

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE PANDO

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



MONOGRAFÍA

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN
MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA LUCÍA,
ENERO A MARZO DE 2025”**

AUTOR:

KEVIN PAUL DÁVALOS GAHONA

Bella Flor – Pando – Bolivia

2025

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme por haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis abuelos, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones apesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre y aunque nos faltan cosas por vivir juntos, siento que este momento es tan especial para ustedes

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que siempre estuvo a mi lado, dándome fuerza, ánimo y fe para no desistir de mi meta, por eso le estoy eternamente agradecida.

A la Universidad Amazónica de Pando, por el ambiente propicio para la evolución y crecimiento de esta brillante profesión.

A los Doctores que fueron maestros compartiendo conocimientos para mi carrera profesional, por su compromiso y dedicación realizado en el clase, rotaciones y prácticas.

A mis compañeros de universidad, quienes durante estos años presenciaron gratos momentos dentro y fuera del aula.

RESUMEN

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) constituye una de las principales causas de morbilidad en la población infantil, especialmente en comunidades rurales con condiciones sanitarias limitadas. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de EDA en niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Santa Lucía durante el periodo de enero a marzo de 2025. Se utilizó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, basado en la revisión de 16 historias clínicas reportadas en el Centro de Salud. Los resultados revelaron una mayor incidencia en los meses de enero y febrero, con predominancia en el grupo etario de 1 a 2 años 44 % y en el sexo masculino 56%. La mayoría de los casos 63 % provenían de zonas rurales o periurbanas. En cuanto al tratamiento, predominó la rehidratación oral 75%, mientras que un caso requirió antibióticos por presentar fiebre. Se concluye que, aunque el número de casos es reducido, la EDA sigue representando un riesgo importante para la salud infantil, por lo que se recomienda fortalecer la educación sanitaria, garantizar el acceso a agua segura y mejorar las condiciones de saneamiento en la comunidad.

Palabras clave: Diarrea Aguda, Niños, Salud.

ABSTRACT

Acute diarrheal disease (ADD) is one of the leading causes of morbidity in children, especially in rural communities with limited sanitary conditions. This study aimed to determine the prevalence of ADD in children under five years of age treated at the Santa Lucía Health Center from January to March 2025. A quantitative, descriptive, and cross-sectional approach was used, based on a review of 16 medical records reported to the Health Center. The results revealed a higher incidence in the months of January and February, with a predominance in the 1- to 2-year-old age group 44% and males 56%. The majority of cases 63% were from rural or peri-urban areas. Regarding treatment, oral rehydration predominated 75%, while one case required antibiotics due to fever. It is concluded that, although the number of cases is small, ADD continues to pose a significant risk to children's health. Therefore, it is recommended to strengthen health education, ensure access to safe water, and improve sanitation conditions in the community.

Keywords: Acute Diarrhea, Children, Health.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	3
PROBLEMA INVESTIGADO	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.1.1. Descripción de la situación del problema.....	4
1.1.2. Formulación del problema.....	5
1.2. Delimitación de la investigación.....	5
1.2.1. Delimitación temática	5
1.2.2. Delimitación Temporal.....	5
1.2.3. Delimitación Espacial	5
1.3. Objeto del Estudio	5
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Justificación del Tema	6
1.5.1. Justificación teórica.....	6
1.5.2. Justificación social	6
1.5.3. Justificación práctica.....	7
CAPITULO II.....	8
MARCO TEORICO REFERENCIAL	8
2.1. Marco conceptual.....	8
2.1.1. Definiciones en referencia al tema	8
2.2. Marco teórico	9
2.2.1. Definición y Clasificación.....	9
2.2.2. Agentes Etiológicos.....	10
2.2.3. Factores Determinantes de la EDA	10
2.2.4. Diarreas.....	11
2.2.5. La diarrea se la clasifica de la siguiente manera	11
2.2.6. Mecanismos de Producción:.....	11
2.2.7. Diarrea Secretoria	12
2.2.8. Diarrea Osmótica:.....	12

2.2.9.	Los trastornos de la motilidad pueden ser por:.....	12
2.2.10.	Mecanismos combinados:	12
2.2.11.	Etiología De La Enfermedad Diarreica Aguda:	13
2.2.12.	Cuadro Clínico:	13
2.2.13.	Complicaciones De La Diarrea Aguda.....	14
2.2.14.	Exámenes Complementarios:	14
2.2.15.	Tratamiento:.....	15
2.2.16.	Administración	16
2.2.17.	Atención Médica.....	17
2.2.18.	Atención Prehospitalaria.....	17
2.2.19.	Atención De Urgencias.....	17
2.2.20.	Estado Mínimo O Sin Deshidratación:.....	17
2.2.21.	Estado De Deshidratación Leve A Moderada	18
2.2.22.	Estado De Deshidratación Severa.....	19
2.2.23.	Planes De Tratamiento:	19
2.2.24.	Plan "A" (Tratamiento En El Hogar).....	20
2.2.25.	Manejo Del Paciente Con Diarrea Aguda Y Deshidratación Plan “B”.....	20
2.2.26.	Manejo Del Niño Con Diarrea Y Deshidratación Grave Plan “C”.....	20
2.2.27.	EDA y Desnutrición	21
2.2.28.	Consecuencias del Agua y Saneamiento	21
2.2.29.	Prevención y Control de la EDA.....	21
2.2.30.	Respuesta Sanitaria	22
2.3.	Marco legal	22
CAPITULO III		24
MARCO METODOLÓGICO		24
3.1.	Operacionalización de las variables.....	24
3.1.1.	Variable independiente.....	25
3.1.2.	Variable dependiente.....	25
3.2.	Enfoque metodológico	25
3.3.	Tipo de investigación.....	25
3.3.1.	Tipo descriptivo.....	25
3.3.2.	Tipo transversal	25
3.3.3.	Tipo retrospectivo	26

3.4. Método de investigación	26
3.4.1. Método analítico.....	26
3.4.2. Método estadístico.....	26
3.5. Población y muestra.....	26
3.5.1. Población	26
3.5.2. Muestra.....	27
3.6. Técnicas e instrumentos.....	27
3.6.1. Técnicas de análisis de Datos.....	27
CAPITULO IV	28
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
4.1. Resultados del objetivo específico 1.....	28
4.1.1. Identificar las características sociodemográficas de los niños menores de cinco años diagnosticados con EDA en el Centro de Salud Santa Lucía.....	28
4.2. Resultado del objetivo específico 2	31
4.2.1. Analizar la frecuencia de casos de EDA durante el periodo de enero a marzo de 2025 en el Centro de Salud Santa Lucía.	31
4.3. Resultado del objetivo específico 3	32
4.3.1. Describir el manejo clínico predominante en los casos atendidos por EDA en el Centro de Salud Santa Lucía.	32
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
5.1. Conclusiones	34
5.2. Recomendaciones	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por sexo de los casos registrados.....	28
Gráfico 2. Distribución por grupo etario	29
Gráfico 3. Procedencia de los casos registrados.....	30
Gráfico 4. Número total de casos registrados de EDA en menores de 5 años (enero-marzo 2025)	31
Gráfico 5. Tipo de tratamiento administrado.....	32

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 Distribución por sexo de los casos registrados.....	28
Tabla 2 Distribución por grupo etario	29
Tabla 3 Procedencia de los casos registrados	30
Tabla 4 Número total de casos registrados de EDA en menores de 5 años (enero-marzo 2025)	31
Tabla 5 Tipo de tratamiento administrado.....	32

ÍNDICE DE ANEXO

Anexo 1. Registro fotográfico del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (SSSRO) Centro de Salud Santa Lucia municipio de Bella Flor	38
Anexo 2. Toma de muestra a población objetivo que acude al Salud Santa Lucia municipio de Bella Flor	39

INTRODUCCIÓN

La presente monografía aborda de forma integral el fenómeno de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Santa Lucía durante el primer trimestre del año 2025.

El trabajo inicia con el capítulo I, en el que se define y contextualiza el problema investigado. En esta primera parte, se describe la situación actual de la EDA como una patología de alta incidencia en la población infantil boliviana, especialmente en zonas con condiciones sanitarias deficientes.

