

Hospital Pediátrico Docente "Dr. Angel A. Aballí"

DIARREA PERSISTENTE: ALGUNOS FACTORES DE RIESGO

Dra. Lylíam Díaz Fernández,¹ Dra. Mercedes Mendoza Sánchez,² Dr. Arnaldo Izquierdo Estévez³ y Dr. Edelio León García⁴

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-longitudinal, con el propósito de evaluar algunos aspectos socioculturales en 75 niños menores de 2 años, que con diagnóstico de diarrea persistente, ingresaron en el Servicio de Enfermedades Diarreicas del Hospital Pediátrico Docente "Dr. Angel A. Aballí" de Ciudad de La Habana, de julio de 1995 a marzo de 1996, ambos inclusive. Los resultados permiten afirmar que la mayoría de estos episodios acontecieron en lactantes y que el elevado índice de hacinamiento, malas condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda y padres con nivel escolar medio, dominaron los antecedentes sociales de los niños estudiados.

Descriptor DeCS: DIARREA INFANTIL/ etiología; FACTORES DE RIESGO; ESCOLARIDAD; HACINAMIENTO; SANEAMIENTO DE LA VIVIENDA; RENTA PER CAPITA; VIVIENDA.

El conocimiento de la diarrea persistente (DP), incluyendo aquél que se relaciona con sus factores de riesgo, reviste gran importancia en nuestro propósito de reducir las graves alteraciones nutricionales que provoca, así como su elevada mortalidad.

En países en vías de desarrollo, grupos de investigadores de la OMS, han sugerido

la existencia de factores de riesgo para tales episodios, y destacan fundamentalmente a la edad, malnutrición por defecto, inmunodeficiencia celular, destete precoz e introducción temprana de leches artificiales, infecciones previas y el uso injustificado de algunos medicamentos en la etapa aguda de la enfermedad diarreica.^{1,2} Sin lugar a dudas, tras estas "circunstancias" existen

¹ Especialista de II Grado en Pediatría. Profesora Titular. Consultante de los Servicios de Diarrea Aguda y Crónica.

² Especialista de I Grado en Pediatría. Especialista del Servicio de Diarrea Aguda.

³ Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor. Jefe del Servicio de Diarrea Aguda.

⁴ Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. Jefe del Servicio de Diarrea Crónica.

factores socioambientales y culturales, y su identificación posibilitaría en alguna medida su modificación y la consiguiente reducción del riesgo.

Por estas razones consideramos útil la caracterización de los factores socioambientales y culturales de nuestros pacientes, lo que nos permitirá emprender acciones que garanticen la profilaxis de nuevos episodios y brindar así una mejor atención a nuestra población pediátrica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-longitudinal, en 75 niños con DP, menores de 2 años, ingresados en el Servicio de Enfermedades Diarreicas del Hospital Pediátrico Docente "Dr. Ángel A. Aballí", en el período de julio de 1995 a marzo de 1996.

Las variables objeto de estudio fueron: edad, escolaridad del padre y la madre, per cápita, índice de hacinamiento, condiciones estructurales de la vivienda e higiene del hogar.

La información se recogió en formularios diseñados al efecto y sus fuentes primarias, y se tomaron los datos directamente de los padres, además de efectuar una visita sorpresiva al hogar, por parte de uno de los autores del trabajo.

La edad se clasificó en meses y agrupó en 0 a 6, 7 a 12 y 12 a 24 meses. El nivel escolar de los padres se tomó atendiendo a estudios terminados y se categorizó en *elemental* (estudios primarios), *media* (secundaria básica, preuniversitario o técnico medio) y *superior* (nivel universitario).

El per cápita familiar (ingresos mensuales del núcleo entre el número de sus componentes) se clasificó como sigue: hasta 25 pesos, entre 26 y 50, de 51 a 75 y

más de 75 pesos, y el índice de hacinamiento se calculó teniendo en cuenta el número de habitantes de la vivienda y la cantidad de dormitorios, y se categorizó hasta 2 personas, 3 personas y más de 3 personas.

