

Enfermedades diarreicas agudas en Cuba

Por los Dros.:

R. RIVERON CORTEGUERA,* L. CORDOVA VARGAS**
y F. VALDES LAZO***

Riverón Corteguera, R. y otros. *Enfermedades diarreicas agudas en Cuba*. Rev Cub Ped 51: 3, 1979.

Se expone brevemente, cómo las enfermedades diarreicas agudas, conocidas por "gastroenteritis", fueron causa de enfermedad y muerte desde comienzo de la República. Se muestran distintos resultados de trabajos realizados por diferentes autores, acerca de la mortalidad por dichas enfermedades. Se expresa con datos estadísticos, la situación en América Latina, según criterio de varios autores, y se sintetiza el cuadro general de las enfermedades diarreicas, en Cuba, a partir de la década del año 1960. Se analizan los distintos factores que han intervenido en la reducción de la morbilidad por esta entidad en nuestro país, y se señalan todos los planes y programas de control que existen actualmente, con vista a continuar disminuyendo estas enfermedades.

Antecedentes

Las enfermedades diarreicas agudas, conocidas como "gastroenteritis" fueron desde el inicio de la República causa de enfermedad y muerte en la población infantil de nuestro país.

En la segunda década del presente siglo comienza a gestarse un movimiento encaminado a reducir la mortalidad infantil y, por ende, las enfermedades diarreicas agudas. En un análisis de las defunciones por enteritis realizado por

el doctor *Alberto Sánchez de Fuentes*, en 1915, refiere que en el trienio 1910-1912, de cada 1 000 nacidos vivos se registraban en: Pinar del Río, 98,6 defunciones; Sta. Clara, 96,5; Ciudad de La Habana, 94,8; Matanzas, 92,8; Provincia de La Habana, 91,1; Oriente, 59,4; y Camagüey, 58,4 defunciones. Señalaba que Cuba, al igual que otros países, tenía que pagar el triste tributo de perder anualmente miles de niños por esta enfermedad.¹ En Pinar del Río, entre los años 1900 a 1915, la enteritis y diarreas en el grupo de 0 a 2 años constituyó el 34,8% de la mortalidad infantil.² *García Rivera* (1914) incluye el término de enfermedades distróficas, entre las que señala: prematuridad; debilidad congénita; gastroenteritis; y desnutrición, y señala que en Pinar del Río el 67% de las defunciones de menores de 1 año eran causadas por las enfermedades distróficas.³ *Fosalba* (1914) relata cómo la mortalidad infantil se elevaba extraordinariamente en Cuba a partir de mayo, y comenzaba a disminuir

* Especialista de II grado en organización y administración de salud y de I grado en pediatría. Miembro del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

** Especialista de I grado en pediatría. Profesor auxiliar de pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas No. 2 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

*** Especialista de I grado en pediatría. Jefe del departamento Materno-infantil del Ministerio de Salud Pública. Profesor de salud materno-infantil del Instituto de Desarrollo de la Salud.

cuando la temperatura comenzaba a descender, y relacionaba este fenómeno con el incremento de las enfermedades diarreicas.⁴ En 1917, el doctor *Oscar Alcalde*, de Cienfuegos expresa "de tal modo han comprendido los gobiernos, los pediatras y los filántropos, que pueden considerarse casi sinónimos, los términos protección de la infancia, como protección contra la gastroenteritis". Expresa en su trabajo que de 1903 a 1912 la tasa de mortalidad por gastroenteritis en Cuba fue de 398,1 por cada 1 000 nacimientos. Enfatizaba que los niños que eran alimentados al pecho y los mejor nutridos eran más resistentes a la enfermedad. Ya por esta época se hacía referencia a las infecciones cruzadas en las salas, probablemente por las manos de las enfermeras. En sus conclusiones propone, que siendo la gastroenteritis la enfermedad que más muertes causaba en nuestro país, crear un premio especial para el profesional que más se destacara en la lucha contra esta enfermedad.⁵ *Le Roy* (1928) expone una tabla estadística de 1902 a 1928, donde se observa que la mortalidad por gastroenteritis ocupó siempre el primer lugar como causa de muerte en los menores de 2 años.⁶

