales, sociales y económicas no cuentan con los recursos y la disponibilidad necesaria para implantar planes que propendan por mejorar esta situación y así disminuir o por lo menos tratar eficazmente la enfermedad.

Por esto el presente estudio encuentra su justificación al pretender dar respuesta a algunas de las necesidades relacionadas con este tema, tales como:

- ✦ La necesidad de que la población objeto de estudio cuente con un diagnóstico claro de las características económicas, sociales y de salubridad asociadas con esta enfermedad.
- ✦ La necesidad de que se cuente con información precisa acerca de la incidencia de esta enfermedad en la población infantil.
- ✦ La necesidad de que se identifiquen los factores de riesgo asociados con la diarrea aguda presentes en el barrio y la prevalencia e incidencia de cada uno de estos factores en los casos presentados.

- ✦ La necesidad de que se establezcan prioridades de intervención para la determinación de las estrategias de promoción, prevención, control y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda.

- ✦ La necesidad de que comunidades como estas cuenten con planes y actividades encaminadas a la prevención y el control de esta enfermedad, de modo que se minimice su incidencia.

Por todas estas razones antes mencionadas, el presente estudio se justifica y encuentra las razones por las cuales debe llevarse a cabo su aplicación.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo que predisponen a la aparición de la E.D.A. en niños menores de 7 años del barrio el golfo de Barranquilla, año 2001 – 2002.

4.2 Objetivos Específicos

- ✦ Identificar la forma y el sitio donde las familias arrojan las basuras.
- ✦ Verificar el tiempo en que las madres alimentan a sus hijos con leche materna.
- ✦ Determinar la forma de disposición de excretas de las familias
- ✦ Clasificar las familias que le dan tratamiento adecuado al agua de consumo.
- ✦ Establecer el nivel educativo de los padres

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Enfermedad Diarreica Aguda

5.1.1. Definición

Se considera diarrea aguda a la presencia de heces líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en 24 horas y que duran menos de 14 días; la disminución de la consistencia es más importante que la frecuencia. El número de evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona. Los lactantes alimentados al seno materno tienen evacuaciones intestinales blandas frecuentes; esto no es diarrea.⁷

5.1.2 Etiopatogenia

Los agentes etiológicos más frecuentes son, en orden decreciente, virus, bacterias y parásitos.

Los virus son la causa principal de las diarreas deshidratantes en niños menores de dos años, siendo los rotavirus del grupo A, serotipos G1 y G3,

⁷ World Health Organization. A manual for the treatment of acute diarrhoea for use by physicians and other senior health workers. Geneva: Program for Control of Diarrhoeal Diseases, World Health Organization, WHO/CDD/SER/80.2 Rev,2:1990.

los responsables de la mayoría de los episodios.⁸ La diarrea osmótica que ocasionan se debe a que lesionan en forma focal las células de las vellosidades del intestino delgado, disminuyendo la producción de las enzimas encargadas de la absorción de la lactosa, entre otros disacáridos, lo que aumenta la osmolaridad en la luz intestinal y produce mayor secreción de agua que se pierde a través de las heces. Sin embargo, las células de las criptas encargadas de reparar las vellosidades lesionadas, migran para sustituirlas en un periodo de 24 a 72 horas, con lo que desaparece la diarrea.⁸ Las enterobacterias, como *Escherichia coli*, *Salmonella* sp, *Shigella*, *Campylobacter jejuni* y *Vibrio cholerae* 01, producen diarrea a través de diversos mecanismos: 1. Liberación de enterotoxinas (*V. cholerae* 01, *E. coli* enterotoxigénica) que estimulan la adenilciclase y aumentan la secreción intestinal de agua, sodio y cloro; 2. Enteroinvasión (*E. coli* enterohemorrágica) con disolución de la mucosa y del borde en cepillo y 3. Proliferación intracelular, previa invasión de la mucosa (*Shigella*) con aparición de sangre en las evacuaciones, paso de microorganismos a la circulación sanguínea (bacteriemia) y algunas veces sepsis. *Shigella dysenteriae*, produce además enterotoxinas que estimulan la secreción de agua y sodio en el intestino delgado y neurotoxinas que causan manifestaciones neurológicas, desde convulsiones hasta estado de coma. En los dos últimos decenios ha sido posible documentar el papel de otros patógenos como *Campylobacter* y *Yersinia*. Asimismo, se ha avanzado

⁸ OPS. Manual de tratamiento de la diarrea. Serie Paltex No. 13. OPS. Organización Mundial de la Salud. 1987: 4-31.

en los mecanismos fisio-patogénicos de las infecciones producidas por algunos tipos de *Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, *Salmonella* y *Aeromonas hydrophila*.

Algunos parásitos producen diarrea sanguinolenta (*Entamoeba histolytica*) o diarrea prolongada (*Giardia lamblia*). El mecanismo de producción de diarrea es a través de enteroinvasión (*E. histolytica*) o enteroadhesión (*G. lamblia*), en donde el daño más grave es de carácter nutricional.

El reservorio de los agentes de las diarreas infecciosas es el hombre, exceptuando el caso de *Salmonella* que es de origen animal. La fuente de infección es la materia fecal del hombre infectado, sintomático o asintomático, siendo este último más peligroso ya que no presenta datos clínicos que permitan identificarlo; en el caso de algunos virus, las secreciones nasofaríngeas pueden ser el origen. La infección genera inmunidad específica, la cual es de duración prolongada en la etiología viral y más corta en la bacteriana.

El mecanismo de transmisión clásico es el ciclo ano-boca, entendido éste como la salida del agente infeccioso con la materia fecal y su ingestión, casi siempre a través de las manos contaminadas o de fomites. Otro mecanismo de transmisión frecuente es la ingestión de alimentos contaminados o de agua, otras bebidas o hielo, no sometidos a algún proceso de purificación. Algunos factores de riesgo en el huésped son: el estado nutricional (círculo vicioso diarrea-desnutrición-diarrea);

enfermedades previas de tipo anergizante (sarampión); ablactación temprana o ausencia de alimentación al pecho materno; saneamiento deficiente (carencia de agua potable, fecalismo); falta de educación y hábitos higiénicos; ignorancia o patrones culturales adversos (suspensión de alimentos, no aceptación de medidas sanitarias y de manejo oportuno del paciente), y económicos (limitantes a la incorporación de obras de saneamiento, adquisición de nutrientes y búsqueda de atención médica).

5.1.3 Evaluación y diagnóstico del tipo de diarrea

En la evaluación se consideran: 1. Las características y tiempo de evolución de la diarrea; 2. La presencia de otras complicaciones o enfermedades concomitantes; 3. El estado nutricional, y 4. El estado de hidratación. El tipo de diarrea se clasifica en: 1. Aguda líquida (menos de 14 días de evolución); 2. Disentería, y 3. Diarrea de evolución prolongada (14 días o más). En todos los casos, deberá precisarse la existencia de otras complicaciones.

