

TEMAS DE SALUD PUBLICA

Morbimortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba. 1962-1973*

Por los Dres.:

RAUL RIVERON CORTEGUERA,** FRANCISCO VALDES LAZO.***
JESUS PEREA CORRAL****

Riveron Corteguera, R. et al. *Morbimortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba. 1962-1973*. Rev Cub Ped 48: 1, 1976.

El trabajo expone las actividades realizadas en el transcurso de 10 años con la finalidad de disminuir la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (EDA) en todo el país. Señala la mortalidad por esta patología en los diferentes grupos de edad y destaca la importancia de las medidas preventivas, educación sanitaria y cobertura de atención pediátrica, en la disminución de la mortalidad por estas enfermedades. Señala cómo la mortalidad por EDA en menores de 1 año disminuyó de 13,5, en 1962 a 3,0 por cada 1 000 NV en 1973.

Las enfermedades diarreicas agudas constituyen un verdadero azote para la población infantil en los países subdesarrollados, y son la primera causa de muerte en menores de 1 año en un gran número de países de Centro y Suramérica. La magnitud del problema que representa esta enfermedad la refleja *Sabin* al afirmar que la misma, causa al

año 5 000 000 de defunciones en el mundo.¹

En América Latina mueren anualmente 179 000 niños por gastroenteritis, lo que representa el 17% de las defunciones en menores de 5 años.² Un informe de la OPS en 1964 señala que la diarrea es la causa de defunción registrada, en 250 000 niños que fallecen anualmente durante la primera infancia en América Central y Meridional. En México se informaron en 1970, 69 410 defunciones por enfermedades diarreicas agudas.³

Se considera que una de cada cuatro defunciones en menores de 1 año que se registra en México, es producida por esta enfermedad.

En Brasil, en 1958 se produjeron 421 000 defunciones en menores de 1 año, para una tasa de 160 por cada 1 000 nacidos vivos, de los cuales, el 35% (147 000) se produjo por esta patología.⁴

* Trabajo presentado en el XIV Congreso Internacional de Pediatría, octubre 3 al 9 de 1974. Buenos Aires, Argentina.

** Especialista de 1er. grado en pediatría, secretario del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

*** Especialista de 1er. grado en pediatría, jefe del Grupo Provincial de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

**** Profesor del departamento de pediatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana y miembro del Grupo Nacional de Pediatría.

Las enfermedades diarreicas agudas constituían en 1962 la tercera causa de mortalidad general, y la primera causa de mortalidad infantil en nuestro país. En ese año se registraron por esta enfermedad 4 157 defunciones en todas las edades, para una tasa de 58,1 por cada 100 000 habitantes^{2,3} (cuadro I).

De estas defunciones, 3 210 ocurrieron en menores de 1 año, para una tasa de 13,5 por cada 1 000 nacidos vivos, lo que representa el 30,9% de todas las defunciones en menores de un año y el 77,2% de todas las defunciones por enfermedades diarreicas agudas² (cuadro II).

El análisis del cuadro de salud infantil a principios de la década de los años 60, hizo que en 1962² se estableciera un Programa de Lucha contra la gastroen-

teritis, el cual estaba basado, fundamentalmente, en asistencia médica ambulatoria o institucional (hospitalización) y una campaña de educación sanitaria dirigida a la población; este programa se resume en:

1. Creación de servicios de EDA independientes de otras patologías en hospitales infantiles, servicios de pediatría en hospitales generales y rurales.
2. Establecimiento de medidas de control en estos servicios, como si se tratara de una sala de infectología.
3. Establecimiento de normas para la hidratación del paciente con EDA.
4. Creación, en los hospitales infantiles y servicios de pediatría en hospitales generales, de las "comisiones de gastroenteritis" para anali-

CUADRO I

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES EN MENORES DE 1 AÑO CON RELACION AL TOTAL DE DEFUNCIONES POR EDA 1962-1973

DEFUNCIONES POR EDA

Años	Total	Menores de 1 año	
		No.	% del Total
1962	4 157	3 210	77,2
1963	2 974	2 694	90,6
1964	2 525	2 104	83,3
1965	2 012	1 625	80,8
1966	1 595	1 394	87,4
1967	1 694	1 346	79,5
1968	1 481	1 232	83,2
1969	1 884	1 652	87,7
1970	1 539	1 334	86,7
1971	1 558	1 302	83,6
1972	848	706	83,3
1973	893	724	81,1

