

**Tarea 6. Socialización**  
**Enfermedad de Interés en Salud Pública**

**Presentado por:**

**Durani Díaz Cabezas Código: 1123323904**

**Lidia Galaviz Meza Código: 27748546**

**Erika Viviana Berrio Código: 1069747466**

**Mirian Rocío Figueroa Código: 41119369**

**Dayana Lizeth Muñoz Código: 1061710499**

**Grupo 26**

**Magda Gioanna Cruz**

**Tutora**

**Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)**

**Escuela de Ciencias de la Salud**

**Tecnología en Regencia de Farmacia**

**Diciembre del 2017**



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) son un problema de salud pública ya que tienen un alto porcentaje en su morbilidad y mortalidad, además se presentan con más frecuencia en lugares donde las condiciones higiénicas y de vida son desfavorables, con hacinamiento, falta de agua potable y deficiente cobertura de los servicios de salud.

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. Actualmente el Putumayo es uno de los departamentos que registra una tasa de mortalidad mayor a la nacional con un 11,7 casos por cada millón de menores de cinco años.



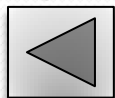
# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Describir el comportamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en el Departamento del Putumayo, conocer los programas y estrategias de control y la etiología de la enfermedad.

## OBJETIVO ESPECÍFICOS

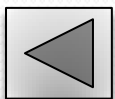
- Conocer el periodo pre patogénico y patogénico de las EDAS
- Identificar las estrategias de prevención de las EDAS
- Estudiar el comportamiento de las EDAS en el Departamento del Putumayo.
- Reconocer las diferentes actividades de promoción y prevención de las EDAS.



# HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

## Historia Natural

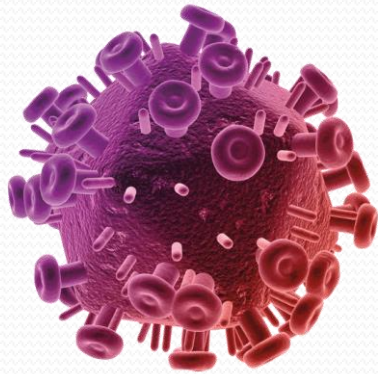
Según OPS-OMS “la diarrea se define como la presencia de 3 o más deposiciones anormalmente liquidas en 24 horas, con o sin sangre. Un síndrome clínico caracterizado por la disminución de la consistencia, aumento del volumen o aumento de deposiciones que puede tener o no algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado o no de sangre y moco”.



## PERIODO PRE PATOGENICO

### AGENTES

Virus



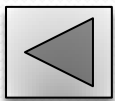
Bacterias



Parásitos

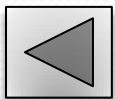


Hongos



## Huésped

El hombre es el principal huésped y reservorio de los agentes antes mencionados, las EDAS se presentan con mas frecuencia en niños menores de 5 años, especialmente entre lo 6 meses y dos años de edad.

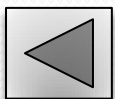


# Medio ambiente

La EDA se presenta con mayor frecuencia en los países en desarrollo y en los climas tropicales, ya que las altas temperaturas y la humedad favorece la propagación de los agentes patógeno, algunos factores de riesgo son:

**Población de bajas condiciones socioeconómicas**

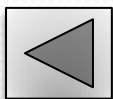
**Deficiencias higiénicas**



**Potabilización del agua.**



**Fecalismo al ras del suelo.**

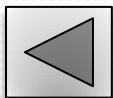




## Ingestión de alimentos contaminados



## Inadecuada conservación de los alimentos preparados

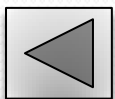


# PREVENCIÓN PRIMARIA

**Promoción de la salud.** Estos procedimientos están dirigidos a promover el bienestar y la salud del ser humano. Son un conjunto de indicaciones médicas, higiénicas y sanitarias.

## **Prevención de la enfermedad:**

- Saneamiento de agua, alimentos, excretas, basuras y en general el medio ambiente.
- Cumplir con el esquema de vacunación en niños menores de 5 años.
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Desparasitación periódica.



## PERIODO PATOGENICO



**Etapa clínica.** Comprende, desde la aparición del primer síntoma, hasta el periodo de covalencia de la enfermedad.

### **Signos y síntomas inespecíficos**

Fiebre, Cefalea, malestar general.