5.1.4 Características de la diarrea

De las características de la diarrea, son importantes el número y aspecto de las evacuaciones, para conocer si se trata de *diarrea acuosa* (evacuaciones líquidas abundantes) casi siempre de etiología viral, o de

disentería (evacuaciones con moco y sangre) por gérmenes enteroinvasores.

La diarrea suele acompañarse de vómitos, fiebre e hiporexia. Los vómitos son más abundantes en la diarrea por rotavirus y la fiebre elevada persistente es más frecuente en diarreas por bacterias enteroinvasoras.

En cólera, las evacuaciones son líquidas, abundantes, en ocasiones con aspecto de "agua de arroz", de inicio brusco, sin fiebre, acompañadas de vómito y rápida evolución a la deshidratación.

Según su duración, la diarrea se clasifica en aguda y persistente. La aguda comienza súbitamente y tarda menos de dos semanas. La persistente comienza como diarrea aguda, pero dura 14 días o más. En la diarrea aguda, la capacidad de absorción intestinal es prácticamente normal; en la persistente se conserva la absorción intestinal de agua y electrolitos; también se mantiene la capacidad de absorción para otros nutrientes en más del 50%, aunque puede haber intolerancia a disacáridos, principalmente a la lactosa.

5.1.5 Tratamiento

Los procedimientos mostrados en el cuadro 1 para tratar en forma efectiva la diarrea en niños, son igualmente aplicables para tratar el cólera y otras diarreas en adultos. El suero oral es útil para prevenir y tratar la

deshidratación desde recién nacidos hasta ancianos, sin importar el estado nutricional de los pacientes ni la etiología de la diarrea.

Tabla 1. Planes de tratamiento

Plan A de tratamiento: para tratar la diarrea en el hogar (El ABC de las diarreas): alimentos, bebidas y consulta

1. Dar suficientes alimentos para prevenir desnutrición
2. Dar más bebidas de lo usual para prevenir deshidratación
3. Llevar al paciente a consulta con el médico, si no parece mejorar en 2-3 días o si antes presenta algún signo de alarma

Plan B de tratamiento: para tratar la deshidratación por vía oral

1. Vida Suero Oral o similar
2. 100mL/Kg de peso en 4 horas (25mL/Kg./hora) o *ad libitum*
3. Lentamente, con taza y cucharita

= Si no hay signos de deshidratación, use Plan A

= Si continúa con deshidratación, repita Plan B por 2-4 horas y reevalúe

= Si empeoró la deshidratación, cambie a Plan C

Plan C de tratamiento: para tratar rápido el choque hipovolémico

1. Solución de Hartmann intravenosa
2. 50mL/Kg en una hora
3. 25mL/Kg./hora por 2 horas más
4. Al poder beber: suero oral 25mL/Kg./hora
5. Retirar venoclisis y terminar de hidratar por vía oral

5.2 Factores de Riesgo de la Enfermedad Diarreica Aguda

Se define como factor de riesgo aquellas condiciones de diversa índole que pueden potencializar la aparición o el desarrollo de un evento no deseado, a saber, una enfermedad como es nuestro caso. La enfermedad diarreica aguda tiene varios factores claramente identificados que permiten la aparición y el desarrollo de esta, dentro de estos factores encontramos:

- ✦ Enfermedades previas de tipo anergizante (sarampión);
- ✦ Ablactación temprana o ausencia de alimentación al pecho materno
- ✦ Saneamiento deficiente (carencia de agua potable, fecalismo)
- ✦ Falta de educación y hábitos higiénicos
- ✦ Económicos (limitantes a la incorporación de obras de saneamiento, adquisición de nutrientes y búsqueda de atención médica).⁹

⁹ Mota HF, Tapia CR, Welti C, Franco A, Gómez UJ, Garrido MT. Manejo de la enfermedad diarreica en el hogar, en algunas regiones de México. Bol Med Hosp Infant Mex 1993; 50: 367-75.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de investigación

De acuerdo con el **procedimiento** realizado en este proyecto, se puede decir que la investigación es de tipo **descriptivo** ya que comprende el registro y análisis las características, los factores, los procedimientos y las condiciones del fenómeno objeto de estudio en la actualidad a manera de diagnóstico.

6.2 Método de investigación

El tipo de investigación definido anteriormente y los objetivos planteados en el desarrollo de las actividades, definieron el siguiente derrotero metodológico:

Para la primera parte del estudio, en la cual se realizó un diagnóstico previo de la condiciones se hizo uso de la observación, y de la aplicación de unas encuestas sencillas a modo de fichas de verificación, en donde se evaluaron las características económicas, sociales, de higiene y de salubridad presentes en el barrio. Además se estimaron los casos

presentados de esta enfermedad. Dichos procedimientos se realizaron durante las visitas domiciliarias que se hicieron a la comunidad. Para la segunda parte haciendo un análisis de la información recogida se determinaron los factores de riesgo de la E.D.A presentes en la comunidad comparándolos con la información obtenida y analizando las características que este presenta y las condiciones asociadas a él.

Después de haber detectado los factores de riesgo presentes, se hizo una segunda encuesta un poco más profunda y aplicada a la muestra escogida, con el objetivo de determinar cualitativamente la prevalencia de cada uno de los factores, es decir establecerlos en término de baja, mediana y alta prevalencia. Teniendo este análisis se priorizarán los factores de riesgo evaluados y las intervenciones en sus condiciones para la prevención, el control y el tratamiento de la enfermedad.

Teniendo esta información, haciendo un análisis de la situación de la comunidad y con la revisión bibliográfica de la estrategia AIEPI se determinarán aquellas características, estrategias y actividades de ésta que pueden y son factibles aplicarlas en la comunidad teniendo en cuenta su realidad con el fin de diseñar un plan que permita su posterior implantación en la comunidad de modo que se logre un aumento en la prevención y el control de la enfermedad.

6.3 Delimitación

6.3.1 Temporal

El presente proyecto desarrolló sus actividades durante el periodo comprendido entre el segundo semestre del año 2000 y el año 2001, la fase final de su ejecución se desarrollará durante el año 2002.

6.3.2 Espacial

El barrio el Golfo se encuentra ubicado al sur occidente de la ciudad de Barranquilla, departamento del Atlántico.

6.4 Población y Muestra

6.4.1. Población

La población escogida para el presente proyecto fue los padres de los niños de cero a siete años del Barrio el Golfo de Barranquilla, cuyas características socioeconómicas y culturales, sus modos de vida y situación familiar son homogéneas. Esta población asciende al 40% de la población total y es de aproximadamente 600 padres.