La clasificación del estado de la vivienda se basó en la existencia y estado del techo, paredes y pisos, disposición de las instalaciones para la eliminación de excretas y el uso de agua corriente, y se consideró como *buena* (casa o apartamento no apuntalado, sin filtraciones o grietas en techos o paredes, servicio sanitario individual o comunal adecuado y agua corriente), *regular* (casa o apartamento apuntalado con filtración o grieta, servicio sanitario individual o comunal no adecuado y agua corriente) y *mala* (casa improvisada, cuarterón o bohío, con disposición final de residuales fecales al aire libre u otro que excluya inodoro y letrina, sin agua corriente).

La higiene del hogar se clasificó como *buena* (higiene ambiental y personal adecuadas, buena limpieza, correcta disposición final de residuales, ausencia de vectores) y *mala* (si no reunía las características anteriores).

Los resultados se presentan en cuadros simples y el análisis se realizó sobre la base de los índices porcentuales calculados.

RESULTADOS

De los 75 pacientes que padecieron DP en los 9 meses estudiados, 62 para el 82,7 %, contaban con menos de 1 año de edad y algo más de la mitad, 39 casos, eran lactantes menores de 6 meses.

En la tabla 1, se recoge la escolaridad de los padres, y se observa un predominio del nivel medio en ambos casos, 69,3 y 78,7 para las madres y los padres respectivamente, seguidos del nivel

elemental y sólo un bajo porcentaje con nivel superior.

TABLA 1. Distribución de pacientes según escolaridad de los padres

Nivel escolar	Madres		Padres	
	No.	%	No.	%
Elemental	18	24,0	13	17,3
Medio	52	69,3	59	78,7
Superior	5	6,7	3	4,0
Total	75	100,0	75	100,0

En relación con el índice de hacinamiento hallamos que en el 50,6 % de los casos fue mayor de 3 personas, por lo que podemos afirmar de acuerdo con los criterios de organismos internacionales, la existencia de hacinamiento en ese porcentaje (tabla 2).

TABLA 2. Distribución de pacientes según índice de hacinamiento

Índice de hacinamiento por número de personas	No.	%
Hasta 2	14	18,7
3	23	30,7
Más de 3	38	50,6
Total	75	100,0

La distribución de pacientes según el ingreso per cápita familiar se expone en la tabla 3, y se observa que el ingreso entre 51 y 75 pesos correspondió al 36,0 % de los niños estudiados, pero en el 37,3 % de ellos éste fue menor de 50 pesos (12 % hasta 25 pesos y 25,3 % entre 26 y 50 pesos).

En cuanto a la caracterización de la vivienda según los criterios de clasificación expresados en la sección anterior, los rubros regular y mala agrupan al 65,3 % de los casos y sólo en el 34,7 % la calificación fue buena, como se expone en la tabla 4.

TABLA 3. Distribución de pacientes según ingreso per cápita familiar

Percápita (pesos)	No.	%
Hasta 25	9	12,0
Entre 26 y 50	19	25,3
Entre 51 y 75	27	36,0
Más de 75	20	26,7

TABLA 4. Distribución de pacientes según condiciones de la vivienda

Condiciones de la vivienda según su caracterización	No.	%
Buena	26	34,7
Regular	30	40,0
Mala	19	25,3
Total	75	100,0

Finalmente, las condiciones de higiene apreciadas en la visita al hogar se muestran en la tabla 5 y se consideró mala en el 53,3 % de los niños.

TABLA 5. Distribución de pacientes según higiene del hogar

Estado de higiene en general	No.	%
Buena	35	46,7
Mala	40	53,3
Total	75	100,0

DISCUSIÓN

La distribución por edad de nuestros casos se corresponde, con prácticamente todos los reportes y estudios referentes a DP, y existe consenso en que los menores de 1 año sufren la mayor afectación por esta enfermedad.^{1,3}

Existen diferencias en el comportamiento de la variable nivel escolar de los padres en series, según reportes de sus autores. *Badruddin*⁴ encontró predominio de madres con baja escolaridad, mientras que *Araya*⁵ reportó buen nivel

escolar en la mayoría de los padres de estos enfermos. En nuestra serie dominó el nivel medio y consideramos que este factor guarda estrecha relación con la morbilidad y mortalidad por enfermedad diarreica.

Teniendo en cuenta que la transmisión en esta afección es fecal-oral, elevados índices de hacinamiento deberían ser considerados como elementos de riesgo; en este trabajo el mayor número de casos correspondió a un índice superior a 3, lo que está en concordancia con los estudios de la OPS,⁶ Calva Rodríguez,⁷ entre otros.

