

ENFERMEDAD DEL CÓLERA

CAPACITACIÓN DE GRUPOS DE LA COMUNIDAD COMO UNA ESTRATEGIA EN LA PREVENCIÓN

MSc MARY SOLANO RIVERA*

INTRODUCCIÓN

Latinoamérica es una parte del mundo que en la actualidad cuenta con una población de 474 millones de habitantes; de ese total de población, Costa Rica cuenta con 3.500.000 habitantes (OPS/OMS, 1998: 1). Esta magnitud poblacional invita a cualquier trabajador de salud, a meditar sobre cuál es la cuota personal que deberá aportar para evitar al máximo, el daño que la enfermedad del cólera pueda ocasionar a esa población, aunque esto no es solamente un deber, sino algo más: un compromiso.

Cuando se piensa que para todo trabajador de la salud, su vocación por excelencia es la prevención de la enfermedad, y el cólera es una enfermedad prevenible por diferentes medios, especialmente por medio de la preparación de la comunidad en cuanto a mejorar aquellos estilos de vida, que aseguren medidas higiénicas que impidan el látigo de este flagelo, tan propio de sociedades víctimas de la pobreza y todos los riesgos que ésta conlleva, pero prevenible en una sociedad como la nuestra, con condiciones de vida bastante diferentes a la de otros países de Latinoamérica, donde factores como los últimos procesos sociopolíticos, agregados a factores étnicos y otros como el analfabetis-

mo, sociedades afectadas por un proceso socioeconómico de empobrecimiento, que ha llevado a nuestros semejantes a condiciones de vida infrahumanas, de las cuales todavía Costa Rica puede considerarse rescatable por razones, como son: el nivel educativo de nuestro pueblo, nuestro servicios de salud y la prevalencia de valores indiscutibles en nuestra sociedad, como son la salud, la paz y la educación.

EL CÓLERA Y SU IMPORTANCIA

El cólera es una enfermedad conocida en la India desde tiempos remotos; apareció en Europa en el siglo XIX, donde causó seis pandemias. La séptima pandemia apareció en 1961, se extendió a diferentes países de Asia, Bangladesh, India, Irak e Irán, y a la Unión de Repúblicas Socialista en 1965 y 1966. En 1970 el cólera invadió África.

Desde la década de los sesentas, se pensó que la pandemia llegaría a las Américas, predicción que se cumplió en 1991, treinta años después.

El 7 de febrero de 1992, la OPS/OMS comunicó la existencia del cólera en el Perú, de donde se fue extendiendo a otros países de Latinoamérica, como Ecuador, Colombia, Brasil,

* Máster en Salud Pública, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Chile, Estados Unidos, México, Guatemala y Panamá.

En el Perú, desde que se inició la epidemia, el 23 de enero de 1991, el cólera había afectado los veinticuatro departamentos del país, hasta el 22 de junio de 1991 había producido 322.562 casos y 2.909 fallecieron.

Históricamente en Costa Rica la aparición del cólera durante la campaña contra los filibusteros en 1856, causó enormes estragos al ejército y al país. Fue así como en esa gesta histórica, el cólera causó más muertes que la guerra (161 personas muertas en batallas y 502 debidas al cólera).

La población de Costa Rica era entonces cerca de 110.000 habitantes, de tal manera que el cólera produjo una tasa de mortalidad de 7.000 por 1000.000 habitantes; la mayor tragedia sanitaria de toda nuestra historia. Por otro lado, 7.700 muertes en sólo tres meses, implicó un promedio de 90 muertes por día, cifra que extrapolada a la población de Costa Rica de 1991 equivale a 2.500 muertos por día, durante tres meses consecutivos, una catástrofe inconcebible en el mundo de hoy (Mata, 1991).

A raíz de la aparición del cólera en otros países de Latinoamérica en enero de 1992, se registra en Costa Rica el primer caso, con un total de 31 casos al 1º de agosto de 1994 (OPS, 1991: 2).