Se establece el contexto específico del Centro de Salud Santa Lucía, donde la problemática reviste particular importancia debido a factores ambientales, sociales y económicos que inciden en la salud de los menores. Además, se identifican las causas principales del problema, se formula la pregunta de investigación y se delimitan los objetivos que guiarán el estudio, tanto a nivel general como específico. Este capítulo también justifica la relevancia científica, sanitaria y social de abordar la EDA desde una perspectiva epidemiológica local.

El capítulo II desarrolla el marco teórico referencial que sustenta la investigación. En esta sección se conceptualiza la Enfermedad Diarreica Aguda, detallando sus principales características clínicas, agentes etiológicos, formas de transmisión y factores de riesgo en niños menores de cinco años.

Asimismo, se expone una revisión de la literatura científica actual, tanto a nivel nacional como internacional, que respalda la comprensión del problema. Se abordan teorías y enfoques relevantes para el análisis epidemiológico y clínico de la EDA, incluyendo el rol de los determinantes sociales de la salud y las medidas preventivas recomendadas por organismos internacionales como la OMS y la OPS.

Este capítulo proporciona el sustento académico necesario para comprender la magnitud del problema y establecer las bases conceptuales para el análisis de los datos.

En su desarrollo de capítulo III se presenta el marco metodológico, donde se expone el enfoque científico que guía la investigación. Se detalla el tipo de estudio realizado, de naturaleza cuantitativa y descriptiva, orientado a determinar la prevalencia de EDA en la población objetivo.

También se describe el diseño metodológico, el universo y la muestra, las técnicas de recolección de datos utilizadas, así como los procedimientos de análisis.

Esta sección garantiza la validez y la confiabilidad de los resultados, ya que explica con claridad el proceso seguido para la obtención de la información, respetando criterios éticos y científicos en su ejecución.

Concerniente al capítulo IV contiene los resultados de la investigación, los cuales son expuestos de manera objetiva y sistemática. En este apartado se presenta la información obtenida sobre la prevalencia de casos de EDA registrados entre enero y marzo de 2025 en el Centro de Salud Santa Lucía. Los datos se analizan en función de variables como la edad, el sexo, el tipo de tratamiento recibido y la frecuencia de recurrencia, entre otros factores relevantes.

A partir de esta información se identifican patrones, tendencias y posibles factores asociados a la aparición de la enfermedad en la población infantil analizada.

Por último, el Capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. En las conclusiones se sintetizan los hallazgos más importantes de la investigación, destacando la magnitud de la EDA como problema de salud pública en el contexto local.

Asimismo, se formulan recomendaciones dirigidas a las autoridades sanitarias, al personal del Centro de Salud Santa Lucía y a la comunidad en general, orientadas a mejorar las condiciones de prevención, atención y seguimiento de esta enfermedad. Estas sugerencias buscan contribuir al diseño de estrategias más eficaces de intervención y educación sanitaria, con el fin de reducir la incidencia y el impacto de la EDA en la población infantil vulnerable.

CAPITULO I

PROBLEMA INVESTIGADO

1.1.Planteamiento del problema

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo, constituyendo un serio problema de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo con limitaciones en infraestructura sanitaria, acceso al agua potable y servicios básicos de saneamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), cada año se producen aproximadamente 1.700 millones de casos de diarrea infantil en menores de cinco años, y cerca de 525.000 muertes atribuibles a esta enfermedad.

A nivel mundial, la EDA muestra una distribución desigual, concentrándose en regiones con climas tropicales y subtropicales, donde factores como la pobreza, el hacinamiento y la falta de higiene favorecen su propagación. En América Latina, la situación es particularmente crítica en zonas rurales y periurbanas, donde la infraestructura sanitaria es deficiente. Datos recientes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2024) indican que el 35% de los niños latinoamericanos menores de cinco años ha experimentado al menos un episodio de diarrea en el último año.

En el contexto boliviano, la EDA continúa siendo una de las primeras causas de consulta y hospitalización en menores de cinco años, a pesar de los avances en cobertura sanitaria y campañas de rehidratación oral. El Ministerio de Salud (2024) reporta que, entre enero y marzo de 2024, se registraron más de 25.000 casos de EDA en niños menores de cinco años, con mayor incidencia en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Pando.

El departamento de Pando, por sus características geográficas y socioeconómicas, constituye una región de alta vulnerabilidad frente a enfermedades infecciosas como la EDA. Su clima cálido y húmedo, la frecuente contaminación de fuentes de agua y el acceso limitado a servicios básicos convierten a esta zona en un entorno propicio para la aparición de brotes diarreicos.

Según el Servicio Departamental de Salud (SEDES Pando, 2024), Cobija y sus alrededores reportan tasas de incidencia superiores a la media nacional, especialmente durante la temporada de lluvias.

1.1.1. Descripción de la situación del problema

La Enfermedad Diarreica Aguda en el municipio de Cobija representa un problema sanitario complejo, en el que convergen factores biológicos, ambientales, sociales y estructurales. El Centro de Salud Santa Lucía, ubicado en una zona periurbana de rápido crecimiento poblacional, atiende a una gran cantidad de niños menores de cinco años expuestos a condiciones precarias de vivienda, escaso acceso a agua segura y ausencia de infraestructura sanitaria adecuada.

Durante la temporada de lluvias (enero a marzo), el riesgo de enfermedades transmitidas por agua contaminada aumenta significativamente, debido al desbordamiento de fuentes naturales, contaminación de pozos y proliferación de bacterias, virus y parásitos intestinales. En estas condiciones, los menores de cinco años constituyen la población más vulnerable, por su inmadurez inmunológica y mayores requerimientos de hidratación.

La revisión de las historias clínicas en el Centro de Salud Santa Lucía durante el primer trimestre de 2025 evidenció que la mayoría de los casos provenían de sectores rurales o periurbanos, donde persisten deficiencias en los servicios básicos. Las madres o cuidadores presentan escaso conocimiento sobre medidas preventivas de higiene, manipulación de alimentos y rehidratación oral, lo que agrava el cuadro clínico de los niños afectados.

Además, los determinantes sociales como el bajo nivel educativo, la pobreza extrema y la falta de acceso oportuno a los servicios de salud influyen directamente en la aparición, duración y complicaciones asociadas a la EDA. En este sentido, las comunidades del área de influencia del Centro de Salud Santa Lucía enfrentan un riesgo continuo de brotes diarreicos, que afectan no solo la salud infantil, sino también el bienestar general del entorno familiar y comunitario.

La EDA en menores de cinco años no solo refleja una problemática médica, sino también un conjunto de condiciones estructurales que perpetúan la vulnerabilidad infantil en contextos de pobreza y exclusión social. El análisis de esta realidad permite dimensionar la urgencia de intervenciones multisectoriales enfocadas en la prevención, educación sanitaria y mejora de las condiciones de vida.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Santa Lucía, durante el periodo de enero a marzo de 2025?

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temática

El estudio se centra en la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) como problema de salud pública en niños menores de cinco años.

1.2.2. Delimitación Temporal

El periodo de estudio comprende los meses de enero a marzo de la gestión 2025.

1.2.3. Delimitación Espacial

La investigación se desarrolla en el Centro de Salud Santa Lucía, ubicado en el municipio de Bella Flor que pertenece al departamento de Pando, Bolivia.

1.3. Objeto del Estudio

Determinar la prevalencia de la Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años que acuden al Centro de Salud Santa Lucía durante el primer trimestre del año 2025.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Santa Lucía, durante el periodo de enero a marzo de 2025.

1.4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las características sociodemográficas de los niños menores de cinco años diagnosticados con EDA en el Centro de Salud Santa Lucía.

- ✓ Analizar la frecuencia de casos de EDA durante el periodo de enero a marzo de 2025 en el Centro de Salud Santa Lucía.
- ✓ Describir el manejo clínico predominante en los casos atendidos por EDA en el Centro de Salud Santa Lucía.

1.5. Justificación del Tema

1.5.1. Justificación teórica

Las diarreas son un síntoma común a varias enfermedades y motivo frecuente de consulta médica. Es un problema de Salud Pública en los países en desarrollo, por su alta carga de morbilidad y mortalidad. En muchos países puede verse una frecuencia estacional, es decir es más frecuente en los meses de verano.

La definición precisa de diarreas es difícil de dar, ya que la frecuencia de las deposiciones varía de acuerdo con patrones socioeconómicos y culturales establecidos y las condiciones higiénicas desempeñan un papel fundamental. Son más frecuentes en los países donde predominan las condiciones de vida desfavorables, con hacinamiento, falta de agua potable y deficiente cobertura de los servicios de salud.