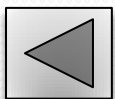
### **Signos y síntomas específicos**

Dolor abdominal, diarrea, dolores musculares.

**Etapa subclínica.** Invasión del agente en el huésped.

**Periodo de incubación:** de horas hasta 5 días el agente atraviesa la barrera de íleon y llega al torrente sanguíneo.

**Mecanismo defensivo:** elaboración de inmunoglobinas y movilidad gastrointestinal que dificulta la adherencia a la mucosa.



## PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se aplica cuando la prevención primaria fracasa y la persona enferma. comprende los siguientes pasos:

- ❖ **Diagnostico temprano**

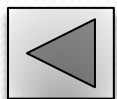
De ser posible antes de sus manifestaciones clínicas,

- ❖ **Tratamiento oportuno**

Rehidratación oral.  
Alimentación adecuada.  
Antimicrobianos.

- ❖ **Limitar la incapacidad**

Prevención y tratamiento de las complicaciones



## Tratamiento oportuno

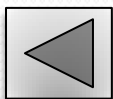
Cuando se utiliza un antimicrobiano en diarrea es necesario que cumpla con cuatro objetivos:

- Acortar el curso de la enfermedad.
- Mejorar la sintomatología.
- Erradicar el agente etiológico.
- Prevenir complicaciones.



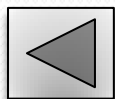
# REPORTES ESTADISTAS DE SU COMPORTAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Aproximadamente un 88% de los casos mundiales de enfermedad diarreica son atribuibles al agua insalubre, el saneamiento insuficiente y la mala higiene. Se ha calculado que en 2006 había 2,5 millones de personas que carecían de instalaciones sanitarias mejoradas y que aproximadamente una cuarta parte de la población de los países en desarrollo defecaba al aire libre.



## REPORTES ESTADISTAS DE SU COMPORTAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

En la entidad territorial del putumayo la población estimada en el 2012 según el DANE es de 39.357 y la Proporción incidencia por 1000000 menores de 5 años es 50,82.



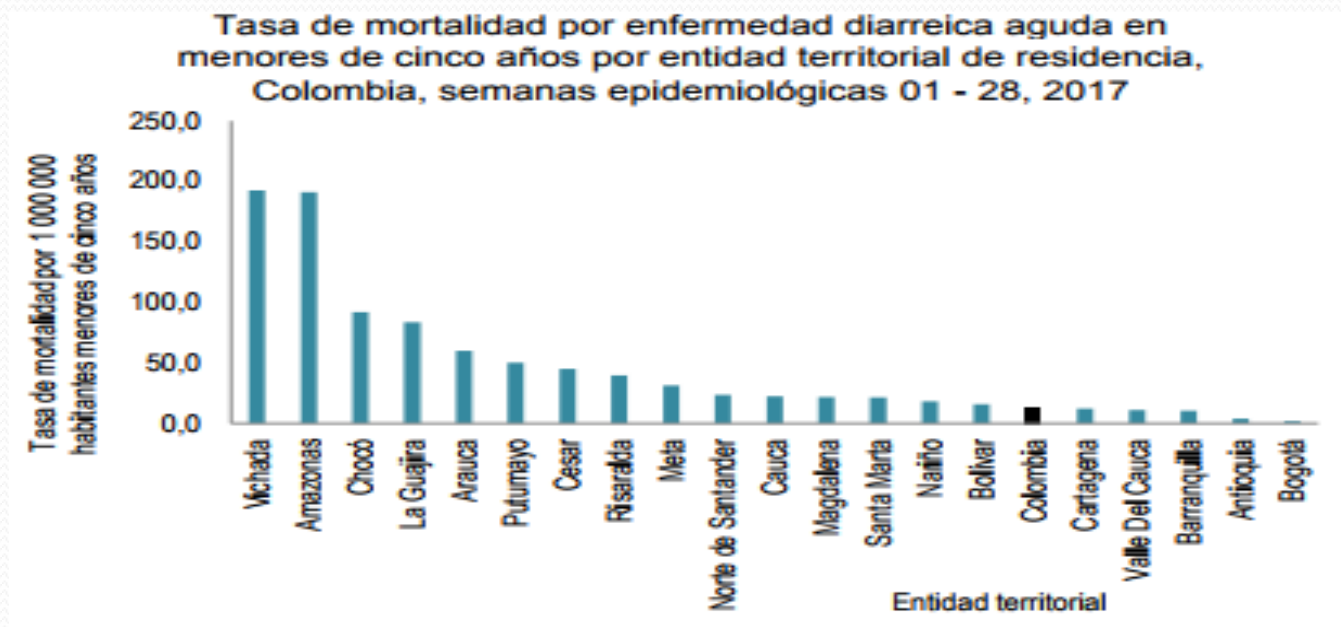
En el boletín epidemiológico semanal del 21 de Julio del 2017, en la semana epidemiológica 28 de 2017, se notificaron cuatro muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años al SIVIGILA, también en la misma semana del año 2016 se notificaron 2 casos en menores de 5 años.