Esta panorámica histórica expuesta en los párrafos anteriores, llama a una profunda reflexión sobre lo que significa la llegada del cólera a nuestro país, y cómo resulta imperativo que todos aquellos trabajadores del sector salud se

comprometan en alguna medida con esta realidad, que ya las autoridades de salud del país han declarado como prioridad dentro de los programas y servicios de salud, a fin de evitar a la población, el mínimo riesgo o bien daño, en el momento en que la misma se haga presente.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

La epidemiología de esta enfermedad demuestra que factores como malas condiciones ambientales, la pobreza y otros, son predisponentes en el desarrollo de la misma.

En la aparición de la enfermedad entran en juego los factores condicionantes de un hospedero susceptibles (el hombre), un agente infeccioso (*Vibrio Cholerae*), y un ambiente de inadecuado saneamiento ambiental determinado por la situación socioeconómicas del lugar.

La fuente de infección la constituyen las heces de los enfermos, y especialmente, las de los portadores del cólera, que al contaminar las aguas, las convierten en el principal vehículo de transmisión de los vibriones. Los alimentos contaminados por el agua o por manipulaciones antihigiénicas son otra importante fuente de infección, las moscas, cucarachas, ratas, etc., son factores que también contribuyen a la transmisión de la enfermedad, aunque en menor grado, su presencia es más importante como indicador de saneamiento ambiental deficiente.

En el ciclo de transmisión se conjugan tres elementos: excretor-ambiente-abastecimiento de agua (OPS, 1991: 2).

LA CAPACITACIÓN COMO ESTRATEGIA

El cólera prospera y se propaga, sobre todo, en los países donde el saneamiento, la higiene personal y la infraestructura sanitaria dejan qué desear.

Estos países constituyen las zonas receptoras, sobre todo cuando limitan focos o países de epidemia colérica. Cabe citar varios ejemplos de países expuestos: Japón, Hong Kong, que han conseguido prevenir la propagación de la enfermedad después de su introducción, mediante medidas eficaces de lucha.

Está perfectamente demostrado que la buena preparación y eficacia de los servicios sanitarios para hacer frente a la amenaza de un brote de cólera, son esenciales para reducir la mortalidad y las pérdidas económicas. Por consiguiente, se requiere contar con personal capacitado para hacer frente al problema; es decir, para diagnosticar y tratar a tiempo los casos de cólera e interrumpir así la propagación ulterior de la enfermedad. Importa pues coordinar al máximo el empleo de los recursos humanos y materiales, a fin de movilizar un volumen de personal y de medios del que generalmente no disponen los servicios de salud de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo.

La capacitación de grupos voluntarios de la comunidad, que tengan las mejores posiciones para influenciar el comportamiento del público, tales como líderes religiosos, pueden desempeñar un rol importante en la prevención y control de una enfermedad. Estos grupos presentan una situación excepcional, ya que cumplen una función específica en la comunidad y también, dentro del sistema de atención de sa-

lud, de manera que pueden servir como puente entre la una y el otro.

La capacitación de estos grupos permite a la comunidad identificar y expresar sus necesidades y también enseñar a ésta la forma de abordar sus problemas, desarrollando en la población la autoresponsabilidad en la conservación y promoción de la salud, al convertirse en agentes multiplicadores de la salud llenando el espacio vacío que la carencia de recursos materiales y humanos evidencian los países en vías de desarrollo.

Siguiendo los conceptos anteriores, se procedió a capacitar un grupo de jóvenes de la Pastoral Juvenil, con el propósito de prepararlos como agentes multiplicadores, para divulgar las medidas de prevención del cólera, en poblaciones de riesgo.