La investigación de la monografía reviste gran importancia sanitaria y social, ya que permitirá obtener información epidemiológica relevante sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en un grupo poblacional altamente vulnerable: los niños menores de cinco años.

Al enfocarse en el Centro de Salud Santa Lucía, se podrá analizar de forma puntual las condiciones locales que podrían estar facilitando la persistencia o aumento de los casos.

1.5.2. Justificación social

Las condiciones sociales, económicas y educacionales son factores determinantes en la incidencia de la enfermedad diarreica aguda, como sabemos en los países donde no hay calidad de salud, educación y economía seguramente la población sufrirá de patologías como las EDA,s. Es importante mencionar que la enfermedad diarreica aguda es un grave problema de salud que necesita atención especial, la falta de atención básica eleva los índices de mortalidad infantil

principalmente los que viven en zonas más alejadas donde saneamiento básico ni atención adecuada de salud. Los factores de riesgo como agua no tratada, mala higiene, alimentos contaminados son los precursores de la aparición de las EDA,s

Como estudiantes de medicina del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (S.S.S.R.O.), este trabajo contribuirá a fortalecer nuestras capacidades investigativas y nuestra comprensión sobre las principales patologías que afectan a la niñez en contextos vulnerables.

Asimismo, permitirá a la comunidad beneficiarse con información útil para mejorar la prevención y el manejo de esta enfermedad.

1.5.3. Justificación práctica

Para la institución del Centro de Salud Santa Lucía, los resultados obtenidos servirán como herramienta de apoyo para la planificación y ejecución de intervenciones de salud pública, optimización de recursos y diseño de estrategias preventivas efectivas. Además, brindará elementos concretos que podrán ser utilizados por personal médico y de enfermería en la toma de decisiones clínicas y administrativas.

El trabajo se constituye como una contribución directa de la carrera de medicina de la Universidad Universidad Amazónica de Pando, generando conocimiento situado y relevante para la formación de profesionales de la salud comprometidos con la realidad regional.

CAPITULO II

MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Definiciones en referencia al tema

2.1.1.1. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La Enfermedad Diarreica Aguda es un síndrome clínico caracterizado por la emisión de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas en un período menor de 24 horas, que puede estar acompañado de fiebre, vómito o signos de deshidratación, y cuya duración no supera los 14 días. (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

2.1.1.2. Prevalencia

La prevalencia es la proporción de individuos en una población que presentan una enfermedad o condición específica en un momento determinado o durante un periodo de tiempo concreto, expresada generalmente en porcentaje. (Diccionario de Epidemiología de Porta, 2021)

2.1.1.3. Deshidratación

La deshidratación es la pérdida excesiva de agua y electrolitos del organismo, habitualmente causada por diarreas intensas, vómitos o fiebre prolongada, lo que puede comprometer funciones vitales, especialmente en la infancia. (Diccionario Médico de Stedman, 2020)

2.1.1.4. Menores de 5 años

Se considera como población menor de 5 años a los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 59 meses de vida, etapa crítica en el desarrollo humano donde el sistema inmunológico aún está en formación. (UNICEF, 2023)

2.1.5. Agua potable

Se denomina agua potable a aquella que puede ser consumida por el ser humano sin riesgos para su salud, al estar libre de microorganismos patógenos, sustancias tóxicas o contaminantes físicos, químicos o biológicos. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

2.1.6. Higiene

La higiene se refiere al conjunto de prácticas y condiciones que contribuyen a preservar la salud y prevenir enfermedades, incluyendo el lavado de manos, limpieza de utensilios y el tratamiento seguro del agua. (Diccionario de Ciencias de la Salud, Elsevier, 2021)

2.2. Marco teórico

2.2.1. Definición y Clasificación

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se define como la expulsión de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas en un periodo de 24 horas, con una duración inferior a 14 días. Es un trastorno gastrointestinal que puede presentarse con síntomas como vómito, fiebre, dolor abdominal y signos clínicos de deshidratación, y se considera una de las principales causas de enfermedad y muerte en niños menores de cinco años, particularmente en contextos de pobreza o exclusión social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Desde el punto de vista clínico, la EDA se clasifica en tres tipos:

- ✓ **Diarrea acuosa aguda**, de inicio súbito, como en el caso del cólera.
- ✓ **Diarrea con sangre (disentería)**, generalmente causada por *Shigella* u otros agentes invasivos.
- ✓ **Diarrea persistente**, que dura más de 14 días y aunque escapa a la categoría de “aguda”, se analiza por sus implicaciones crónicas.

El Ministerio de Salud de Bolivia (2024) ha registrado que las infecciones gastrointestinales figuran entre las diez causas más frecuentes de atención médica en servicios de salud de primer

nivel, afectando con mayor intensidad a menores de cinco años debido a su sistema inmunológico inmaduro.

2.2.2. Agentes Etiológicos

La EDA es una enfermedad infecciosa de origen multifactorial, causada por:

- ✓ **Virus:** El rotavirus es históricamente el más común, aunque su incidencia ha disminuido en países con vacunación sistemática. Norovirus, astrovirus y adenovirus siguen siendo importantes causantes de brotes.
- ✓ **Bacterias:** Incluyen a *Escherichia coli* (enterotoxigénica y enteroagregativa), *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* y *Vibrio cholerae*. Estas bacterias suelen estar asociadas al consumo de agua contaminada y deficiente higiene alimentaria.
- ✓ **Protozoarios:** Como *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica* y *Cryptosporidium*, son frecuentes en zonas rurales o periurbanas donde las condiciones sanitarias son precarias.

El análisis etiológico es esencial para establecer medidas terapéuticas adecuadas y para la implementación de políticas sanitarias preventivas (PAHO, 2023).

2.2.3. Factores Determinantes de la EDA

Diversos factores influyen en la aparición y persistencia de la EDA, especialmente en niños pequeños:

- ✓ **Factores ambientales:** Agua no potable, saneamiento inadecuado, contaminación de alimentos, y hacinamiento.
- ✓ **Factores biológicos y sociales:** Desnutrición, falta de lactancia materna exclusiva, bajo nivel educativo de los cuidadores, y pobreza estructural.
- ✓ **Acceso a servicios de salud:** La distancia geográfica, barreras económicas y culturales dificultan la atención oportuna.

La UNICEF (2024) destaca que la exclusión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida puede aumentar en un 80% el riesgo de enfermedades diarreicas.

Asimismo, la desnutrición severa puede multiplicar por diez la probabilidad de complicaciones graves.

2.2.4. Diarreas

Se definen como el aumento brusco en el número de las deposiciones, un aumento en el volumen usual o un cambio en la consistencia de las mismas.

En el marco de las definiciones, debemos mencionar que puede ser intermitente cuando se presenta por remisiones y exacerbaciones y persiste en forma ininterrumpida.

Enfermedad diarreica aguda (EDA) es todo proceso mórbido, cualquiera que sea su causa que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas y puede acompañarse o no de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido básico.

2.2.5. La diarrea se la clasifica de la siguiente manera

2.2.5.1. Según su duración

- Diarreas Agudas: duración menor a 14 días
- Diarreas Persistentes: diarrea aguda que dura mayor a 14 días
- Diarreas Crónicas: diarrea de larga duración recurrente no es de causa infecciosa

2.2.5.2. Por presencia de sangre

- Diarrea disintérica presencia de moco y sangre visible (estrías)
- Diarrea acuosa líquida diarrea secretora abundante contenido líquido, no sangre
- Diarrea líquida sin sangre visible abundante diarrea osmótica grave alteración del mecanismo de absorción intestinal. (EDUCACION MEDICA CONTINUA, 2019)

2.2.6. Mecanismos de Producción:

Según su mecanismo de producción la causa de cualquier diarrea es el Trastorno del transporte de solutos a través de las membranas intestinales, el movimiento del agua a través de dichas membranas es pasivo y está determinado por los flujos activos y pasivos de los solutos, sobre

todo del sodio, el cloro y la glucosa. La patogenia de la mayor parte de los episodios de diarrea se puede explicar mediante alteraciones secretorias, osmóticas o de la motilidad, o bien por cualquier combinación de ellas.

2.2.7. Diarrea Secretoria.

Suele ser causada por algún secreta gogo (Ej. Toxina del cólera) que se une a un receptor en el epitelial de superficie intestinal y que por lo tanto estimula la acumulación intracelular de AMPc o GMPc. Algunos ácidos grasos y sales biliares intraluminales hacen que la mucosa del colón secrete a través de este mecanismo.