6.4.2 Muestra

La muestra aleatoria simple escogida fue el 13.8 % de la población o sea 83 padres de niños de cero a siete años cuyas características no difieren de las del resto de la población. Esta muestra fue escogida por el método aleatorio simple mediante la siguiente fórmula determinada para atributos:

$$n = \frac{no}{1 + no/N} \quad \text{siendo } no = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$

Donde:

Z: valor de la distribución normal correspondiente a un nivel de confianza del 95% = **1.96** (Determinada por el investigador)

P: proporción de elementos que presentan las características a estudiar en la población: **90%** (Determinada por la encuesta previa)

Q: se define como $1 - P$: **10%**

E: error de muestreo esperado: **6%** (Determinado por el investigador)

Para nuestro estudio el cálculo se presentaría así:

$$no = \frac{(1.96)^2 \times 0.9 \times 0.1}{(0.06)^2} = 96.04$$

$$n = \frac{96.04}{1 + 96.04/600} = 82.78 \approx 83$$

6.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información.

Para la recolección de la información se hizo uso de fuentes primarias, secundarias y bibliográficas. Se hizo uso de la observación en la primera parte, además se elaboró el diagnóstico con de fichas de verificación. Luego se elaboraron las encuestas para la recolección de la información final. Se hizo la revisión bibliográfica de información acerca de E.D.A. y de los aspectos relevantes de la estrategia AIEPI, así como también la revisión de la información en Internet acerca de este tema.

6.6 Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Naturaleza de la variable	Nivel de medición
Abastecimiento del agua de consumo	Es el lugar de donde proviene el agua para el consumo	Servicio de acueducto Del río, quebrada o pozos naturales Carro tanques	Cualitativa	Nominal
Manipulación de los alimentos	Son todas aquellas medidas de higiene que se tienen en cuenta al consumir los alimentos	Consume los alimentos Hervidos Los lava No los lava	Cualitativa	Nominal
Manejo y disposición de excretas	Es la forma de depositar y eliminar los desechos humanos.	Donde deposita sus excretas Letrina, inodoro, campoabierto, enterrados, tirados.	Cualitativa	Nominal
Manejo del agua	Es el tratamiento que se le da o no al agua del consumo humano.	Consume el agua Hervida Sin hervir	Cualitativa	Nominal

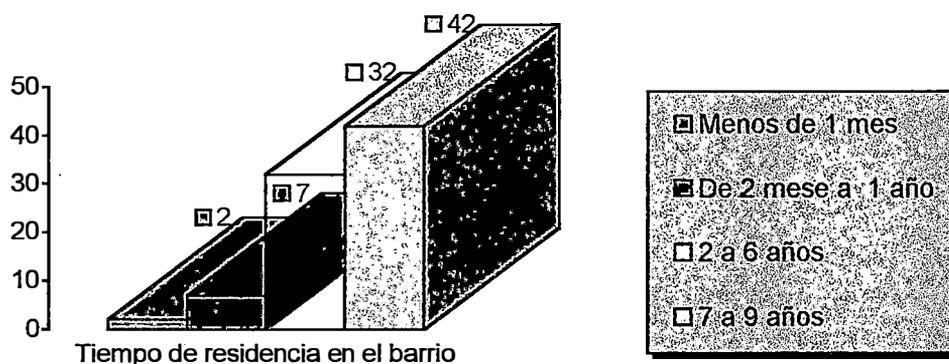
Variable	Dimensión	Indicador	Naturaleza de la variable	Nivel de medición
Disposición de basuras	Es el método que se utiliza para la manipulación o almacenamiento de las basuras.	Las basuras son Quemadas Enterradas Tiradas Recolectadas	Cualitativa	Nominal
Tiempo de residencia en el barrio	Es el periodo de tiempo durante el cual la familia ha vivido en el barrio.	Ha vivido Menos de 1 mes De 2 meses a 1 años De 2 a 6 años 7 a 9 años	Cuantitativa	Nominal
Estado de la vivienda	Son las condiciones físicas en las que se encuentra la casa	La vivienda está en un estado Bueno Aceptable Malo	Cualitativa	Nominal
Duración de la lactancia materna	Es el tiempo durante el cual la madre da leche materna a su hijo.	La lactancia de sus hijos dura El primer año 2 años Menos de 3 meses	Cuantitativa	Nominal
Grado de conocimiento de la enfermedad y su tratamiento.	Son los conocimientos que los padres tienen de la enfermedad y su tratamiento.	Tiene conocimientos de la enfermedad y su tratamiento, que hacer y donde acudir	Cualitativa	Nominal
Edad	Es el número de años que ha cumplido una persona	Menos de 1 año De 1 a 2 años De 2 a 3 años De 3 a 5 años De 5 a 7 años	Cuantitativa	Nominal
Nivel educativo de los padres	Es el grado de escolaridad que han alcanzado los padres	Ninguno Primaria Secundaria Media Universitario Técnico	Cualitativa	Nominal

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron de los instrumentos de recolección de la información fueron los siguientes:

Cuadro N° 1. Tiempo de residencia en el barrio

Menos de 1 mes	De 2 meses a 1 año	2 a 6 años	7 a 9 años	Total
2	7	32	42	83
2.4%	8.4%	38.5%	50.6%	100%

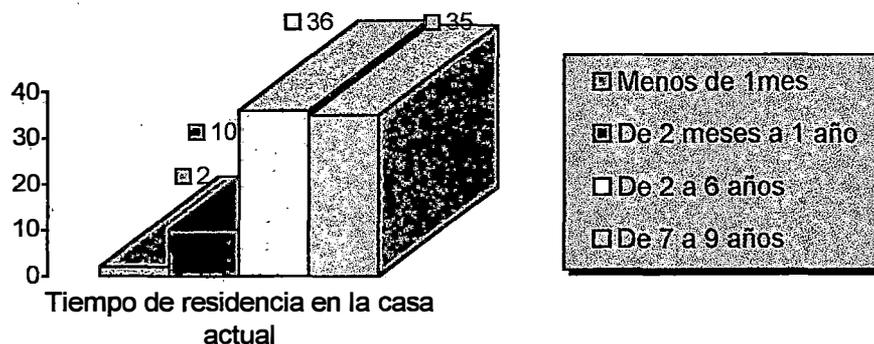


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Del anterior cuadro se puede concluir que la mayoría de las familias tienen un largo tiempo de vivir en la comunidad, un gran número de ellas ha vivido por más de 5 años y un 50.6% ha vivido por más de 7 años, lo cual indica que han estado expuestos por mucho tiempo a las condiciones higiénicas y de salubridad del barrio.

Cuadro N° 2 Tiempo de residencia en la casa actual

Menos de 1 mes	De 2 meses a 1 año	2 a 6 años	7 a 9 años	Total
2	10	36	35	83
2.4%	12.0%	43.3%	42.1%	100%

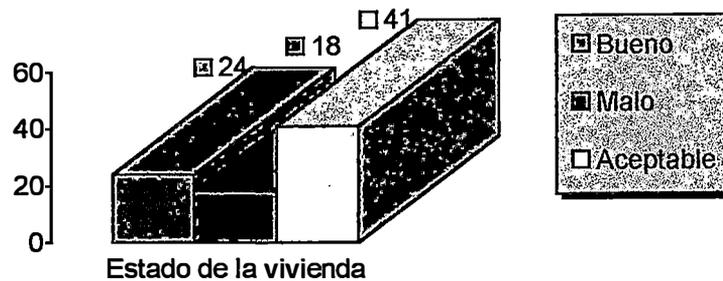


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Del anterior cuadro se puede concluir que la gran mayoría de las familias han ocupado la misma residencia por un largo tiempo, incluso desde su llegada al barrio, un 43.3% ha habitado su casa de 2 a 6 años y un 42.1% la ha habitado de 7 a 9 años, mientras que solo un 2.4% lleva menos de un mes de vivir en ella.