Para seleccionar los jóvenes de la pastoral que participarían en el programa de Capacitación, se les dio una explicación de los criterios que se utilizarían para seleccionar a los participantes y que serían los siguientes:

- * **Que fueran miembros activos de la pastoral Juvenil.**
- * **Que expresaran voluntariamente interés por participar en la capacitación.**
- * **Que estuvieran dispuestos a comprometerse con el programa de divulgación a diferentes grupos de la comunidad; específicamente aquellos en mayor riesgo.**
- * **Que estuvieran dispuestos a utilizar tiempo de sus vacaciones para recibir la capacitación.**

Posteriormente se les administró un pretest que permitió identificar el perfil de la población, así como el nivel de información y conocimientos sobre la enfermedad del cólera y las actitudes de la población hacia esta enfermedad.

Es importante aclarar que dicho pretest fue probado previamente a su aplicación, con siete jóvenes con características similares a las que conformaban la población que recibiría la capacitación.

El pretest constaba de tres partes: la primera parte la constituyeron ocho preguntas dirigidas a obtener información sobre el perfil de la población. La segunda parte correspondió a "Opiniones de la población" acerca de la enfermedad del cólera; estas quince opiniones consistían en afirmaciones sobre diferentes aspectos de la enfermedad, las cuales debían ser contestadas en las categorías: "de acuerdo", "en desacuerdo". Las respuestas obtenidas en esta segunda parte permitieron medir las actitudes de la población hacia la enfermedad.

Es importante aclarar que para elaborar las opiniones se utilizó como marco de referencia, los mensajes emitidos por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, a través de los medios de comunicación masiva, los cuales permiten a la población crear una actitud hacia la enfermedad del cólera, tanto a nivel de conocimiento como de prácticas higiénicas y participación comunitaria para la prevención de la misma.

La tercera parte constaba de ocho preguntas de escogencia múltiple, dirigidas a medir el nivel de conocimiento de la población sobre los siguientes aspectos: historia-epidemiología, síntomas clínicos, medidas de tratamiento, medi-

da de prevención y atención del enfermo en el hogar.

El pretest fue administrado en forma individual y en presencia de la proponente, para evitar sesgo en los resultados. Después de su aplicación, se procedió a revisar los resultados para identificar las áreas críticas de la población participante, tanto en actitudes, como en conocimientos y prácticas, y reforzar así los contenidos del programa de capacitación en las áreas críticas identificadas.

Con los resultados obtenidos anteriormente se elaboró y desarrolló un programa de capacitación. Este programa tuvo una duración de 25 horas, de las cuales cinco correspondieron a una práctica de campo y tres se destinaron para realizar un pretest de evaluación del conocimiento adquirido y de la práctica en sí.

La metodología empleada para el desarrollo de los contenidos fue clase magistral, videos, slides, cassettes, discusiones de grupo, material bibliográfico y una demostración detallada del manejo del paciente con cólera en el hogar.

Para mantener el interés del grupo, profundizar los temas y clarificar dudas, se contó con la participación de médicos y enfermeras especialistas en la materia.

La práctica de campo tenía como propósito evaluar el grado de conocimiento adquirido por los jóvenes y llevado a la práctica, para lo cual se seleccionó un precario del "Bosque de San Rafael de Oreamuno". Los jóvenes se distribuyeron en grupo de dos y se les asignó una familia.

La práctica consistió en que los jóvenes realizaran una entrevista para identificar el grado de conocimiento que la familia tenía del cólera y la práctica de medida preventivas.

Después de realizar la entrevista a la familia, se procedió a hacer una simulación de un enfermo de cólera en ese hogar, pidiéndosele a los jóvenes lo siguiente:

- * **Espacio físico donde ubicar el enfermo.**
- * **Persona que debería asumir el cuidado.**
- * **Atención que debería de recibir el enfermo.**
- * **Medidas preventivas para evitar la propagación de la enfermedad a la familia y la comunidad.**

Para evaluar los resultados de esta práctica de campo, se diseñó una hoja de cotejo que describía, las actividades que los jóvenes tenían que realizar durante la simulación.

Finalizada la simulación, se realizó una discusión y análisis de lo realizado para clarificar conceptos y prácticas.