2.2.8. Diarrea Osmótica:

Aparece tras la ingestión de solutos insuficientemente absorbidos. El soluto puede ser cualquiera que normalmente no se absorbe bien.

Las diarreas osmóticas suelen tener un volumen menor y desaparecen con el ayuno.

2.2.9. Los trastornos de la motilidad pueden ser por:

- ❖ **Aumento de la motilidad** (Ej. Síndrome de Intestino Irritable, Tirotoxicosis)
- ❖ **Retardo de la motilidad** (Ej. Crecimiento bacteriano excesivo), estos generalmente no se acompañan de una diarrea de gran volumen
- ❖ **Defecto de la permeabilidad intestinal** (Enfermedad Celiaca).

2.2.10. Mecanismos combinados:

Disminución de la superficie e invasión de la mucosa el primero se produce por una disminución de la capacidad funcional, las heces son acuosas, se ve en el síndrome del intestino corto y puede requerir una dieta elemental más alimentación parenteral, en la segunda existe inflamación y disminución de la motilidad, las heces son con sangre los leucocitos son numerosos.

2.2.11. Etiología De La Enfermedad Diarreica Aguda:

2.2.12. Cuadro Clínico:

Ante la presencia de un paciente con Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se debe indagar las características de las deposiciones, presencia de otros síntomas acompañantes, náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre, mialgias, tenesmo rectal y ardor perianal, así como la existencia de otras personas con cuadros clínicos similares y su relación con la ingestión de alimentos posiblemente contaminados. Generalmente el comienzo es brusco, la mayor parte de los episodios de diarrea aguda remiten espontáneamente y duran de 3 a 7 días, no obstante, el personal médico debe tener en cuenta los grupos de alto riesgo:

1. Niños a los que se ha suspendido la lactancia materna exclusiva.
2. Personas que viven en condiciones de hacinamiento.
3. Niños y personal que coexisten en círculos infantiles u otra institución infantil.
4. Inmunodepresión.
5. Ancianos.
6. Pacientes que reciben tratamiento con esteroides e inmunodepresores.
7. Trabajadores sexuales.
8. Personas positivas al VIH.

Es de vital importancia la realización de interrogatorio y examen físico minucioso que proporcione datos de gran valor para la orientación etiológica.

En el examen físico del paciente es necesario valorar los siguientes aspectos:

- Estado nutricional del paciente mediante el examen físico y la toma de peso y talla
- Lesiones cutáneas bucales de avitaminosis.
- Existencia o no de fiebre.
- Palidez Cutáneo mucosa.
- Abdomen globuloso.
- Hiperperistaltismo.
- Timpanismo o matidez.
- Tumoración abdominal.
- Prolapso rectal.

Una alta proporción de niños que evolucionan hacia un curso prolongado presentan ya altas tasas fecales y deshidratación iterativa a los 5-7 días de evolución intrahospitalaria.

2.2.13. Complicaciones De La Diarrea Aguda

La deshidratación con acidosis es la complicación más común de la diarrea aguda. La mayoría de las diarreas que causan excesivas pérdidas de líquidos resultan en una concentración isotónica de los espacios corporales (hiponatremia). En niños desnutridos o con diarrea crónica o repetida, tiende a producirse hiponatremia. La deshidratación hipernatremia, por otra parte, se ve raramente en la actualidad y su tratamiento requiere de una corrección de la deshidratación más lenta y controlada.

Las complicaciones digestivas son: fleo paralítico, invaginación intestinal, enteritis necrotizante, neumatosis quística intestinal, peritonitis, apendicitis, déficit transitorio de disacaridasas, enteropatía perdedora de proteínas.

Complicaciones renales, infección urinaria, trombosis de la vena porta, necrosis cortical bilateral, papilitis necrotizante, síndrome hemolítico urémico.

Complicaciones neurológicas, meningoencefalitis tóxica, meningoencefalitis purulenta, trombosis de los senos venosos, absceso cerebral. Entre las complicaciones cardiovasculares se encuentran miocarditis y shock, hematológicas: septicemia, endocrinas; insuficiencia suprarrenal aguda, etc.

2.2.14. Exámenes Complementarios:

Entre los complementarios fundamentales a realizar:

- Hemograma
- Orina
- Heces fecales seriados (3 muestras)
- Coprocultivo
- Determinación de leucocitos polimorfos nucleares en heces
- Gram. en heces
- Intubación duodenal

Se pueden indicar otras pruebas en dependencia de los síntomas: ionograma, gasometría, osmolaridad del plasma y otras.

2.2.15. Tratamiento:

2.2.15.1. Profiláctico:

- ❖ Mantener la lactancia materna exclusiva por 6 meses
- ❖ Evitar el destete precoz.
- ❖ Educación Sanitaria a las madres para mejorar sus conocimientos dietéticos, no dar más de un litro de leche al día, buena preparación de la leche.
- ❖ Mantener las medidas de higiene en el hogar.
- ❖ Promover la asistencia a las consultas programadas.

2.2.15.2. Dietético en la diarrea aguda:

- Mantener la lactancia materna
- Se debe interrumpir el consumo del alimento o fármaco responsable.
- Proporcionar una ingesta adecuada de líquidos y electrolitos con la finalidad de lograr la repleción de volumen y mantenerla. En estos casos están indicadas las sales de rehidratación oral.
- La rehidratación se basa en la restitución de la cantidad de agua, glucosa y electrolitos que se pierden a causa de la diarrea y es la primera medida a poner en marcha una vez diagnosticada. La OMS y la UNICEF recomiendan la siguiente fórmula de rehidratación por vía oral:

- ✓ Agua, 1 litro
- ✓ Glucosa 20 gramos
- ✓ Cloruro sódico, 3,5 gramos
- ✓ Cloruro potásico, 1,5 gramos
- ✓ Bicarbonato sódico, 2,5 gramos

Esta fórmula está comercializada en todos los países del mundo de forma estándar, en sobrecitos que hay que verter en una jarra con un litro de agua, agitar hasta su disolución y comenzar a

beber inmediatamente, en pequeñas cantidades cada 1-2 horas. Pero a falta de esta posibilidad, existe el recurso de preparar una fórmula muy similar en casa, con lo siguiente:

- ✓ Agua, 1 litro
- ✓ Azúcar (para la glucosa), dos cucharadas soperas
- ✓ Sal (para el cloruro sódico), media cucharada de café
- ✓ Bicarbonato, media cucharada de café
- ✓ El zumo de un limón mediano (para el potasio)

En casos menos graves se pueden consumir jugos de frutas u otras bebidas capaces de corregir la depleción de volumen, Ej. Bebidas carbonatadas descafeinadas, té y caldo con pan tostado.

- ✓ La ingesta nutricional se ve con frecuencia limitada, por tanto la dieta aporta de forma transitoria una cantidad suficiente de nutrientes en comparación con los Aportes Dietéticos Recomendados (ADR).
- ✓ Modificar dieta para mayor comodidad del paciente.

Cuando la diarrea ha comenzado a ceder y se ha restaurado el volumen de líquido se puede iniciar la alimentación, la progresión de una dieta blanda baja en grasa y fibra dietética hasta una normal, se debe extender durante 2 ó 3 días, según tolerancia.

Las comidas frecuentes y poco copiosas se toleran mejor y contribuyen a una ingesta nutricional más adecuada, la leche y sus derivados se añaden con precaución en casos de diarrea infecciosa ya que puede haber lesionado la mucosa de intestino delgado y producirse una disminución transitoria de la actividad de la lactasa. (OPS/OMS, 2012)

2.2.16. Administración

2.2.16.1. Farmacoterapia

Las vacunas (por ejemplo, el rotavirus) pueden ayudar a aumentar la resistencia a la infección. Se pueden usar agentes antimicrobianos y antiparasitarios para tratar la diarrea causada por organismos

específicos y / o circunstancias clínicas.

2.2.17. Atención Médica

La diarrea de inicio agudo suele ser autolimitada; sin embargo, la infección aguda puede tener un curso prolongado. El manejo generalmente es de apoyo: en la mayoría de los casos, la mejor opción para el tratamiento de la diarrea de aparición aguda es el uso temprano de la terapia de rehidratación oral.