Cuadro N° 3 Estado de la vivienda

Bueno	Malo	Aceptable	Total
24	18	41	83
28.9%	21.6%	49.3%	100%

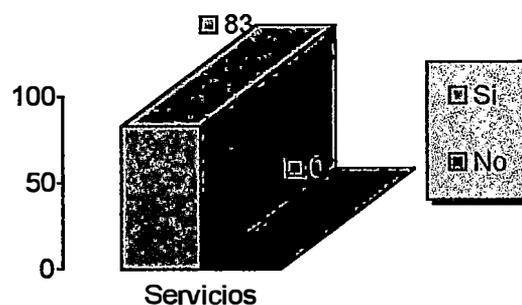


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se puede observar que el 49.3% de las viviendas se encuentra en un estado aceptable, es decir sus condiciones físicas no son óptimas, comparado con un 28.9% de las viviendas cuyo estado es bueno. Es muy significativo el porcentaje de viviendas en mal estado lo cual facilita la proliferación factores de riesgo de la E.D.A.

Cuadro N° 4 Servicios

Si	No	Total
83	0	83
100%	0%	100%

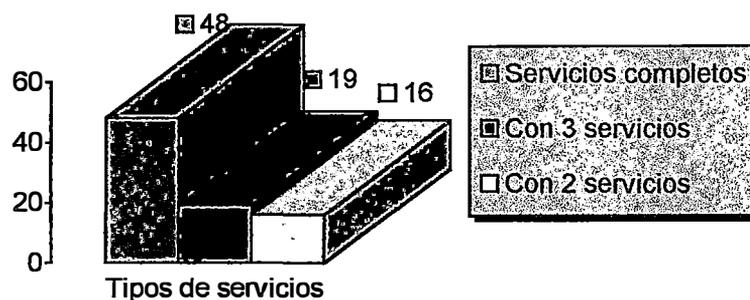


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se observa que el 100% de las familias cuenta con servicios públicos, ya sea de luz, agua, teléfono o gas natural, aunque no todas los poseen en su totalidad, esto favorece que se reduzcan los factores de riesgo de la E.D.A.

Cuadro N° 4.1 Tipos de servicios

Servicios completos	Con 3 servicios	Con 2 servicios	Total
48	19	16	83
57.8%	22.8%	19.2%	100%

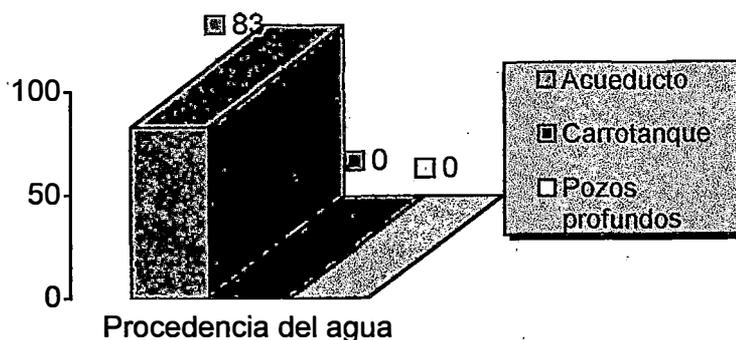


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se concluye que el 57.8% de las familias cuenta con los servicios públicos completos, comparado con un 19.2% que cuentan con 2 tipos de servicios. Ninguna de las familias carece de servicios públicos, el 100% cuenta con al menos 2 tipos de servicios públicos, lo cual indica que este factor está contribuyendo a disminuir el riesgo de la presencia de la enfermedad.

Cuadro N° 5 Procedencia del agua

Acueducto	Carrotanque	Pozos profundos	Total
83	0	0	83
100%	0%	0%	100%

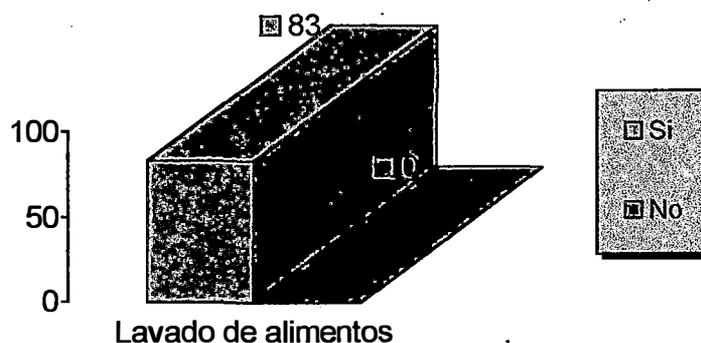


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Como se observa en el gráfico el 100% de las familias obtiene el agua que consume del servicio de acueducto, no se encontraron familias que compren agua de carrotanques o la extraigan de pozos profundos.

Cuadro N° 6 Lavado de alimentos

Si	No	Total
83	0	83
100%	0%	100%



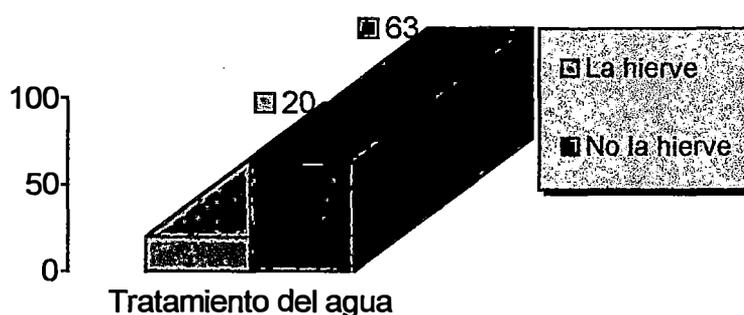
Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se concluye del anterior gráfico que el 100% de las madres de familia lava los alimentos que se dispone a consumir, no se encontraron familias en las que se presente el caso de que no laven los alimentos. Este factor es muy

importante para la prevención de la enfermedad, sin embargo es posible que algunas madres no lo hagan y por vergüenza hayan respondido afirmativamente.