Aballi (1931) hace referencia a cifras internacionales que de cada 1 000 niños menores de 1 año que mueren, 100 son debido a las afecciones del aparato digestivo. Señala que en Cuba esa cifra sobrepasa las 800 defunciones por cada 1 000 que ocurren en menores de 1 año. Enfatiza que las causas fundamentales están dadas por la baja lactancia materna, la falta de educación higiénica a la población, por parte, tanto del aparato de sanidad como de médicos y enfermeras y por la mala calidad de la leche fresca que se ofrece a la población. Expresa el peso tan grande que representan las defunciones por enfermedades diarreicas, que contribuyen a incrementar la mortalidad infantil. Critica, por otra parte, las estadísticas sanitarias y, en relación con los nacimientos, considera que las cifras registradas de

éstos son falsas. Ejemplifica su opinión, en que haciendo un cómputo del registro de nacimientos en todas las regiones del país en las diferentes parroquias, con aquéllos inscritos en los registros civiles, resultó que el número de niños bautizados era superior al número de inscripciones oficiales.⁷

Elias y Hernández (1969) hicieron un estudio estadístico de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, desde los años 1910 a 1964, para lo cual fue necesario hacer adaptaciones desde la clasificación de Bertillon hasta la Clasificación Internacional. En dicho trabajo se encontró que teniendo en cuenta el subregistro existente, tanto en la notificación como en el número de nacimientos, entre los años 1910 y 1916, la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 1 año fue de 70,5 por cada 1 000 habitantes, y al final de su trabajo en el periodo de 1959 a 1964 esta tasa se había reducido a 11,2 por cada 1 000 habitantes.⁸

Situación en América Latina

En América Latina fallecen alrededor de 1 millón de niños menores de 5 años cada año y de éstos, la mayoría son menores de 1 año. En más de 250 000 de estos niños la causa básica de muerte es la enfermedad diarreica aguda.⁹

A finales de la década del 60, las infecciones entéricas constituyeron una de las 3 primeras causas de muerte en niños menores de 1 año en 22 países de las Américas. Además, en 11 países con una población equivalente al 69% de la población total de 20 países analizados, estas enfermedades fueron la causa de muerte de más del 15% de todas las defunciones registradas antes del 5to. mes de vida.¹⁰ La Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez realizada en 10 países de las Américas evidenció, que las enfermedades entéricas constituyen la causa principal de muerte en el grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias en las ciudades estudiadas. Las tasas de mor-

talidad por estas enfermedades en esa investigación fluctuaron entre 222 y 1 194 defunciones por cada 100 000 niños menores de 5 años, y éstas fueron mucho más elevadas en los menores de 1 año.¹¹

Behar (1975) destaca que los procesos diarreicos constituyen uno de los problemas de salud más graves en la mayor parte de los países de América Latina, sobre todo en los niños de poca edad. Hace referencia a la interrelación existente entre los procesos diarreicos y el estado de nutrición de la población infantil. Califica esta interrelación de sinérgica, y hace referencia a la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez, donde aparece la desnutrición proteicoenergética asociada con el 60,8% de las defunciones por enfermedad diarreica.¹²

Kasse Acta (1976) señala que la incidencia de diarreas en los países tropicales no está condicionada solamente por el clima, sino que la gran frecuencia de éstas, está asociada a factores socioeconómicos, tales como: las pobres condiciones higienicosanitarias, falta de educación sanitaria, analfabetismo y a los sistemas inadecuados de salud, y que el clima influye en el agravamiento de los pacientes que enferman. Refiere en otra parte de su trabajo que en la República Dominicana la mortalidad por enfermedades diarreicas representó el 16,4% del total de defunciones, que es equivalente a la suma de defunciones que en su país se registran por cáncer y enfermedades del corazón, conjuntamente.¹³