CUADRO II

PORCENTAJE DE CONTRIBUCION DE LAS EDA EN RELACION AL TOTAL DE DEFUNCIONES MENORES DE 1 AÑO

DEF. MENORES DE 1 AÑO

Años	Total	EDA	
		No.	%
1962	10 389	3 210	30,9
1963	9 906	2 694	27,2
1964	10 065	2 104	21,0
1965	10 132	1 625	16,0
1966	9 846	1 394	14,2
1967	9 392	1 346	14,3
1968	9 636	1 232	12,8
1969	11 366	1 652	14,5
1970	9 073	1 334	14,7
1971	9 201	1 302	14,2
1972	7 129	706	9,9
1973	6 685	724	10,8

zar el movimiento hospitalario de las salas, letalidad, ingresos, egresos, etc., así como problemas de infecciones cruzadas, dificultades materiales, hacinamiento, etc.

5. Creación de normas para el control de la EDA a nivel de policlínico y el hospital elaboradas en conjunto por los departamentos de pediatría e higiene y epidemiología.
6. Discusión en forma crítica, sobre los casos de fallecidos por esta patología, con la presencia de todo el personal del servicio para analizar la conducta seguida con respecto al paciente.
7. Supervisión directa a los pacientes graves ingresados, que realiza el personal docente y de mayor calificación, a fin de mejorar la calidad de la atención médica.
8. Establecimiento de medidas de divulgación, tendientes a crear una conciencia popular capaz de lograr que todo niño sea llevado al médico, a los primeros síntomas. Entre estas medidas merecen destacarse:
 - Audiencias sanitarias al pueblo, en coordinación con las organizaciones de masa (C D R, F M C, ANAP) y bajo la orientación del director del área de salud.
 - Adiestramiento del personal en las diferentes tareas que contempla el programa, mediante seminarios impartidos por personal médico.
 - Impresión de material educativo para su distribución en consultas.
 - Coordinación con el Ministerio de Educación, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación y la Ciencia y los Consejos de Escuelas, para no sólo lograr que el maestro conozca el programa, sino adquiera la responsabilidad para un mejor desarrollo del mismo.
 - Orientación a los responsables de salud de los CDR, acerca de

la importancia de esta enfermedad y los medios de prevenirla.

— Programas educativos a través de la radio, televisión, prensa escrita, afiches, etc.

9. Orientación para lograr incrementar la práctica de la lactancia materna y creación de bancos de leche materna en los servicios de neonatología.
10. Comienzo del desarrollo de laboratorios de microbiología, para un mejor estudio etiológico de las EDA.

La ejecución de este programa permitió una reducción marcada de la mortalidad por esta patología, en los años que siguieron a 1962 en todas las edades, y particularmente en los niños menores de 1 año, ya que de una tasa de 13,5 disminuyó en 1973 a 3,0 por cada 1 000 nacidos vivos, a pesar de registrarse en forma continuada una morbilidad que ha fluctuado entre 240 000 y 250 000 casos reportados anualmente, y de mantenerse algunas regiones del país, con condiciones higienicosanitarias deficientes.

El cuadro III muestra las defunciones por todos los grupos de edad, ocurridas de 1962 a 1973.

En el transcurso del desarrollo del programa se han ido considerando elementos que han contribuido notablemente a disminuir la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas.¹⁰ Entre éstos deben destacarse:

- Eliminación del hacinamiento en las salas de gastroenteritis, lo que mejoró la calidad de la cama pediátrica y redujo las infecciones cruzadas.
- Incremento de camas pediátricas dedicadas a esta enfermedad, hasta lograr alcanzar actualmente el 26,7% del total de las camas pediátricas del país.¹¹
- Incorporación de la madre acompañante en todas las salas de gastroenteritis del país, que además de garantizar una mejor atención al ni-

CUADRO III

MORTALIDAD POR ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS (B-4) POR EDADES 1962-1973