Cuadro N° 7 Tratamiento del agua

La hierve	No la hierve	Total
20	63	83
24.0%	75.9%	100%

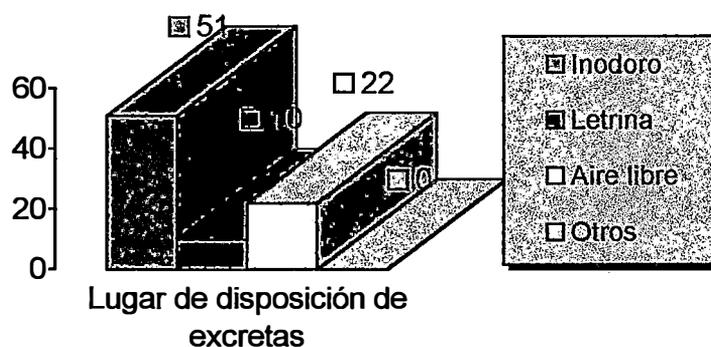


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Del anterior cuadro podemos concluir que un gran porcentaje de familias, el 75,9%, no hierve el agua para el consumo humano, factor este que puede estar contribuyendo en gran medida a la presencia de la enfermedad. Solo un 24% de las madres lava sus alimentos con agua hervida.

Cuadro N° 8 Lugar de disposición de deposiciones del cuerpo

Inodoro	Letrina	Aire libre	Otros	Total
51	10	22	0	83
61.4%	12.0%	26.5%	0%	100%

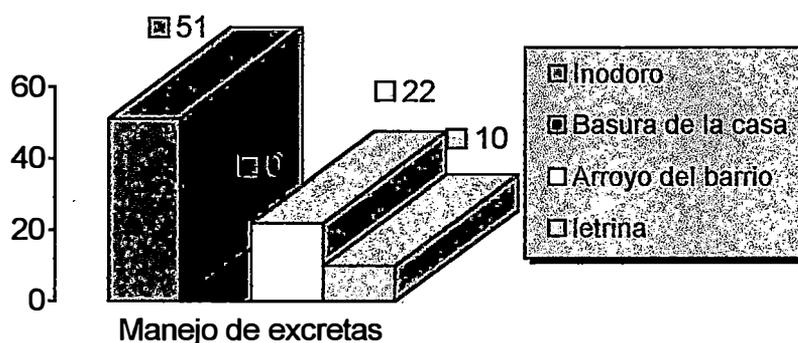


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se observa que un 61.4% de las familias cuenta con un inodoro para realizar sus necesidades fisiológicas, es decir la mayoría deposita adecuadamente sus excretas, mientras que un 26.5%, una considerable proporción, lo hace al aire libre y un 12% lo hace en letrinas, lo que puede estar contribuyendo a la presencia de la enfermedad.

Cuadro N° 9 Manejo de excretas

Inodoro	Basura de la casa	Arroyo del barrio	Letrina	Total
51	0	22	10	83
61.4%	0%	26.5%	12.0%	100%

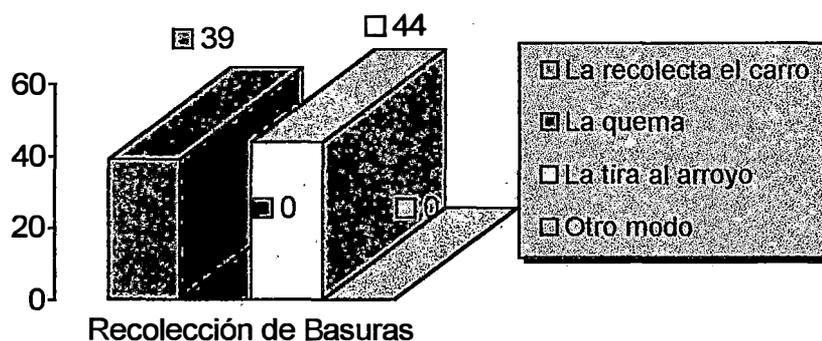


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Como en el cuadro anterior, se observa que un gran porcentaje de las familias, el 61.4% cuenta con servicio de alcantarillado y con un inodoro para disponer de sus desechos fisiológicos, sin embargo un 26.5% de las familias hace uso del arroyo del barrio para tirar sus excretas lo cual denota que este factor está contribuyendo a la proliferación de enfermedades infectocontagiosas, así como también el uso de las letrinas.

Cuadro N° 10 Recolección de basuras

Las recolecta el carro	Las quema	Las tira al arroyo	Otro modo	Total
39	0	44	0	83
46.9%	0%	53.1%	0%	100%

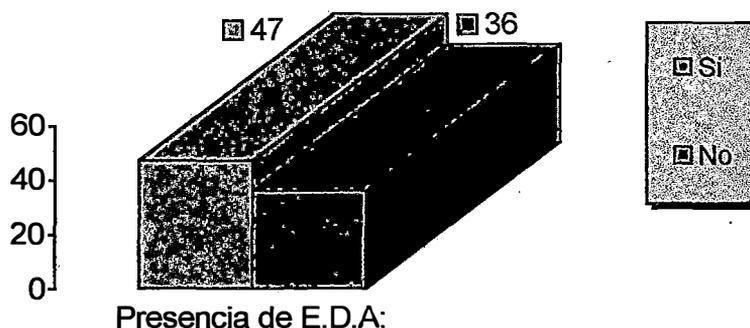


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Como se observa en la gráfica, existen dos modos de disposición de basuras que son usados casi en un 50% cada uno por los habitantes de la comunidad: la recolección por el carro del aseo con un 46.9% y arrojarlas en el arroyo con un 53.0%, lo cual indica que gran cantidad de personas utilizan el arroyo del barrio como basurero, situación que origina contaminación ambiental y proliferación de infecciones y enfermedades.

Cuadro N° 11 Presencia de E.D.A

Si	No	Total
47	36	83
56.6%	43.3%	100%

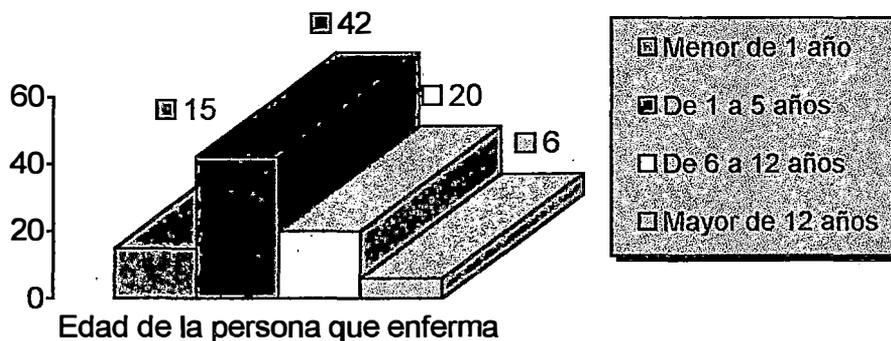


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se puede concluir de este gráfico que un 56.6% de la población ha sufrido de E.D.A alguna vez en su vida, comparado con un 43.3% que no la ha padecido, lo que indica que esta enfermedad se presenta con gran frecuencia en la población del barrio el Golfo, como se había planteado inicialmente. La población infantil es la más afectada por esta situación.