Esparza (1978) informó que la gastroenteritis constituye el primer problema sanitario en Venezuela, y que anualmente mueren más de 5 000 niños afectados por esta enfermedad. Asimismo señaló que entre los años 1971 y 1972 ocurrieron en su país mensualmente 230 000 problemas diarreicos en niños menores de 2 años, lo que representaba alrededor de 900 000 días de hospitalización, con un costo aproximado de 20 mi-

llones de bolívars —5 millones de dólares.¹⁴

Hemos realizado el análisis de la mortalidad por enteritis y otras enfermedades diarreicas en un grupo seleccionado de países de América en menores de 1 año, preescolares y escolares.¹⁵

En el cuadro I se resumen las tasas específicas de mortalidad por este rubro, informadas durante los últimos años. En éste puede observarse marcada desproporción entre la mortalidad en los países industrializados y en los subdesarrollados. Canadá y EEUU registran tasas de mortalidad extremadamente bajas por enteritis y otras enfermedades diarreicas en los 3 grupos de edad, mientras que en el extremo opuesto se destacan por su alta mortalidad Paraguay, Ecuador, Nicaragua, El Salvador y México. No se incluyen en el cuadro, Guatemala, Haití, Brasil y Bolivia por no tener los datos disponibles; sin embargo, a juzgar por las mortalidades infantil y preescolar que ellos presentan podemos afirmar que la mortalidad por enfermedades diarreicas en los mismos debe ser semejante a la de los países que aparecen en el cuadro con mayores tasas de mortalidad.

Analizando el subregistro existente en la mayor parte de los países de América Latina, que se evidenció en la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez,¹¹ podemos afirmar que muchas de las cifras de mortalidad que aparecen en el Anuario Estadístico de la OMS, 1977¹⁶ están por debajo de las que se producen realmente. Llama la atención las cifras tan elevadas de mortalidad en todas las edades, pero fundamentalmente en el preescolar y el escolar. Esto hace evidente el substrato nutricional que presenta la mortalidad por esta entidad.

Las enfermedades diarreicas a partir de la década de 1960

El cuadro de salud infantil en Cuba al inicio de los años 60 era bastante sombrío. En 1962 las enfermedades diarreicas agudas ocupaban el tercer lugar

CUADRO I

MORTALIDAD POR ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES
DIARREICAS (A5) EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA

Países	Años	Infantil menores de 1 año tasa por 1 000 N. V.	Prescolar 1-4 años tasa por 10 000 hab.	Escolar 5-14 años tasa por 100 000 hab.
Canadá	1975	0.2	0.1	0.0
Chile	1975	7.1	0.2	1.0
Costa Rica	1975	6.8	3.6	1.2
Cuba	1977	2.6	0.6	0.5
Ecuador	1974	15.6	29.7	15.6
El Salvador	1974	12.8	19.3	20.3
EEUU	1975	0.2	0.1	0.1
Honduras	1975	8.3	25.1	27.3
México	1974	10.8	12.5	14.0
Nicaragua	1973	15.1	20.1	23.1
Panamá	1974	3.1	7.5	10.9
Paraguay	1975	16.6	18.3	22.0
República Dominicana	1975	7.9	9.0	5.1
Trinidad-Tobago	1974	8.0	4.3	6.2
Uruguay	1974	3.8	0.8	0.5
Venezuela	1975	7.1	4.6	2.2

Fuente: World Health Statistics Annual, 1977.

como causa de mortalidad general y era la primera causa de muerte en menores de 1 año en nuestro país. Ese año se registraron 4 157 defunciones por esta causa en todas las edades para una tasa de 57,3 por cada 100 000 habitantes, de los cuales, 3 210 se produjeron en menores de 1 año para una tasa de 12,9 por cada 1 000 nacidos vivos.¹⁶ Ese año las defunciones en menores de 1 año representaron el 30,9% del total de defunciones en ese grupo de edad; y el 77,2% de todas las defunciones por enfermedades diarreicas agudas.¹⁷

Esto dio lugar a que se hiciera un análisis en detalle del cuadro de salud infantil que concluyera con el establecimiento de un programa de lucha contra la gastroenteritis, el cual estaba basado, fundamentalmente, en: atención médica ambulatoria o institucional (hospitalización); incremento de camas dedicadas a estas enfermedades en los servicios de pediatría de los hospitales; y una campaña de educación sanitaria dirigida a la población. Este programa se resume en:

1. Creación de servicios de EDA independientes de otras enfermedades

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 enfermedad diarreica aguda.
4. Creación, en los hospitales infantiles y servicios de pediatría en hospitales generales, de las "comisiones de gastroenteritis" para analizar el movimiento hospitalario de las salas, letalidad, ingresos, egresos, etc.; así como problemas de infecciones cruzadas, dificultades materiales, hacinamientos, etc.
5. Creación de normas para el control de la EDA al nivel de policlínico y hospital elaboradas en conjunto por los departamentos de pediatría e higiene y epidemiología.
6. Discusión en forma crítica, sobre los casos de fallecimiento por esta enfermedad, 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, para mejorar la calidad de la atención médica.
8. Establecimiento de medidas de divulgación, tendentes 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 (CDR, FMC, 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 las Ciencias y los consejos de escuelas, para no sólo lograr que el maestro conozca el programa, sino adquiriera la responsabilidad para 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 los bancos de leche materna en los servicios de neonatología.
 10. Inicio del desarrollo de los laboratorios de microbiología, para estudiar mejor las causas de las enfermedades diarreicas agudas.

La ejecución de este programa permitió una reducción de la mortalidad en todas las edades por esta enfermedad en los años que siguieron a 1962.

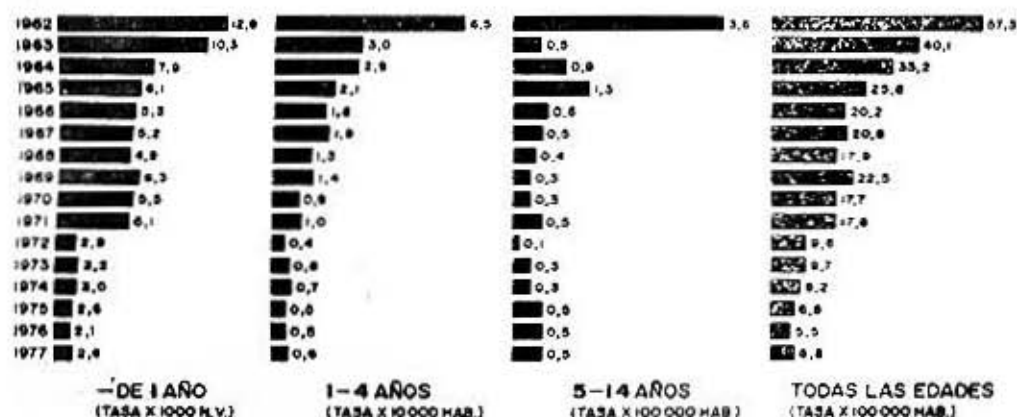
En el gráfico 1 se expone la disminución experimentada en los diferentes grupos de edad, entre 1962 y 1977.

En este periodo se reduce la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en el 80% en los menores de 1 año; en el 91% en el grupo de 1 a 4 años; y en el 62% en el de 5 a 14 años. La mortalidad por esta enfermedad en todas las edades fue disminuida en el 88%.

El cuadro II resume los porcentajes de participación de los diferentes grupos de edad, en relación con el total de defunciones por enfermedades diarreicas en todas las edades.

Gráfico 1

MORTALIDAD POR ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS (B-4)
EN MENORES DE 15 AÑOS POR GRUPOS DE EDADES
CUBA, 1962-1977



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

En el grupo menor de un año, en 1962, las defunciones por enfermedades diarreicas agudas representaba el 77,2% de todas las defunciones; mientras que en 1977 el porcentaje de participación disminuyó al 66,2%. En el preescolar hubo una disminución porcentual en este periodo de 12,3% en 1962 al 8,4% en 1977. Es en el escolar donde el porcentaje aumenta ligeramente de 1,4% a 1,8%.

Cuando analizamos el peso que tienen las enfermedades diarreicas agudas en la mortalidad por grupos de edad, sobre todo en los menores de 15 años, vemos cómo en 1962 el número de defunciones por esta enfermedad representa en el menor de 1 año, el 30,9%; en el preescolar (1 a 4 años) el 31,7% y en el escolar (5 a 14 años), el 7,1%. Este año las defunciones por esta enfermedad representaron el 8,4% de todas las defunciones que se produjeron en el país en todas las edades.