MORTALIDAD POR EDA

Año	Menores de 1 años		1-4 Años		5-14 Años		Todas las edades	
	No.	Tasa*	No.	Tasa**	No.	Tasa***	No.	Tasa***
1962	3 210	13,5	512	6,5	60	3,6	4 157	58,1
1963	2 694	10,5	239	3,0	8	0,5	2 974	40,7
1964	2 104	7,7	238	2,9	16	0,9	2 525	33,6
1965	1 625	5,9	179	2,1	23	1,3	2 012	26,1
1966	1 394	5,3	152	1,8	11	0,6	1 595	20,1
1967	1 346	5,3	171	1,9	9	0,5	1 694	21,0
1968	1 232	5,0	120	1,3	7	0,4	1 481	18,0
1969	1 652	6,9	132	1,4	5	0,3	1 884	22,6
1970	1 334	5,5	87	0,9	6	0,3	1 539	18,2
1971	1 302	5,1	91	1,0	10	0,5	1 558	18,0
1972	706	2,9	33	0,4	3	0,1	848	9,7
1973	724	3,0	57	0,6	7	0,3	893	10,0

FUENTE: Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

* Tasa X cada 1 000 N.V.

** Tasa X cada 10 000 habitantes.

*** Tasa X cada 100 000 habitantes.

ño, permite que reciba educación sanitaria en relación con la enfermedad.

- Utilización de *Scalp-vein* desechables en los pacientes que necesitan hidratación, lo que ha contribuido a disminuir las infecciones.
- Ingreso precoz de los niños con esta enfermedad, y empleo racional de la terapéutica con antimicrobianos, así como evitar estadias prolongadas.
- Mejoría del estado nutricional de la población infantil y de las condiciones de vivienda.

— Toma de conciencia por parte de nuestro personal médico y paramédico sobre lo que representa esta patología en nuestros niños.

— Control de las normas administrativas, de diagnóstico y tratamiento de las salas de gastroenteritis, que aparecen en las Normas de Pediatría.¹⁴

— Consultas de seguimiento, de los pacientes egresados de las salas de gastroenteritis, que permiten conocer la evolución periódica del niño.

- Profundización en la discusión de las defunciones por esta enfermedad con participación del equipo de salud del área.
- Incremento de la consulta de puericultura y del control domiciliario de los niños en riesgo (prematuros y desnutridos).
- Priorización de la atención médica a los niños con gastroenteritis, por parte del equipo de dirección de nuestro ministerio a nivel nacional, provincial, regional y de área.

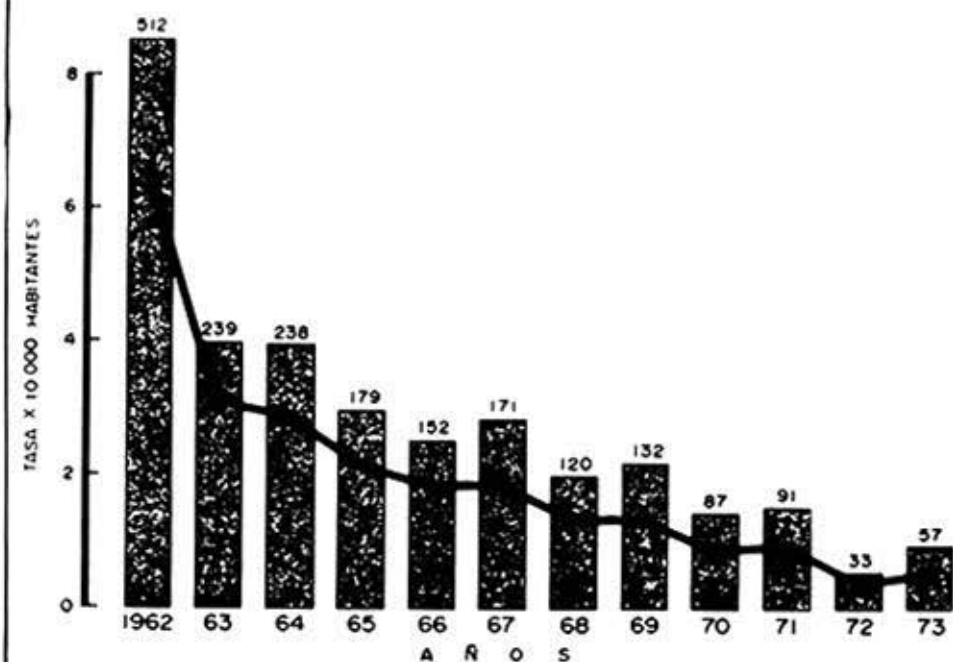
Muchas otras medidas¹³ se han puesto en práctica para disminuir la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas; los años transcurridos han sido de arduo trabajo como lo demuestra poder ofrecer las cifras que aparecen en los gráficos 1, 2 y 3.