Cuadro N° 11.1 Edad de la persona que enferma

Menor de 1 año	De 1 a 5 años	De 6 a 12 años	Mayor de 12 años	Total
15	42	20	6	83
18.0%	50.6%	24.0%	7.2%	100%

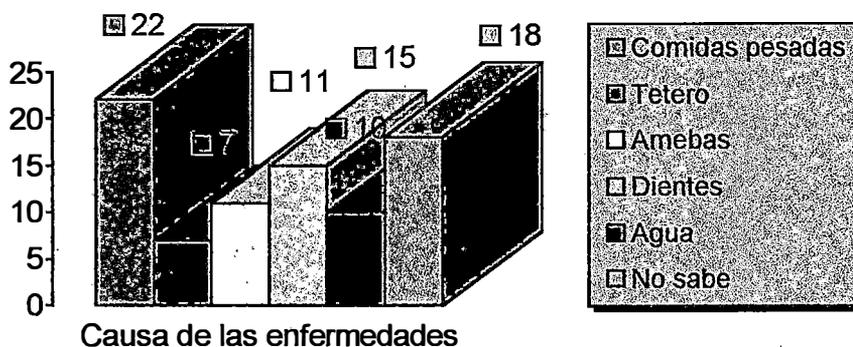


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se observa que la mayor incidencia de la enfermedad diarreica aguda se concentra en la población infantil, especialmente en los niños de 1 a 5 años lo cuales presentan una incidencia del 50.6%, es decir que la mitad de los niños de 1 a 5 años ha sufrido o sufre de esta enfermedad. Los niños de 6 a 12 años también tienen una alta tasa de incidencia dada por un 24.0% de los casos de E.D.A presentados; mientras que la población mayor de 12 años, solo presenta un porcentaje de 7.2%.

Cuadro N° 12 Causa de las enfermedades

Comidas pesadas	Tetero	Amebas	Salida de dientes	Agua	No sabe	Total
22	7	11	15	10	18	83
26.5%	8.4%	13.2%	18.0%	12%	21.6%	100%



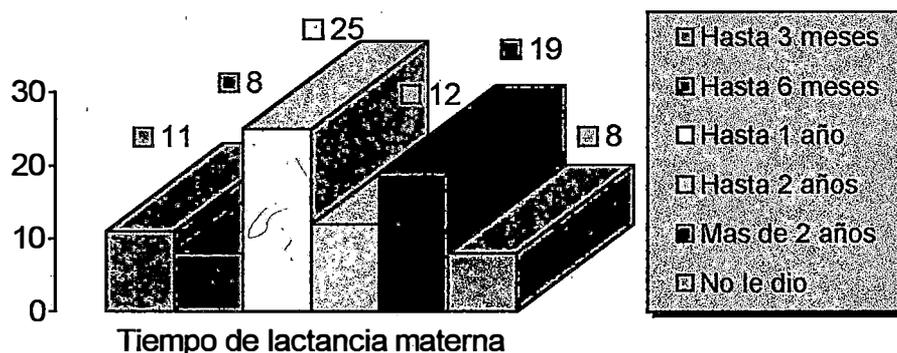
Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Dentro de las causas que los padres expresaron como el factor que produjo la enfermedad, se encontró que un 26.5% de la población piensa que se causó por ingerir comidas pesadas., seguido por un 18% que opina que se causó porque los niños estaban en su proceso de dentición. Un bajo porcentaje determinó como causa los teteros, las amebas y el agua que se consume. Se observa que las causas que más porcentaje obtuvieron, no

son las principales causantes de la E.D.A, lo que sugiere el poco conocimiento que tiene la población de la enfermedad. Se observa también con preocupación que un porcentaje considerable, el 21.6% de la población no conoce cual es la causa o la posible causa por la que se presentaron los casos de diarrea, lo que confirma lo expuesto anteriormente.

Cuadro N° 13 Tiempo de lactancia materna

Hasta 3 meses	Hasta 6 meses	Hasta 1 año	Hasta 2 años	Mas de 2 años	No le dio	Total
11	8	25	12	19	8	83
13.2%	9.6%	30.1%	14.4%	22.8%	9.6%	100%

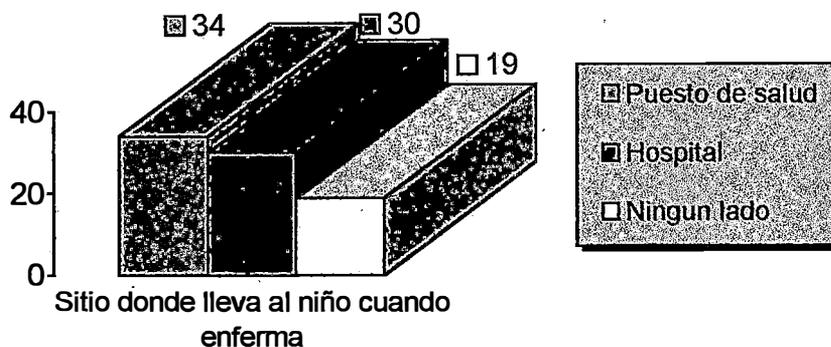


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se puede observar que el más alto porcentaje lo obtuvo el periodo de lactancia del primer año de vida con un 30.1%, comparado con un 22.8% de las madres que amamantan a sus hijos por un periodo mayor de 2 años y seguido por un 14.4% de las madres que lo hacen hasta los dos años de vida. Un bajo porcentaje, 9.6% dejó de dar leche materna a sus hijos y otro tanto lo hizo hasta los 6 meses de vida.

Cuadro N° 14 Sitio donde lleva al niño cuando enferma

Puesto de salud	Hospital	Ningún lado	Otros	Total
34	30	19	0	83
40.9%	36.1%	22.8%	0%	100%

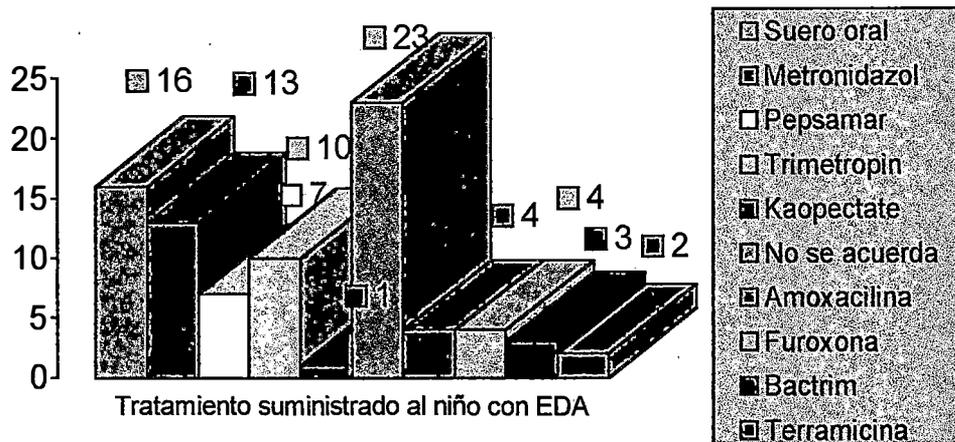


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se puede deducir que una gran parte de la población, el 40.9% acude al puesto de salud en vez de un hospital, cuando sus niños enferman de E.D.A, lo cual es desfavorable. Un 36.1% de la población acude a un hospital y se observa con preocupación que un 22.8% no acude a ningún centro asistencial de salud cuando se presenta la enfermedad, lo cual indica que desconocen las complicaciones que puede acarrear la enfermedad si no se atiende adecuadamente.