A la fecha, han ingresado al SIVIGILA 59 casos probables de muerte por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, se encuentran en estudio para su clasificación final y definir la causa de muerte.





La tasa de mortalidad nacional por enfermedad diarreica aguda es de 13,6 casos por 1 000 000 de menores de cinco años; los departamentos de Vichada, Amazonas, Chocó, La Guajira, Arauca, Putumayo, Cesar Risaralda, Meta, Norte de Santander, Cauca, Magdalena, Santa Marta, Nariño y Bolívar, registran una tasa de mortalidad mayor a la nacional como lo muestra la grafica.

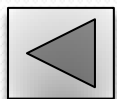


## **PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR LAS INSTITUCIONES PARA EL CONTROL DE LA EDA**

### **AIEPI**

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), esta estrategia contribuye a la identificación de problemas que ponen en riesgo la salud del niño, y a la inmediata toma de acciones de promoción y prevención.

En el caso de la EDA comprende la identificación del estado de deshidratación y sus planes de acción para contrarrestarlos.



# DESHIDRATACION EDA

## Deshidratación incipiente:

Sin signos sin síntomas.

## Deshidratación moderada :

- Sed
- Inquieto.
- Ojos hundidos
- Llanto sin lagrima.
- Boca y lengua secas.

## Deshidratación grave:

- Síntomas se agravan:
- Choque
- Perdida parcial del conocimiento.
- Extremidades frías.
- Pulso rápido o débil.
- palidez.

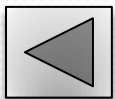


## NO TIENE DESHIDRATACION PLANA

Tratamiento ambulatorio: para diarrea aguda sin deshidratación clínica.

- Aumentar la ingesta de los líquidos y ofrecer suero oral.
- Continuar la alimentación habitual.
- Reconocer signos de deshidratación y otros de alarma.

Ofrecer media taza 75 ml/kg a menores de un año y una entera 150 ml/kg a mayores de un año, después de cada evacuación.



## Signos de Alarma y Deshidratación

- Heces líquidas numerosas (más de 10 en 24 horas).
- Vómitos frecuentes (más de 5 en 24 horas).
- Sed intensa.
- Poca orina y de color oscuro.
- Muy poca ingestión de líquidos y alimentos.
- Fiebre elevada persistente.
- Aparición de sangre en las evacuaciones.



## ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN - PLAN B

Tratar al niño con suero de rehidratación oral (SRO)

Determinar la cantidad de SRO que deberá administrarse durante las primeras 4 horas.

100 ml por kilo de peso, durante cuatro horas; dosis fraccionada, cada 30 minutos.

4 horas después:

Reevaluar al niño y clasificar la deshidratación.

Verificar diuresis.

Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.

Si a las 4 horas he mejorado pero aún no está hidratado, continuar SRO 2 horas más.

Si a las 4 horas no ha corregido hidratación, iniciar plan C.

Comenzar alimentar al niño en el servicio de salud cuando la deshidratación este corregida.

Si tolera la vía oral y se mantiene hidratación explicar las 4 reglas de tratamiento en casa (plan A, dar más líquidos, continuar alimentando al niño, cuando regresar al servicio de salud y medidas preventivas).