La reducción de la mortalidad posneonatal se ha debido fundamentalmente a la baja experimentada en las enfermedades diarreicas agudas, y sin duda ha sido el factor determinante para lograr disminuir la mortalidad infantil.



Gráfico 1.

**MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD / CUBA, 1962-1973**



FUENTE: Dirección Nacional de Estadística del MINSAP

Gráfico 2.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS DE 5-14 AÑOS / CUBA, 1962-1973

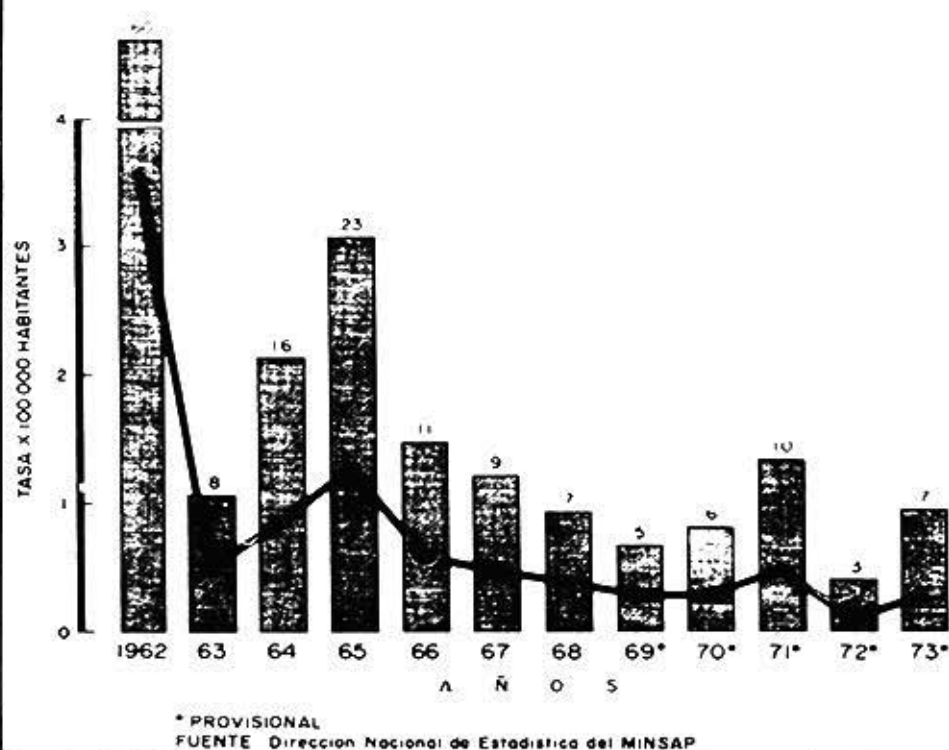


Gráfico 3.

CONCLUSIONES

Aunque la mortalidad ha descendido notablemente, desde el inicio del Programa de Lucha contra la Gastroenteritis en 1962, pensamos que todavía es posible reducirla aún más mediante la asistencia médica y la educación a nuestro pueblo; cada día esto se hará más fácil, si estas medidas se acompañan, tal como se lleva a cabo en nuestro país, del mejoramiento de una serie de factores ambientales que determinan una alta mortalidad, como son: la construcción de viviendas en las ciudades, y de nuevos pueblos en áreas rurales, incremento de las vías de comunicación, aumento en el abastecimiento de agua, cons-

trucción de acueductos y alcantarillados, etcétera.

El mejoramiento de las condiciones de vida del pueblo, unido al aumento de nuestros médicos y enfermeras, con una mejor preparación técnica y humana, el incremento del nivel educacional de la población y la profundización en los estudios epidemiológico, clínico y microbiológico de esta enfermedad, hará que en los años venideros las cifras se reduzcan mucho más.