Cuadro N° 15 Tratamiento suministrado al niño con E.D.A

Suero Oral	16	19.2%
Metronidazol	13	15.6%
Pepsamar	7	8.4%
Trimetropin	10	12.0%
Kaopectate	1	1.2%
No se acuerda	23	27.7%
Amoxicilina	4	4.8%
Furoxona	4	4.8%
Bactrim	3	3.6%
Terramicina	2	2.4%
Total	83	100%

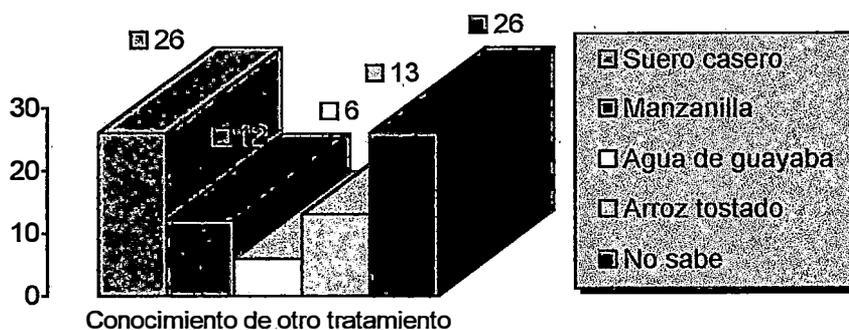


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se puede observar una gama de medicamentos comerciales que las familias utilizan para tratar la enfermedad, siendo el Metronidazol el más utilizado con el 15.6%. Sin embargo se nota que el medicamento más recomendado, barato y efectivo para la enfermedad, el suero oral, es utilizado solo por el 19.2% de las familias, lo cual indica que se desconoce por parte de la población aspectos importantes relacionados con el tratamiento de la enfermedad.

Cuadro N° 16 Conocimiento de otro tratamiento

Suero casero	Manzanilla	Agua de guayaba	Arroz tostado	No sabe	Total
26	12	6	13	26	83
31.3%	4.4%	7.2%	15.6%	31.3%	100%

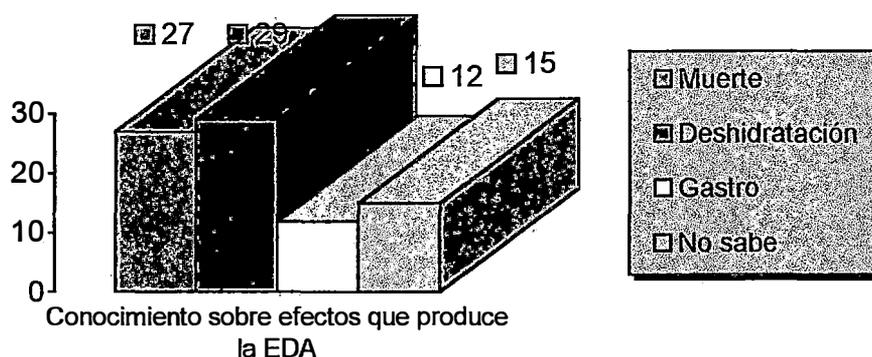


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se observa que un 31.3% de las madres conocen como tratamiento alternativo de la E.D.A, el suero oral, en esta misma proporción las familias desconocen otro tipo de tratamiento. Otros remedios caseros como el agua de manzanilla y de guayaba se utilizan en menor proporción.

Cuadro N° 17 Conocimiento sobre efectos que produce la E.D.A.

Muerte	Deshidratación	Gastro	No sabe	Total
27	29	12	15	83
32.5%	34.9%	14.4%	18.0%	100%

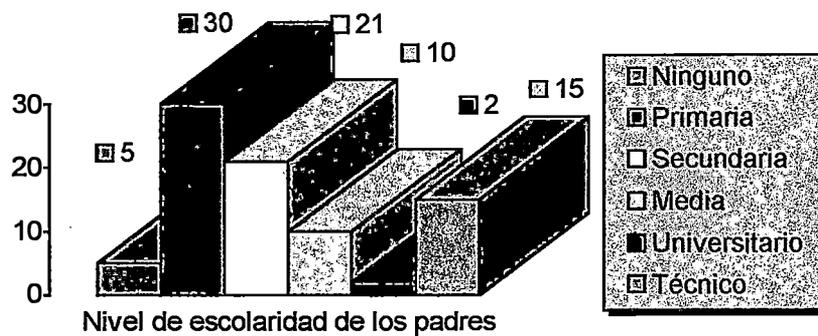


Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Se observa que un gran porcentaje de de la población conoce cuales son las consecuencia que puede ocasionar la enfermedad. Solo un 18% desconoce cuales son los efectos negativos de esta.

Cuadro N° 18. Nivel de escolaridad de los padres

Ninguno	Primaria	Secundaria	Media	Universitario	Técnico	Total
5	30	21	10	2	15	83
6.02%	36.1%	25.3%	12.0%	2.4%	18.1%	100%



Fuente: Encuesta realizada a padres de familia. Barranquilla 2002

Como se observa un gran porcentaje, 36.1% de los padres solo ha alcanzado un nivel de escolaridad de primaria y otro porcentaje considerable 25.3% ha alcanzado un nivel de secundaria, lo cual incide directamente sobre los conocimientos que sobre la enfermedad puedan tener los padres.

8. CONCLUSIONES

Al terminar la realización del presente trabajo, el grupo investigador dedujo las siguientes conclusiones:

- ✦ La diarrea, o lo que los médicos llaman *gastroenteritis*, es una de las principales causas de muertes infantiles en el mundo superada sólo por las infecciones respiratorias agudas (IRA)-.
- ✦ En la comunidad se hallan muchos de los factores que potencializan la aparición de la E.D.A, sin embargo algunos están incidiendo de manera mas significativa que otros son estos sobre los cuales hay que priorizar las líneas de intervención.
- ✦ Los principales factores de riesgo que está presentando la comunidad del barrio el Golfo son: malas condiciones físicas y de higiene; utilización de agua sin hervir para el consumo humano y el lavado de los alimentos; mal manejo y disposición de excretas; mal manejo y disposición de basuras; desconocimiento de las causas, consecuencias y tratamiento de la enfermedad.