## DESHIDRATACIÓN GRAVE- PLAN C

Diarrea grave: hospitalización

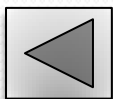
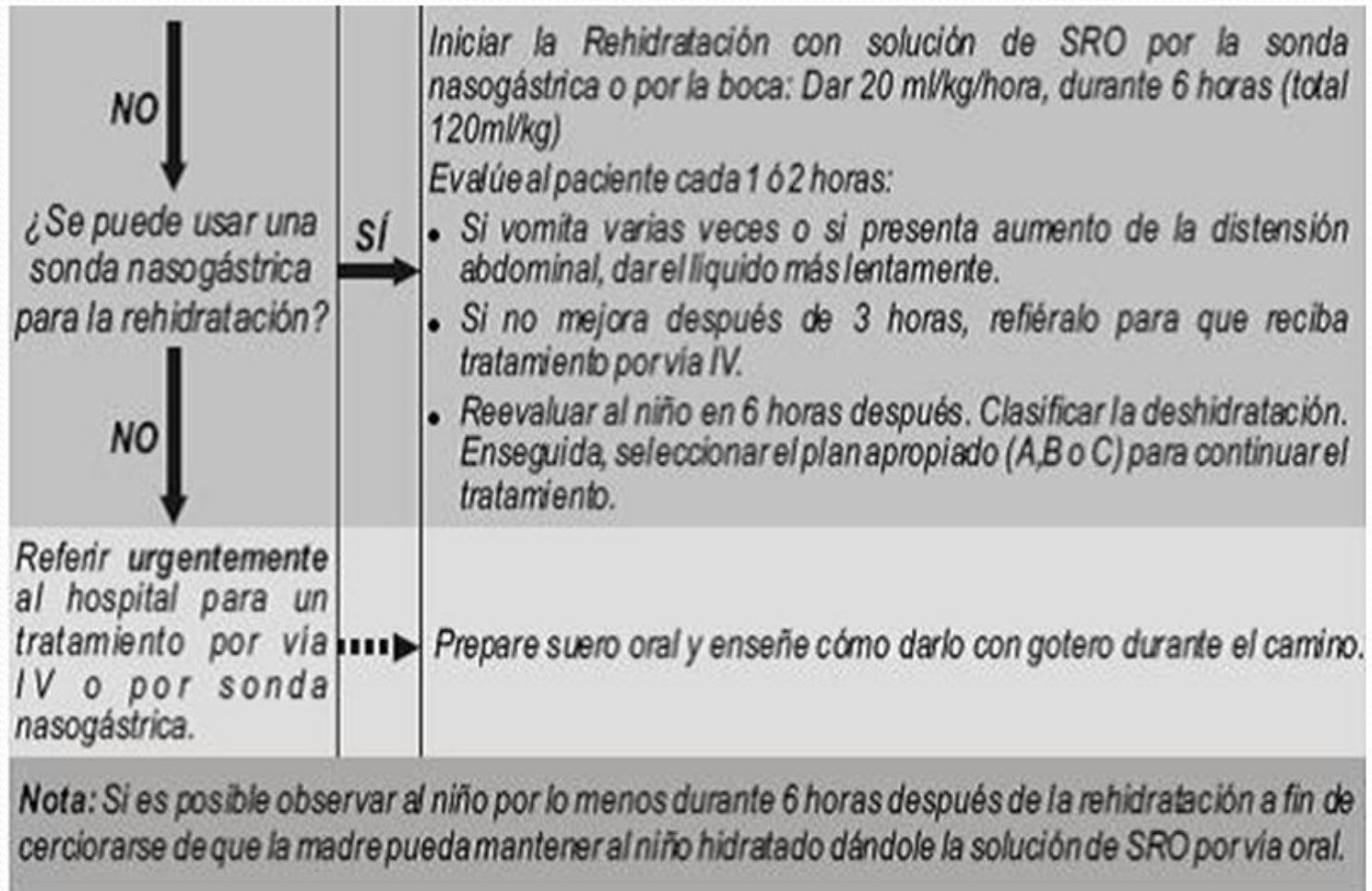
suministrar 50 ml/kg de solución Hartmann para la primera hora y 25 ml por kg/hora durante la segunda y tercera hora.