2.2.18. Atención Prehospitalaria

Los niños con diarrea aguda (gastroenteritis aguda) muy pocas veces requieren acceso intravenoso (IV). En aquellos que presentan colapso circulatorio debido a deshidratación severa o sepsis, se debe obtener acceso por vía intravenosa y luego debe administrarse un bolo inmediato de 20

ml/kg de solución salina normal.

2.2.19. Atención De Urgencias

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan la solución de rehidratación oral (SRO) como el tratamiento de elección para los niños con síntomas leves a moderados.

- Pacientes con hidratación leve a moderada encontró que, son tratados con SRO, en comparación

con la rehidratación intravenosa, tienen una reducción significativa en la duración de la estancia hospitalaria y menos eventos adversos, incluidas convulsiones y muerte.

- La atención inicial en el servicio de urgencias debe centrarse en la corrección de la deshidratación. El tipo y la cantidad de líquido administrados deben reflejar el grado de deshidratación en el niño.

2.2.20. Estado Mínimo O Sin Deshidratación:

1. No se requiere tratamiento inmediato.

2. Continuar amamantando con más frecuencia de lo habitual y durante más tiempo en cada alimentación

3. Situación en que el niño no recibe lactancia materna exclusiva:

3.1 Administrar líquidos de mantenimiento oral (incluida agua limpia, sopa, agua de arroz, bebida de yogur u otro líquido culturalmente apropiado) a una tasa de aproximadamente 500 ml/día para niños menores de 2 años. 1000 ml/día para niños de 2 a 10 años y 2000 ml/día para niños mayores de 10 años.

4. Además, las pérdidas de líquidos en curso deben reemplazarse con 10 ml/kg de peso corporal de SRO adicional por cada deposición suelta y 2 ml/kg de peso corporal de SRO adicional por cada episodio de emesis (para niños amamantados y no amamantados).

- Se recomienda en casos de deshidratación mínima o leve ofrecer jugo de manzana semicurvo seguido de sus bebidas preferidas.

2.2.21. Estado De Deshidratación Leve A Moderada

1. Calcular la administrar del SRO a 50-100 ml/kg, por un período de 2 a 4 horas para reemplazar su déficit estimado de líquidos.

2. Las pérdidas en curso se tratan, calculando 10 mL/kg/peso corporal, por cada deposición y 2 ml/kg de peso corporal por cada episodio de vómito.

3. Después de la fase de rehidratación inicial, los pacientes pueden pasar a los líquidos de mantenimiento.

4. La mejor técnica de administración del SRO es a través de una cucharadita, una jeringa o un gotero, la velocidad de administración es de 5 mL cada 60 a 120 segundos. (si mejora la tolerancia, el SRO se puede aumentar lentamente).

3. Intolerancia y rechazo al SRO por vía oral, la administración se hace mediante una sonda nasogástrica.

La evidencia actual ha demostrado que la rehidratación a través de SNG es tan eficaz como la rehidratación intravenosa, además de ser más beneficiosa y con menos eventos adversos.

4. Cada paciente es reevaluado con la frecuencia necesaria, de acuerdo al estado del paciente.

2.2.22. Estado De Deshidratación Severa

Es una emergencia médica que debe ser atendida de forma inmediata para lograr la reanimación metabólica mediante la administración de soluciones polielectrolíticas mediante una vía venosa, la solución preferida es la solución de Hartmann (lactato de Ringer): Lactato de Ringer Na mmol/L K mmol/L Lactato mmol/L Cl mmol/L Glucosa

1. Acceso por vía intravenosa

2. Primera carga 20-30 mL/kg de lactato de ringer, pasar en 60 min 3. Segunda carga 20-30 mL/kg de

lactato de ringer, pasar en 60 min

4. Después de esto, el paciente debe recibir una infusión de 70 ml/kg LR durante 5 horas (niños <12 meses) o 2,5 horas (niños mayores).

5. Si no hay venas periféricas disponibles, se debe colocar una línea intraósea.

6. Se deben analizar los niveles de electrolitos, bicarbonato, urea/ creatinina y glucosa en suero.

7. Recuperado el paciente y el estado mental vuelve a la normalidad, la rehidratación debe continuar

con la SRO como se describe anteriormente, ya que se ha demostrado que disminuye la tasa

de hiponatremia e hipernatremia en comparación con la rehidratación

intravenosa.

2.2.23. Planes De Tratamiento:

2.2.23.1. Existen 3 Planes De Tratamiento:

- ❖ Plan "A": para prevenir la deshidratación (tratamiento en el hogar)
- ❖ Plan "B": para tratar la deshidratación por vía oral
- ❖ Plan "C": para tratamiento rápido de choque por deshidratación.

2.2.24. Plan "A" (Tratamiento En El Hogar)

Para tratar al niño con diarrea sin deshidratación se aplica el plan "A", se capacita al responsable del cuidado del paciente con enfermedad diarreica, para continuar su tratamiento en el hogar y para iniciarlo en forma temprana en futuros episodios de diarrea, aplicando el ABC de las diarreas a continuación se menciona:

- A) Continuar con la alimentación habitual.
- B) Aumentar líquidos y ofrecer vía suero oral (bebidas abundantes).
- C) Reconocer los signos de deshidratación y otros de alarma (consultas efectivas).

Si la madre o responsable del menor, lleva un adecuado manejo efectivo en el hogar y sepa identificar los signos de deshidratación y alarma, podrá evitar consigo complicaciones y la muerte del menor.

2.2.25. Manejo Del Paciente Con Diarrea Aguda Y Deshidratación Plan “B”.

1. Iniciar administrando SRO en un periodo de 4 horas de forma continua con taza o cuchara, 50-100 ml/Kg. de peso en 4 horas
2. Evaluar c/2h. Después de 4h de tratamiento si no hay signos de deshidratación pasar al Plan A. Si continua con deshidratación repetir el Plan B por 2 horas. Si cambio a deshidratación severa pasar al Plan C

2.2.26. Manejo Del Niño Con Diarrea Y Deshidratación Grave Plan “C”

1. En caso de shock iniciar la administración endovenosa de solución salina al 9 por mil 20 ml/Kg hasta por 2 veces luego continuar con solución poli electrolítica (SPE)
2. En caso de diarrea grave sin shock iniciar la administración de SPE: 100 ml/Kg. En 3 horas - 1era hora: 50 ml/Kg. - 2da hora: 25 ml/Kg. - 3era hora: 25 ml/Kg.
3. Iniciar TRO precozmente. Requisito que el paciente este consciente, lo cual generalmente ocurre entre la 1era y 2da hora de iniciada la terapia endovenosa Si tolera la vía oral pasar al Plan B. (Duarte, 2014)

4. Si no es posible vía oral, se pasa a la fase de mantenimiento una vez incluida la reposición del déficit previo. Se repone las perdidas actuales más los requerimientos básicos de agua electrolitos se calculan en base al requerimiento calórico.

2.2.27. EDA y Desnutrición

Existe una relación bidireccional entre EDA y desnutrición. Los episodios diarreicos impiden la absorción de nutrientes como el zinc, hierro y vitamina A, mientras que los niños desnutridos presentan una menor respuesta inmunológica ante los agentes infecciosos. Este ciclo se repite especialmente en comunidades vulnerables, afectando no solo la salud, sino también el desarrollo físico y cognitivo de los menores.

Según el Banco Mundial (2023), el 25% de los casos de retraso en el crecimiento infantil en países de bajos ingresos están relacionados con diarreas recurrentes durante los primeros dos años de vida.

2.2.28. Consecuencias del Agua y Saneamiento

El acceso a fuentes seguras de agua potable y servicios de saneamiento adecuados representa un factor crítico. La OMS (2024) estima que el 88% de los casos de enfermedades diarreicas en países en desarrollo están directamente relacionados con el agua contaminada y la falta de higiene. La exposición constante a patógenos ambientales aumenta la carga de enfermedad en la infancia y compromete la salud comunitaria.

2.2.29. Prevención y Control de la EDA

Las estrategias de prevención de la EDA deben incluir:

- ✓ Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- ✓ Acceso a agua potable y disposición adecuada de excretas.
- ✓ Educación sanitaria sobre higiene personal y de alimentos.
- ✓ Programas de vacunación contra rotavirus.