↓ Así como con las excretas, las basuras también son mal manejadas y depositadas en la comunidad por gran parte de la población especialmente por utilizar espacios al aire libre para arrojarlas, de modo que se constituye en otro de los factores de riesgo prevalentes en la comunidad.

9. RECOMENDACIONES

- ✦ Desarrollar estrategias de capacitación a los líderes de la comunidad acerca del saneamiento ambiental, teniendo como prioridad el manejo de las basuras.

- ✦ Liderar acciones de promoción de la salud en coordinación con el Plan de Atención Básica (P.A.B), con el fin de llevar a cabo la vigilancia continua de la población.

- ✦ Identificar periódicamente los factores que pueden afectar la salud de la infancia y de la comunidad en general y que pueden potencializar la presencia de la enfermedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. A manual for the treatment of acute diarrhoea for use by physicians and other senior health workers. Geneva: Program for Control of Diarrhoeal Diseases, World Health Organization, WHO/CDD/SER/80.2 Rev,2:1990.
2. 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 1994. CDR/CDD/95.2
3. SEPÚLVEDA J, WILLET W, MUÑOZ A. Malnutrition and diarrhea. Alongitudinal study among urban mexican children. Am J Epidemiol 1988; 127: 365-376.

4. MOTA HF, TAPIA CR, WELTI C, FRANCO A, GÓMEZ UJ, GARRIDO MT. Manejo de la enfermedad diarreica en el hogar, en algunas regiones de México. Bol Med Hosp Infant Mex 1993; 50: 367-75.

5. Encuesta de manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar. Dirección General de Epidemiología, SSA. Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas. México, 1993 (Documento interno).

6. GLASS RI, LEW JF, GANGAROSA RE, LEBARON CW, HO MS. Estimates of morbidity and mortality rates for diarrheal disease in American children. J Pediatr 1991; 118: 527-33.

7. SIERRA P. Nuevas estrategias en la prevención de la diarrea del niño. De. Praga Impresores

8. BERNAL C, CAÑARTE D, GUTIÉRREZ E. Líquidos disponibles en el hogar para prevenir la deshidratación. Departamentos de pediatría, Ingeniería Sanitaria, Tecnología de Alimentos. Boletín Médico, Hospital Infantil. México 1994; 51.

9. ELLIOT K, CUTTING W. La salud se alcanza mediante la alimentación. En: Diálogo sobre la diarrea. El boletín Internacional sobre el control de Enfermedades Diarreicas. 1994; 47.

10. www.netcom.es/davidps

11. www.paho.org

12. www.encolombia.com

13. www.medicina.unal.edu.co

14. www.saludcolombia.com

15. ANTONIO BASTOS. Investigación educativa. Segunda edición. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 1994. Pág.12-15

ANEXOS

ANEXO A. FICHA DE VERIFICACIÓN

PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • <i>La comunidad cuenta con servicio de agua potable</i> • <i>La comunidad cuenta con servicio de alcantarillado</i> • <i>La comunidad cuenta con servicio de recolección de basuras</i> • <i>La comunidad cuenta con servicios de salud (puesto de salud, hospital, centro de atención básica)</i> • <i>Se evidencian casos de desnutrición en la población infantil</i> • <i>Se evidencian condiciones de pobreza y miseria</i> • <i>Se evidencia la presencia de enfermedades en los niños</i> • <i>Se observan condiciones de limpieza y saneamiento básico</i> • <i>La población adulta cuenta con la educación necesaria para la atención de enfermedades</i> • <i>Actualmente se llevan a cabo planes de erradicación y prevención de enfermedades</i> • <i>Existe algún o algunos focos de contaminación en el barrio</i> • <i>Las calles están pavimentadas</i> • <i>Se observan niños en las calles y cerca de focos de contaminación.</i> 		

Notas:

ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

DISEÑO DE UN PLAN BASADO EN LA ESTRATEGIA AIEPI PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PREVALENTES EN LOS NIÑOS MENORES DE 7 AÑOS DEL BARRIO EL GOLFO DE BARRANQUILLA. AÑO 2001- 2002

Fecha: _____

Familia: _____

Dirección: _____

1. Hace cuanto tiempo vive en este barrio? _____ Años _____ Meses

2. Hace cuanto tiempo vive en esta casa? _____ Años _____ Meses

3. Estado de la vivienda _____

4. Cuenta la vivienda con servicios Si _____ No _____

De que tipo: _____

5. El agua que consume y utiliza para lavar los alimentos la obtiene de:

- a. Carrotanque
- b. Arroyo o pozos profundos
- c. Acueducto
- d. Otros

Cuales _____

6. Lava los alimentos que consume

- a. Si
- b. No

7. ¿Hierve usted el agua para el consumo humano?

- a. Si
- b. No

8. ¿Dónde realiza las deposiciones?

- a. Inodoro
- b. Letrina
- c. En el monte o al aire libre
- d. Otros

Cuales _____

9. *Las excretas de las personas de la familia son arrojadas a **

- a. *Inodoro*
- b. *Basura de la casa*
- c. *Arroyo del barrio*
- d. *Se entierran*
- e. *Otro modo de disposición*

Cuales _____

10. *Qué método utiliza para recolectar las basuras*

- a. *Las quema*
- b. *Las entierra*
- c. *Las tira a un lugar cercano*
- d. *Las recolecta y entrega al servicio de aseo*
- e. *Otro modo de disposición*

Cuales _____

11. *Se ha enfermado algún miembro de la familia con EDA*

- a. *Si*
- b. *No*

A que edad _____

12. *Sabe usted cual fue la causa* _____

13. *Por cuánto tiempo le dio leche materna a sus hijos?*

- a. *Hasta el primer mes*
- b. *Hasta los 3 meses*
- c. *Hasta los 6 meses*
- d. *Hasta el primer año*
- e. *Hasta el segundo año*
- f. *Mas de dos años*
- g. *No le dio leche materna*

14. *En general cuando sus niños enfermas de diarrea a donde los lleva o llevaría si enferma*

- a. *A ningún lado*
- b. *A la vecina*
- c. *Al puesto de salud*
- d. *Al hospital*
- e. *Al curandero*
- f. *A la farmacia del barrio*
- g. *Otros*

Cuales _____

15. *Que tipo de medicamento* _____

16. *Conoce usted algún tipo diferente al clínico*

- a. *Si, Cual* _____
- b. *No*

17. *Conoce usted cuales son los efectos que puede producir en un niño el mal cuidado de la EDA*

- a. *Si*
- b. *No*

Cuales _____

18. *Hasta que nivel de escolaridad llegó*

- a. *Ninguno*
- b. *Primaria*
- c. *Secundaria*
- d. *Media*
- e. *Universitario*
- f. *Técnico*

- 1 - Infancia eudémica Aguilar
- 2 - Diarrea Infantil
- 3 - Gastroenteritis
- 5 - Salud Pública
- 6 - Montañolada
- 7 - Barrio el gallo - Baranquilla