Para medir los resultados del programa de capacitación, se elaboró un postest que constaba de dos partes. La primera parte correspondió a la medición de actividades y se utilizó para este fin el mismo cuestionario de opiniones utilizando en el pretest. Con respecto al área de conocimiento, se elaboró un cuestionario con preguntas de escogencia múltiple y espacios en blanco, diferente al aplicado en el pretest, considerado que el nivel de conocimiento que el grupo debería tener al final de la capacitación, superaba en la cantidad y profundidad al observado en el pretest.

Como resultado significativo de esta experiencia, podemos mencionar lo siguiente:

- * **El 100% de los participantes en la capacitación lograron alcanzar el propósito de la misma.**
- * **Quedaron inscritos en el Centro de Salud como "Responsables de salud".**
- * **Desarrollaron actividades educativas en las escuelas de la comunidad.**

Todo lo anterior invita a los trabajadores de la salud, y en este caso específico a los profesionales en enfermería, a no escatimar ningún esfuerzo que demuestre su compromiso histórico, ético y de formación, de velar por la conservación de la salud de los habitantes de nuestro país, mediante la aplicación de acciones preventivas y utilizando estrategias que les aseguren que dado la inopia de dicho recurso, y aplicando el principio de la responsabilidad que tienen los individuos de practicar medidas higiénicas para conservar su salud, y que para lograrlo requieren tener un amplio conocimiento. Esto se logra mediante una buena capacitación,

La estrategia de formar agentes de salud en la comunidad que se conviertan en verdaderos agentes multiplicadores, llegando hasta aquellas poblaciones a las que las enfermeras no logran llegar por inopia del recurso y también por lo elevado del número habitantes a su cuidado. No podrían ellas justificarse con esta realidad en su desempeño profesional, sino que más bien, están llamadas a utilizar nuevas estrategias que logren llenar el vacío que ocasionan los problemas antes citados, con lo cual estarían cumpliendo con la profesión y con su cometido social, para lo cual han sido preparadas: cumplir a cabalidad y con un alto sentido de responsabilidad y compromisos, como lo es el mejorar la calidad de los servicios y asegurar la salud de los individuos y las comunidades de nuestro país.

Bibliografía

Caja Costarricense de Seguro Social. **Pautas para el manejo de pacientes con cólera**. San José, Costa Rica. Microfotografía y Publicaciones CCSS., 1991.

"**Diálogo sobre la diarrea**". Boletín Internacional sobre el control de enfermedades diarreicas. (35): 2-8, mar., 1991.

Estatuto de la pastoral Juvenil Arquidiocesana. San José, Costa Rica: [s.e.], 1988.

IFAM. **Atlas cantonal de Costa Rica**. Costa Rica: Instituto de Fomento y Asesoría Municipal, Departamento Asistencia Técnica, 1991.

IFAM. **Información básica de la Municipalidad de Oreamuno, Costa Rica**: Instituto de Fomento y Asesoría Municipal, Departamento Asistencia Técnica, 1990.

Mata Jiménez, Leonardo. "**El cólera: sinopsis sobre una forma de diarrea que no hemos tenido en Costa Rica desde 1856**". Salud y Familia. Costa Rica, 1991.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de salud. **Manual de normas y procedimientos para la vigilancia y control del cólera**. Guatemala, julio 1991.

Ministerio de Salud. Departamento de Trabajo Social. **Estrategia para el trabajo con la comunidad ante la llegada del cólera**. San José, Costa Rica, mayo 1991.

Organización Mundial de la Salud. **Guía para la prevención y control del cólera**. Historia y distribución geográfica. Quito, Ecuador, mayo 1991.

Organización Panamericana de la Salud. "**El cólera en las Américas. Actualización**". Boletín Epidemiológico. 12(2), 1991.

Organización Panamericana de la Salud. Semana Epidemiológica. **La epidemiología del cólera en América Latina en 1995**. N°45, 1996.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. "**Propuesta de acciones inmediatas para el control de la epidemia del cólera**". Sancamiento Básico, 1991.

Pastoral Juvenil Vicarial. **I Asamblea Ordinaria**. Cartago, Costa Rica, 1989.