No encontramos en la literatura médica revisada elementos que nos permitieran establecer comparaciones con nuestras observaciones referentes al per cápita, pero sí se admite que condiciones socioeconómicas adversas están ligadas con la aparición y duración de los episodios diarreicos.^{8,9}

Es obvio que una vivienda en condiciones estructurales e higiénicas adecuadas influya favorablemente en la salud de quienes la habitan. Reiteramos que las dos terceras partes de nuestros pacientes lo hacen en viviendas en estado

regular y malo y aunque no encontramos reporte nacional o internacional relacionado con este aspecto, lo señalamos como circunstancia de riesgo.

Varios autores consideran que las precarias condiciones de la higiene y del saneamiento de diferentes regiones de países en vías de desarrollo, favorecen la multiplicación de enteropatógenos fundamentalmente bacterianos, a lo que le confieren gran importancia dentro del origen multifactorial de la enfermedad diarreica.^{10,11} Al calificarse de malo al estado higiénico de la vivienda del 53,3 % de nuestros pacientes, nos hacemos partícipes de los planteamientos anteriores.

En conclusión podemos decir:

1. El nivel escolar medio predominó en los padres de nuestros pacientes.
2. Un elevado índice de hacinamiento, condiciones regulares y malas de la vivienda y mala higiene del hogar fueron características sobresalientes en niños con DP.
3. En la tercera parte de los casos el per cápita fue inferior a 50 pesos.

SUMMARY

A descriptive-longitudinal study was conducted aimed at evaluating some sociocultural aspects in 75 children under 2 that due to persistent diarrhea were admitted in the Service of Diarrheal Diseases of the «Dr. Angel A. Aballí» Pediatric Teaching Hospital, in Havana City, from July, 1995, to March, 1996, including both. The results allow to assure that most of these episodes occurred in infants and that the high index of heaping, bad hygienic and sanitary conditions of the houses and parents with middle educational level predominated in the social background of the studied children.

Subject headings: DIARRHEA, INFANTILE/etiology; RISK FACTORS; EDUCATIONAL STATUS; HEAPING; HOUSING SANITATION; PER CAPITA INCOME; HOUSING.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Persistent Diarrhoea in children in developing countries. Report of a WHO meeting diarrhoeal diseases control program. Génova: WHO,1988.

2. Lima A, Guerrart R. Persistent diarrhoea in children: epidemiology, risk factors, pathophysiology, nutritional impact and management. *Epidemiol Rev* 1992;14:222-42.
3. Haffees IF. Persisten diarrhoea following gastroenteritis. *Journal Diarrhoeal Dis Res* 1990;8(4):143-46.
4. Badruddin SH. Dietary risk factors associated with acute and persistent diarrhoea in children in Karachi, Pakistan. *Am J Clin Nutr* 1991;54(4):745-49.
5. Araya M. Persistent diarrhoea in the community. Characteristics and risk factors. *Acta Pediatr Scand* 1991;80(2):181-89.
6. OPS. Temas de la 40a. Asamblea Mundial de la salud. Reseñas. *Bol of Sanit Panam* 1989;103(3):284.
7. Calva Rodríguez R. Frecuencia y principales causas de diarrea de evolución prolongada. Abordaje diagnóstico y terapéutico. En: *Prevención y control de las diarreas. Méjico:SSA. 1990:69-76.*
8. Lanata C. Epidemiologic, clinical and laboratory characteristics of acute vs. persistent diarrhoea in peri-urban Lima, Perú. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991;12(1):82-9.
9. Cantery JR. Infectious diarrhoea. Pathogenesis and risk factors. *Am J Med* 1985;78(6):65-71.
10. Alam W, Way L. Importance of age in evaluating effects of maternal and domestic hygienic practices on diarrhoea in rural Bangladesh children. *J Diarrhoea Dis Res* 1991;9(2):104-98.
11. OPS, OMS. Enfermedades diarreicas: prevención y tratamiento. Ciudad Guatemala:OPS,1995.

Recibido: 2 de mayo de 1996. Aprobado: 26 de septiembre de 1996.

Dra. *Lyliam Díaz Fernández*. Hospital Pediátrico Docente "Dr. Angel A. Aballí", Calzada de Bejucal km 7 1/2, Arroyo Naranja, Ciudad de La Habana, Cuba.