Este sencillo trabajo, resume las experiencias recogidas en la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas, en el cual se demuestra que no hay que esperar la variación total de las condicio-

nes ambientales, sino que basta la decisión de un gobierno que entienda que la salud es un derecho del pueblo, que la atención médica debe ser gratuita y

que logre sensibilizar a su personal médico y paramédico, en lo que debe ser preocupación mayor de toda la sociedad: *la salud y felicidad del hombre.*

SUMMARY

Riverón Corteguera, R. et al. *Morbidity and mortality due to diarrheic diseases in Cuba, 1962-1973.* Rev Cub Ped 48: 1, 1976.

Several activities developed during 10 years which were devoted to the decrease of mortality due to acute diarrheic diseases in the whole country are exposed. Mortality for this pathology is indicated in the different age groups and the significance of preventive measures, sanitary education, and pediatric care coverage in the decrease of mortality is stressed. In children younger than 1 year, mortality decreased from 13.5 in 1962 to 3.0/1000 live births in 1973.

RESUME

Riverón Corteguera, R. et al. *Mortalité et morbidité à cause des maladies diarrhéiques aiguës à Cuba, 1962-1973.* Rev Cub Ped 48: 1, 1976.

Ce travail montre les activités réalisées au cours de 10 années dans tout le pays, afin de diminuer la morbidité et la mortalité entraînée par les maladies diarrhéiques aiguës (EDA). On signale la mortalité provoquée par cette pathologie dans les différents groupes d'âges et on souligne l'importance des mesures préventives, l'éducation sanitaire et la couverture de l'attention pédiatrique, dans la diminution de la mortalité par ces maladies. La mortalité par EDA chez les enfants âgés de moins d'un an diminue de 13,5 en 1962 à 3,0 par 1000 nés vivants en 1973.

TERMINOS

Риверон Кортегuera Р., и др. Заболеваемость и смертность по поводу острых диарейных заболеваний на Кубе за период с 1962 по 1973 года. Rev Cub. Ped. 48: 1, 1976.

Авторы приводят все проведенные мероприятия в течении 10 лет с целью снижения заболеваемости и смертности по поводу острых диарейных заболеваний. Указывается заболеваемость по поводу этой патологии по возрастным группам и подчеркивается значение принять профилактические меры, проводить санитарное просвещение и общедоступности педиатрических обслуживаний при снижении смертности по поводу этих патологий. С 1962 по 1973 года смертность по поводу острых диарейных заболеваний снизилась с 13,5 до 3,0 на каждые 1 000 живых новорожденных.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández, A. et al. *Enfermedades Diarreicas Agudas (Folleto) Información Temática No. 2.* Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Habana, junio, 1973.
2. *Hechos que revelan progreso en salud, 1971.* Publicación Científica No. 227, OPS/OMS, Washington, septiembre, 1971.
3. *Control de las infecciones entéricas.* Publicación Científica No. 100, OPS/OMS, Washington, junio, 1964.
4. Kumate, J. y G. Gutiérrez. *Manual de Infectología.* Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 2da. Edición, México, 1974.
5. *Gastroenteritis.* Comisión Mixta Coordinadora de actividades en Salud Pública. Asistencia y Seguridad Social. Publ. Téc. No. 3, México, 1972.
6. *Ministerio de Salud Pública.* "Estudio sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas". Rev Cub Ped 35: 161, 1963.

7. *Moreno, O. et al.* "Lucha contra las enfermedades Diarreicas Agudas en Cuba". Trabajo presentado en el XII Congreso Internacional de Pediatría. México, mayo, 1968.
8. *Ministerio de Salud Pública.* Enfermedades Diarreicas Agudas. (Monografía) Habana, 1963.
9. *Ministerio de Salud Pública.* Bioestadísticas No. 1 (Folleto) pp 126-127 Habana, enero, 1974.
10. *Azcuy, P. et al.* "Proyecto de Programa de Reducción de la mortalidad infantil en Oriente Sur". Santiago de Cuba, septiembre, 1969.
11. *Riverón Corteguera, R.* "Situación Actual y perspectiva de la Pediatría en Cuba, 1973". Grupo Nacional de Pediatría, marzo, 1973.
12. *Ministerio de Salud Pública.* Normas de Pediatría, Tomo I, pp 43-58. Instituto Cubano del Libro, 1971.
13. *Ministerio de Salud Pública.* Informe Anual del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil, Habana, febrero, 1971.

Recibido el trabajo: diciembre 25, 1974.