**PLAN C** *Seguir las flechas. Si la respuesta es afirmativa ir hacia la derecha. Si es negativa, ir hacia abajo.*

<p>¿Puede aplicarse de inmediato una inyección de líquido por vía intravenosa?</p> <p style="text-align: center;"><b>NO</b></p>	<p><b>Sí</b></p>	<p>Comenzar a dar líquidos de inmediato por vía IV. Dar 100 ml/kg en 3 horas de lactato de Ringer (o si no la hubiere, dar solución salina normal), divididos de la siguiente forma:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Primera hora</th> <th>Segunda hora</th> <th>Tercera hora</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 ml/kg.</td> <td>25 ml/kg.</td> <td>25 ml/kg.</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Nota: si el niño puede beber dar SRO por vía oral mientras se instala el goteo.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reevaluar al niño cada media hora. Si la deshidratación no mejora, aumentar la velocidad del goteo IV.</li> <li>• Dar también SRO (alrededor de 5ml/kg/hora) apenas el niño pueda beber, generalmente al cabo de 3 o 4 horas (menor de 2 meses) o de 2 horas (mayor de 2 meses).</li> <li>• Clasificar la deshidratación de nuevo al cabo de las 3 horas. En seguida seleccionar el plan apropiado (A, B, o C) para continuar el tratamiento.</li> </ul>	Primera hora	Segunda hora	Tercera hora	50 ml/kg.	25 ml/kg.	25 ml/kg.
Primera hora	Segunda hora	Tercera hora						
50 ml/kg.	25 ml/kg.	25 ml/kg.						
<p>¿Hay un lugar cerca? (a unos 30 minutos) donde se pueda administrar tratamiento por vía IV?</p>	<p><b>Sí</b></p>	<p>Referirlo urgentemente al hospital para que reciba tratamiento por vía IV.</p> <p>Si el niño puede beber, entregar SRO a la madre y mostrarle cómo administrar sorbos frecuentes en el trayecto.</p>						



## DESHIDRATACION GRAVE- PLAN C



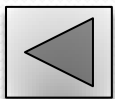


## PREVENCION

Promoción de lactancia materna    Uso de agua potable en suficiente cantidad



Eliminación adecuada de excretas



## Prevención

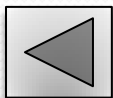
Lavado de manos



Manejo adecuado de heces  
en niños con diarrea



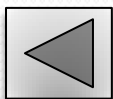
vacunación



## Plan para la prevención y tratamiento de la EDA según UNICEF y la OMS

El fondo de naciones unidad para la infancia (UNICEF) y la organización mundial de la salud (OMS) presentan 7 medidas del plan de prevención y tratamiento de la diarrea, la segunda causa de muerte en los niños.

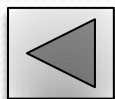
1. Reposición de líquidos para evitar la deshidratación.
2. Administración de cinc.
3. Vacunación contra los rotavirus
4. Fomento de la lactancia materna temprana y exclusiva y de la administración de suplementos de vitamina A.
5. Fomento del lavado de las manos con jabón.
6. Mejora cualitativa y cuantitativa del suministro de agua, con inclusión del tratamiento y almacenamiento seguro del agua doméstica.
7. Fomento del saneamiento a nivel comunitario.



## **Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria(UROCS)**

Es una estrategia implementada por la OPS y La OMS, Se trata de un manual para agentes comunitarios voluntarios de salud, que promueve prácticas claves para fomentar el crecimiento y desarrollo saludable de los menores de 5 años.

Manual que hace parte del material educativo para líderes, padres de familia y/o cuidadores, que han asumido el compromiso y la responsabilidad de manejar las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC) como agentes comunitarios voluntarios de salud.



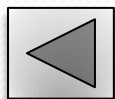
## ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.

**La secretaria departamental del putumayo se compromete con la comunidad:**

- Intensificar campañas de educación ambiental en todos los municipios
- Donar filtros para la zona rural en el Putumayo
- Brindar asistencia técnica a los productores porcícolas ya que estos en algunos casos son contaminantes del agua de consumo; en cuanto a tratamiento y manejo adecuado de estas producciones, con el fin de no cerrarlas ya que son la fuente de sostenimiento para muchas familias del Putumayo.

**En el plan de salud territorial del Putumayo 2016 – 2019 está contemplado lo siguiente:**

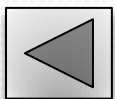
1. Promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales mediante la gestión intersectorial y la participación social y comunitaria.



2. Promover el desarrollo sostenible a través de la implementación de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable.
3. Atender de forma prioritaria las necesidades sanitarias y ambientales de las poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial.
4. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario de los riesgos ambientales que puedan afectar su salud y bienestar.