Para el tratamiento clínico, la piedra angular continúa siendo la terapia de rehidratación oral (TRO), la cual previene la deshidratación y reduce significativamente la mortalidad. La administración complementaria de zinc (10–14 días) también ha demostrado beneficios en la reducción de la duración del episodio diarreico (OMS, 2024). En situaciones de deshidratación severa, es indispensable la rehidratación intravenosa y seguimiento hospitalario.

2.2.30. Respuesta Sanitaria

En Bolivia, las políticas públicas han intentado abordar la EDA mediante estrategias intersectoriales. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha logrado coberturas aceptables de vacunación contra rotavirus. Sin embargo, aún persisten desafíos, especialmente en regiones rurales y periurbanas donde el acceso a agua potable y saneamiento sigue siendo limitado (Ministerio de Salud, 2024).

Estudios epidemiológicos en departamentos como Pando muestran que los factores estructurales como pobreza, informalidad laboral, y baja escolaridad– perpetúan la prevalencia de EDA,

2.3. Marco legal

El presente estudio se fundamenta en las siguientes normas legales y políticas nacionales del Estado Plurinacional de Bolivia, que respaldan la protección de la salud infantil y el control de enfermedades transmisibles como la EDA.

La Constitución Política del Estado (2009) El artículo 18 establece que “todas las personas tienen derecho a la salud”, y el artículo 44 garantiza el derecho de niñas y niños a la atención integral en salud, con prioridad frente a otros grupos poblacionales, siendo obligación del Estado garantizar su protección ante enfermedades prevenibles.

En la Ley N.º 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (2013) Esta norma asegura la atención gratuita en salud a las personas que no cuenten con seguro, priorizando a los grupos vulnerables como niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y adultos mayores, con un enfoque preventivo y curativo frente a enfermedades frecuentes como las diarreicas.

También la Ley N.º 777 del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) (2016) Establece que la planificación del desarrollo debe considerar políticas de salud pública orientadas a la reducción de enfermedades transmisibles y no transmisibles, con énfasis en la salud materno-infantil.

La Norma Técnica del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) Aunque orientada principalmente a la vacunación, esta normativa del Ministerio de Salud también incorpora estrategias de prevención de enfermedades entéricas mediante acciones complementarias como la promoción de la lactancia materna exclusiva, higiene y acceso a agua segura.

El Plan Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) El modelo SAFCI promueve la atención integral en salud con enfoque preventivo, priorizando la vigilancia epidemiológica comunitaria de enfermedades prevalentes en la infancia, entre ellas la diarrea aguda.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI, OMS, 2005, actualizado 2016) Aunque de alcance global, el RSI, al cual Bolivia está adherido, obliga al monitoreo y respuesta a brotes de enfermedades transmisibles como las enfermedades diarreicas agudas, promoviendo la vigilancia y reporte desde los centros de salud locales.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Operacionalización de las variables

La operacionalización de variables permite transformar los conceptos teóricos en dimensiones medibles, facilitando el análisis de los fenómenos estudiados (Hernández, Fernández & Baptista, 2021).

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Técnica / Instrumento
Enfermedad Diarreica Aguda	Identificar las características sociodemográficas de los niños menores de cinco años diagnosticados con EDA en el Centro de Salud Santa Lucía.	Número de casos por mes	Nominal	Revisión documental / ficha
		Edad del paciente	Rango etario	Nominal
		Sexo del paciente	Masculino / Femenino	Nominal
		Tipo de diarrea (acuosa, disentería)	Clínica	Nominal
	Describir el manejo clínico predominante en los casos atendidos por EDA en el Centro de Salud Santa Lucía.	Procedencia	Zona urbana/rural	Nominal
		Tratamiento aplicado	TRO / Zinc / Otros	Nominal

Fuente: Elaboración propia

En este estudio, se identifican dos variables principales: la variable independiente y la variable dependiente.

3.1.1. Variable independiente

Enfermedad Diarreica Aguda.

3.1.2. Variable dependiente

Características sociodemográficas, frecuencia de casos, manejo clínico.

3.2. Enfoque metodológico

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, ya que se apoya en la recopilación y análisis de datos numéricos con el propósito de establecer patrones y frecuencias de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años.

Este enfoque permite la objetividad, la precisión y la generalización de los resultados en función de la realidad observada. Según Hernández Sampieri (2023), el enfoque cuantitativo se caracteriza por ser sistemático, empírico y objetivo en el estudio de fenómenos, lo cual es adecuado cuando se desea medir variables y examinar relaciones entre ellas en poblaciones específicas.

3.3. Tipo de investigación

El tipo de estudio que se desarrolló es descriptivo, transversal y de corte retrospectivo.

3.3.1. Tipo descriptivo

Es descriptivo porque busca caracterizar y detallar la prevalencia y distribución de la EDA en menores de cinco años, considerando variables como edad, sexo, frecuencia de casos y otros factores epidemiológicos asociados.

3.3.2. Tipo transversal

Es transversal ya que los datos fueron recolectados en un periodo de tiempo determinado en esta circunstancia de enero a marzo de 2025.

3.3.3. Tipo retrospectivo

Y es retrospectivo porque la información fue obtenida de registros clínicos ya existentes, pertenecientes a los archivos médicos del Centro de Salud Santa Lucía.

Este tipo de investigación permite generar un panorama situacional de la problemática en un tiempo determinado, sin necesidad de intervenir directamente en los fenómenos estudiados (Arias, 2022).

3.4. Método de investigación

Se aplicó el método analítico y el método estadístico. Ambos métodos fueron seleccionados por su capacidad de sistematizar y evaluar cuantitativamente los datos recolectados, lo que contribuyó al logro de los objetivos de la investigación.

3.4.1. Método analítico

El método analítico permitió descomponer y examinar las características de los casos registrados, relacionando variables como edad, sexo, procedencia y diagnóstico clínico.

3.4.2. Método estadístico

El método estadístico facilitó el tratamiento de los datos a través de frecuencias, porcentajes y representaciones gráficas para establecer tendencias y patrones de prevalencia.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por todos los menores de cinco años que asistieron al Centro de Salud Santa Lucía durante el primer trimestre del año 2025 (enero, febrero y marzo) y que presentaron diagnóstico médico de enfermedad diarreica aguda registrado en el sistema de salud.

3.5.2. Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia, compuesta por la totalidad de casos que cumplieron con los criterios de inclusión durante el período de estudio.

El criterio de inclusión consideró:

- ✓ Pacientes menores de cinco años con diagnóstico confirmado de EDA.
- ✓ Casos registrados en el libro de morbilidad y sistema SIS del establecimiento.

El criterio de exclusión incluyó:

- ✓ Casos de pacientes mayores de cinco años.
- ✓ Fichas clínicas incompletas o con datos ilegibles.

3.6. Técnicas e instrumentos

Para la obtención de la información se utilizó como técnica la revisión documental de los registros médicos oficiales y reportes del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE)

El instrumento empleado fue una ficha de recolección de datos la cual permitió organizar y clasificar los datos según las variables definidas: edad, sexo, frecuencia de episodios, mes de ocurrencia, tipo de atención, y diagnóstico clínico.

3.6.1. Técnicas de análisis de Datos

Los datos fueron procesados y analizados mediante herramientas estadísticas básicas, utilizando hojas de cálculo de Microsoft Excel. Se elaboraron tablas y gráficos para representar la distribución de los casos por variables.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados del objetivo específico 1

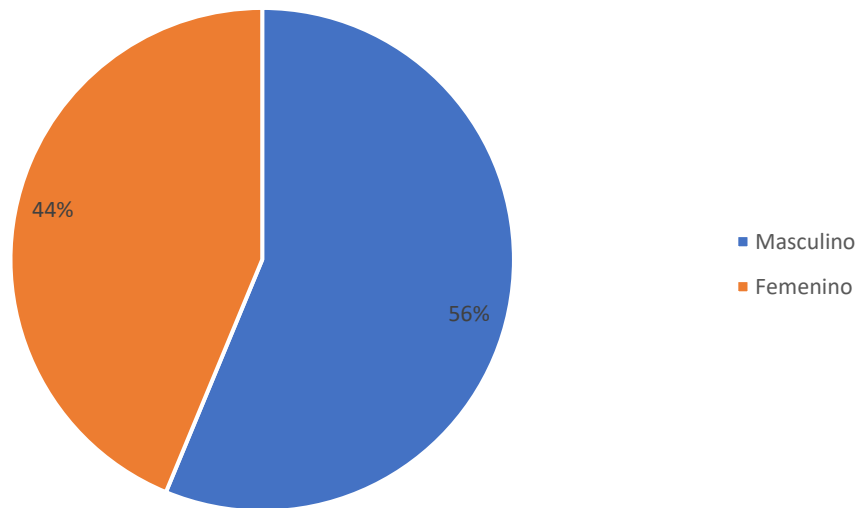
4.1.1. Identificar las características sociodemográficas de los niños menores de cinco años diagnosticados con EDA en el Centro de Salud Santa Lucía.

Tabla 1 Distribución por sexo de los casos registrados

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	9	56
Femenino	7	44
TOTAL	16	100

Fuente: SNIS centro de salud Santa Lucía

Gráfico 1. Distribución por sexo de los casos registrados.



Fuente: SNIS centro de salud Santa Lucía

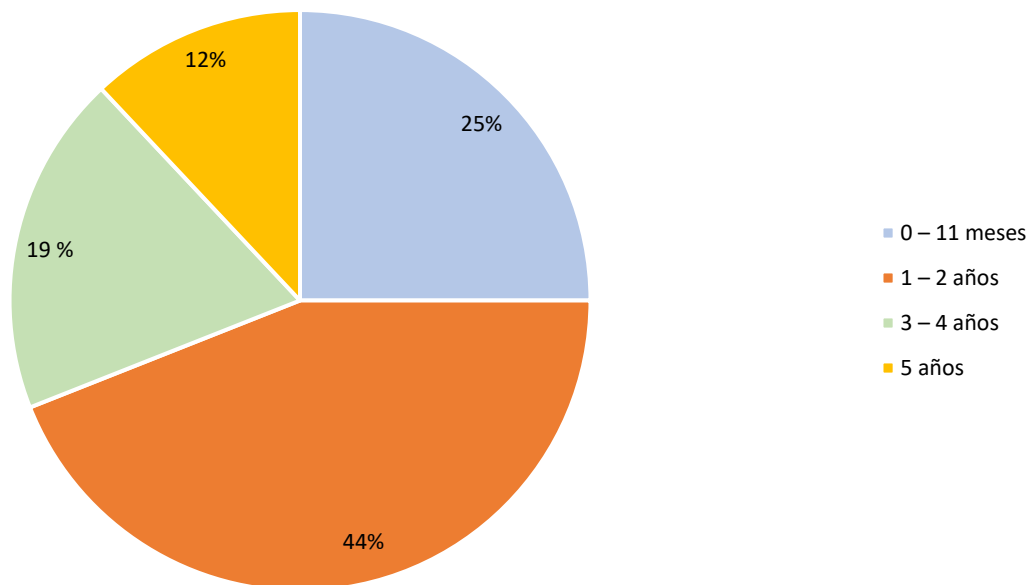
Interpretación. - Se observó una ligera predominancia del sexo masculino de 56 % en los casos reportados, frente a un 44 % de casos en niñas. Esta diferencia, aunque no es estadísticamente significativa por el tamaño reducido de la muestra, está en línea con estudios previos que han sugerido una mayor susceptibilidad de los varones a enfermedades infecciosas agudas en la infancia. Algunos estudios atribuyen esta diferencia a una inmadurez inmunológica ligeramente mayor en los niños, así como a diferencias hormonales y comportamentales desde la primera infancia, como mayor actividad física, exploración del entorno y contacto con objetos contaminados.

No obstante, en investigaciones más amplias, estas diferencias tienden a equilibrarse, y se enfatiza que ambos sexos requieren igual atención preventiva y clínica.

Tabla 2 **Distribución por grupo etario**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 – 11 meses	4	25
1 – 2 años	7	44
3 – 4 años	3	19
5 años	2	12
TOTSL	16	100

Gráfico 2. **Distribución por grupo etario**



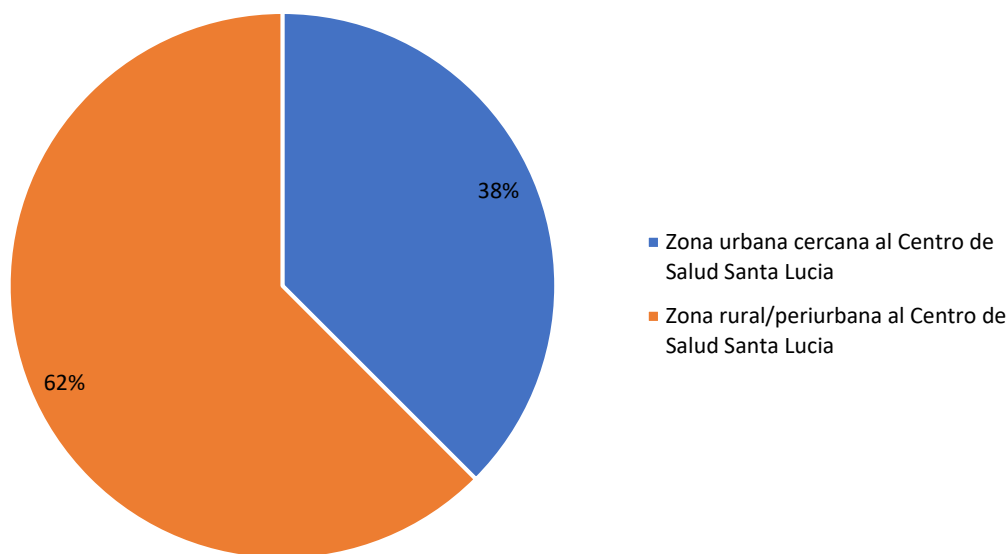
Fuente: SNIS centro de salud Santa Lucia

Interpretación. - El grupo más afectado por EDA fue el de niños entre 1 y 2 años que es el 44%, seguido por los lactantes menores de un año con 25%. Estos resultados son coherentes con la literatura médica internacional, que identifica a estos rangos etarios como los más vulnerables debido a varios factores: Inicio del destete e introducción de alimentos sólidos potencialmente contaminados. Mayor exposición ambiental, al comenzar a gatear o caminar, manipulando objetos o consumiendo agua y alimentos sin adecuada supervisión.

Tabla 3 Procedencia de los casos registrados

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zona urbana cercana al Centro de Salud Santa Lucia	6	38
Zona rural/periurbana al Centro de Salud Santa Lucia	10	62
TOTAL	16	100

Gráfico 3. Procedencia de los casos registrados



Fuente: SNIS centro de salud Santa Lucia

Interpretación. - La mayoría de los casos con 62 % provienen de zonas rurales y periurbanas del área de cobertura del Centro de Salud Santa Lucía. Estas zonas presentan una infraestructura sanitaria deficiente, con limitado acceso a agua potable, servicios de alcantarillado y educación sanitaria. Además, las condiciones socioeconómicas de muchas familias obligan a consumir agua de ríos o pozos sin desinfección previa. La zona urbana cercana del Centro de Salud Santa Lucía, aunque con mejores condiciones de saneamiento, también reportó casos de 38 %, lo que indica que la EDA no es exclusiva de las áreas rurales, pero su frecuencia e impacto sí son significativamente mayores en contextos estructuralmente más vulnerables.

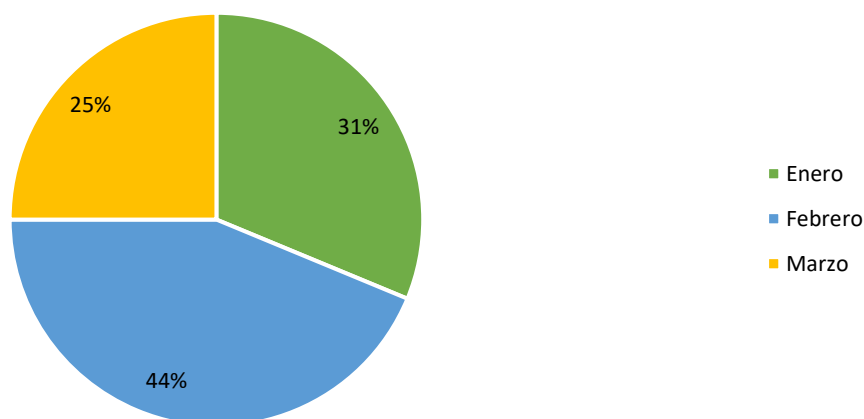
4.2. Resultado del objetivo específico 2

4.2.1. Analizar la frecuencia de casos de EDA durante el periodo de enero a marzo de 2025 en el Centro de Salud Santa Lucía.