## **Aplicando**

- ✓ Estrategia entornos saludables
- ✓ Inspección, vigilancia y control de las explotaciones pecuarias en el departamento.



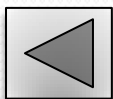
## MEDIDAS SENCILLAS, ECONÓMICAS, EFICACES Y SOSTENIBLES PARA COMBATIR LOS RIESGOS AMBIENTALES EN LA EDA.

### **Seguridad del abastecimiento de agua para la vivienda**

- Almacenar agua salubre en el hogar (y tratarla en el hogar cuando su calidad es dudosa) reduce el riesgo de contaminación del agua y beneficia a la salud.

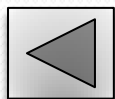
### **Higiene y saneamiento**

- Estimular acciones de saneamiento básico y agua potable, a través de alianzas intersectoriales que contribuyan a la mejor calidad, cobertura y cantidad, ya que el agua es el principal vehículo de propagación de la enfermedad diarreica aguda.
- Lavarse las manos con jabón antes de preparar la comida, antes de comer y después de defecar, reduce considerablemente el riesgo de enfermedades diarreicas.



- Aplicar las cinco reglas de la OMS para unos alimentos más seguros a fin de reducir el riesgo de las enfermedades de transmisión alimentaria: la limpieza; separar los alimentos crudos de los cocidos; cocerlos bien; mantener los alimentos a la temperatura correcta, y utilizar agua y materias primas aptas para el consumo.

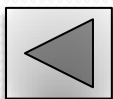
**Capacitación y educación del personal de salud:** El conocimiento por parte del personal de salud que presta sus servicios en el primer nivel de atención, es importante en la medida en que es allí en donde ocurre la consulta primaria de los menores de cinco años.





## CONCLUSIONES

- La diarrea aguda sigue siendo hasta la actualidad un verdadero problema de salud, cuya complicación principal es la deshidratación que puede llevar aumento de la morbimortalidad infantil y cuyo tratamiento primordial es la terapia de rehidratación oral.
- la diarrea aguda es una enfermedad que se considera grave, si no se atiende oportunamente la persona puede morir por deshidratación.
- La falta de higiene y las condiciones socioeconómicas son los principales determinantes de las enfermedades diarreicas agudas.
- La EDA es una enfermedad que afecta principalmente a menores de 5 años, en su mayoría son de etiología viral y en ocasiones son bacterianas o parasitarias, por lo cual es importante diferenciar las características clínicas de cada una de ellas para su tratamiento adecuado.

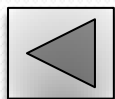


## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Sánchez, K. (2012). Enfermedades diarreicas agudas prevención, control y tratamiento, programa de atención a la salud del niño. Manual para el personal de salud 2009. Recuperado de: [https://es.slideshare.net/KarenGSanchez/manual-ssa-diarrea?next\\_slideshow=1](https://es.slideshare.net/KarenGSanchez/manual-ssa-diarrea?next_slideshow=1)

Instituto nacional de salud. (2012). Informe del evento mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, y morbilidad en todos los grupos de edad, año 2012. Recuperado de: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/EDA%202012.pdf>

Monsalve, R.L, E. (2011). Guía operativa para implementación de AIEPI en entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios Colombia 2011. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/AIEPI/Anexos/GU%3%08DA%20OPERATIVA%20PARA%20IMPLEMENTACI%3%093N%20DE%20AIEPI%20EN%20EPS%20e%20IPS.pdf>



Boletín de epidemiológico (2016) informe de enfermedad diarreica aguda en el año 2016 recuperado de:

<http://www.mocoaputumayo.gov.co/Transparencia/BancoDocumentos/Bolet%C3%ADn%20Epidemiol%C3%B3gico%20N%C2%B01.pdf>.

Estrategia para prevenir y tratar la diarrea. Disponible en:

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood\\_deaths\\_diarrhoea\\_20091014/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood_deaths_diarrhoea_20091014/es/)

<http://miputumayo.com.co/2017/06/06/24-ninos-indigenas-han-muerto-por-diarrea-cronica-este-ano-en-colombia/>

Protocolo mortalidad enfermedad diarreica aguda en < 5 años (EDA):

<http://www.ins.gov.co/lineasdeaccion/SubdireccionVigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20EDA.pdf>