Tabla 4 Número total de casos registrados de EDA en menores de 5 años (enero-marzo 2025)

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	5	31
Febrero	7	44
Marzo	4	25
TOTAL	16	100

Gráfico 4. Número total de casos registrados de EDA en menores de 5 años (enero-marzo 2025)



Fuente: SNIS centro de salud Santa Lucía

Interpretación. - Durante el primer trimestre de 2025, se registraron 16 casos de EDA en niños menores de 5 años. El mes de febrero concentró la mayor cantidad de casos (7), representando el 44% del total, seguido por enero con 5 casos con 31% y marzo con 4 casos con un 25%. Este comportamiento coincide con la temporada de lluvias en la región amazónica boliviana, durante la cual se incrementan los riesgos de contaminación del agua y los alimentos. En zonas rurales como Santa Lucía, donde muchas familias almacenan agua de lluvia en condiciones inadecuadas o consumen agua de pozos sin tratamiento, las lluvias pueden arrastrar patógenos desde suelos

contaminados hasta fuentes de agua de consumo, elevando la exposición a virus, bacterias y protozoarios causantes de diarrea.

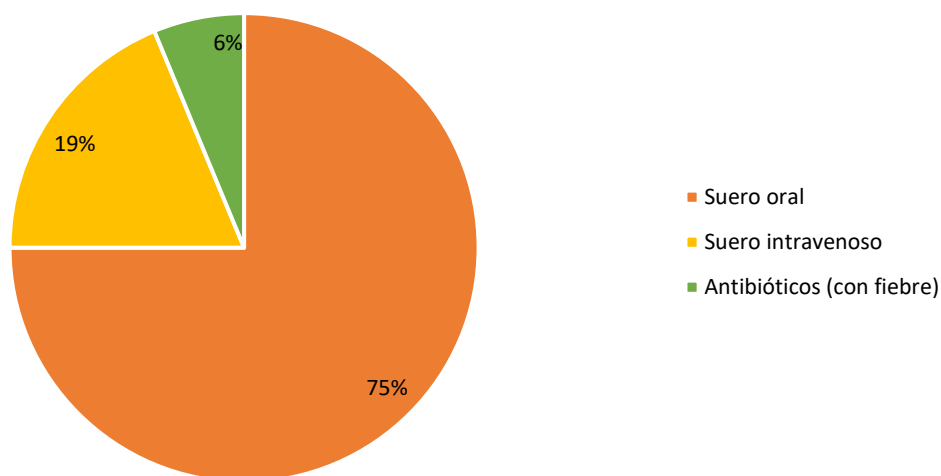
4.3. Resultado del objetivo específico 3

4.3.1. Describir el manejo clínico predominante en los casos atendidos por EDA en el Centro de Salud Santa Lucía.

Tabla 5 Tipo de tratamiento administrado

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Suero oral	12	75
Suero intravenoso	3	19
Antibióticos (con fiebre)	1	6
TOTAL	16	100

Gráfico 5. Tipo de tratamiento administrado



Fuente: SNIS centro de salud Santa Lucia

Interpretación.- El tratamiento predominante fue la terapia de rehidratación oral (TRO), utilizada en el 75% de los casos, lo cual refleja una adecuada adherencia a los protocolos de atención recomendados por la OMS y el Ministerio de Salud. La TRO es el método más eficaz, económico y accesible para tratar la deshidratación leve y moderada causada por EDA. En tres niños es 19% se requirió suero intravenoso, lo que indica que presentaban signos de

deshidratación severa o incapacidad para tolerar líquidos por vía oral. Este manejo oportuno evitó complicaciones mayores.

Solo en un caso 6 % se administraron antibióticos, debido a la presencia de fiebre persistente, lo que sugiere una posible infección bacteriana invasiva. Esta práctica responsable reduce el uso innecesario de antimicrobianos, ayudando a prevenir la resistencia bacteriana, un problema creciente en salud pública.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

A partir de los objetivos específicos planteados y los resultados obtenidos en el estudio sobre se establecen las siguientes conclusiones:

- Referente a identificar las características sociodemográficas de los niños menores de cinco años diagnosticados con EDA en el Centro de Salud Santa Lucía. Los datos revelan que el sexo masculino presentó una mayor frecuencia (56.3%), mientras que el grupo de edad más afectado fue el de 1 a 2 años (43.8%), seguido de los menores de 1 año.

Estos resultados coinciden con estudios que vinculan estos grupos con mayor susceptibilidad inmunológica y comportamientos de riesgo, como la manipulación de objetos contaminados o consumo de alimentos en condiciones inseguras.

- Sobre analizar la frecuencia de casos de EDA durante el periodo de enero a marzo de 2025 en el Centro de Salud Santa Lucía. Se concluye que la prevalencia de EDA en menores de 5 años durante el primer trimestre de 2025 fue baja (16 casos registrados), sin embargo, no deja de ser significativa en una comunidad rural con una población infantil limitada.

La enfermedad se presentó principalmente en los meses de enero y febrero, lo cual refleja un patrón estacional asociado a las lluvias y las condiciones ambientales de la región.

- Concerniente a describir el manejo clínico predominante en los casos atendidos por EDA en el Centro de Salud Santa Lucía. La mayoría de los casos provenían de zonas rurales o periurbanas (62.5%), donde las condiciones de saneamiento y acceso a servicios básicos son más deficientes.

En cuanto al tratamiento, predominó la rehidratación oral (75%), conforme a los protocolos de atención de la OMS y el Ministerio de Salud, y se recurrió al uso de antibióticos en solo un caso con signos de infección bacteriana. Esto demuestra un manejo adecuado por parte del personal de salud del centro.

5.2. Recomendaciones

- ✓ Se recomienda implementar un sistema de monitoreo continuo en el Centro de Salud Santa Lucía que permita detectar brotes de forma oportuna, analizar patrones estacionales, y generar respuestas rápidas desde el sistema de salud local.
- ✓ Las estrategias de prevención deben enfocarse en la correcta higiene de manos, la preparación segura de alimentos, y el uso de agua potable. Es clave realizar estas acciones especialmente en comunidades periurbanas donde se ha identificado mayor vulnerabilidad.
- ✓ Instruir al personal en la detección de signos de deshidratación, uso de sueros orales, e identificación de casos que requieren derivación inmediata para evitar complicaciones y reducir la mortalidad por EDA.
- ✓ En coordinación con autoridades municipales, se debe trabajar en la provisión y control de calidad del agua que consumen las familias, especialmente en sectores alejados, además de promover la correcta eliminación de excretas.
- ✓ Es fundamental profundizar en los factores asociados a la EDA (como tipo de agua, prácticas de lactancia, nivel educativo de los padres, etc.) mediante investigaciones posteriores que permitan generar políticas públicas específicas y sostenibles.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2009). Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. <https://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis/26176>

Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2013). Ley N.º 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral. <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N475.xhtml>

Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2016). Ley N.º 777 del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE). <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N777.xhtml>

Elsevier. (2021). Diccionario de Ciencias de la Salud. Elsevier España.

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. (2019). Modelo SAFCI – Salud Familiar Comunitaria Intercultural. <https://www.minsalud.gob.bo/safci>

Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. (2020). Normas técnicas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). <https://pai.minsalud.gob.bo>

Ministerio de Salud y Deportes. (2019). Modelo SAFCI. <https://www.minsalud.gob.bo/safci>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005, tercera edición revisada. <https://www.who.int/publications/i/item/9789243580498>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Agua potable segura: clave para la salud pública. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Guía clínica para el manejo de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años. <https://www.paho.org/es/documentos/guia-clinica-para-manejo-enfermedades-diarreicas-agudas>

Porta, M. (2021). Diccionario de epidemiología (6.ª ed.). Oxford University Press.

Stedman, T. L. (2020). Diccionario médico Stedman (28.ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

UNICEF. (2023). La salud infantil y el acceso al agua potable y saneamiento.
<https://www.unicef.org/es/temas/salud-infantil>

UNICEF. (2023). La salud infantil y el acceso al agua potable y saneamiento. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/es/temas/salud-infantil>

ANEXOS

**Anexo 1. Registro fotográfico del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (SSSRO)
Centro de Salud Santa Lucia municipio de Bella Flor**



Anexo 2. Toma de muestra a población objetivo que acude al Salud Santa Lucia municipio de Bella Flor