Después de iniciados y desarrollados los programas de lucha contra las enfermedades diarreicas agudas y el de reducción de la mortalidad infantil, el panorama observado es totalmente diferente al del año 1962.

En 1977 las defunciones por enfermedades diarreicas agudas representan el 10,4% del total de defunciones de niños menores de 1 año; el 5,8% de las de 1 a 4 años; y el 1,1% de los de 5 a 14 años. Las defunciones por estas enfermedades representan el 1,2% de las defunciones acaecidas en toda la República, en todas las edades (cuadro III).

En Cuba las enfermedades diarreicas agudas han estado priorizadas desde el inicio de la década de los años 60. Al inicio del programa se asignó a estas enfermedades el 30% de las camas pediátricas del país, y a medida que las mismas han ido disminuyendo, las camas destinadas a estas enfermedades también se han ido reduciendo.

En el gráfico 2 se detalla el porcentaje de distribución de las camas pediátricas en 1977,¹³ y se puede observar que las enfermedades diarreicas tienen asignadas el 21,6% de todas las camas del país. Esto ha permitido que se pueda realizar el ingreso precoz de estos enfermos, lo que contribuye a una recuperación más rápida de éstos.

Los indicadores generales del movimiento hospitalario de los servicios de

CUADRO II

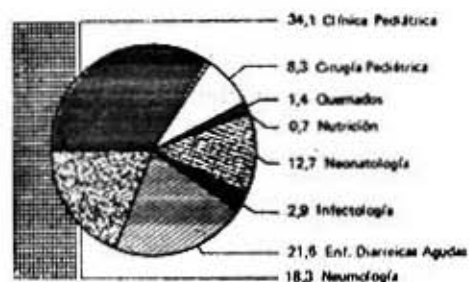
PORCENTAJES DE PARTICIPACION DE LAS DEFUNCIONES POR ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS POR GRUPOS DE EDADES EN RELACION CON EL TOTAL DE DEFUNCIONES POR ESTE RUBRO. CUBA, 1962-1977

Años	Porcentajes de defunciones			
	Menores de 1 año	1-4 años	5-14 años	Todas las edades
1962	77.2	12.3	1.4	100.0
1963	90.6	8.0	0.3	100.0
1964	83.3	9.4	0.6	100.0
1965	80.8	8.9	1.1	100.0
1966	87.4	9.5	0.7	100.0
1967	79.4	10.1	0.5	100.0
1968	83.2	8.1	0.5	100.0
1969	86.5	6.8	0.3	100.0
1970	86.6	5.6	0.4	100.0
1971	83.6	5.8	0.6	100.0
1972	83.3	3.9	0.4	100.0
1973	81.1	6.4	0.8	100.0
1974	79.5	3.2	0.9	100.0
1975	73.9	6.6	1.7	100.0
1976	69.8	7.7	1.9	100.0
1977	66.2	8.4	1.8	100.0

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

Gráfico 2

PORCENTAJE DE CAMAS PEDIATRICAS POR ESPECIALIDADES, 1977



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. Censo de Camas, marzo, 1978.

CUADRO III

PORCENTAJES DE PARTICIPACION DE LAS DEFUNCIONES POR ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS (A5) EN RELACION CON EL TOTAL DE DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDADES. CUBA, 1962-1977

Años	Porcentajes de defunciones			
	Menores de 1 año	1-4 años	5-14 años	Todas las edades
1962	30.9	31.7	7.1	8.4
1963	27.2	17.4	1.0	6.1
1964	20.9	17.6	2.3	5.3
1965	16.0	12.4	2.8	4.0
1966	14.2	10.2	1.3	3.1
1967	14.3	10.5	1.0	3.3
1968	12.8	7.6	0.8	2.8
1969	14.3	7.6	0.6	3.4
1970	14.3	7.0	0.7	2.8
1971	14.2	8.7	1.1	2.9
1972	9.9	3.4	0.3	1.7
1973	10.8	5.3	0.8	1.7
1974	10.2	5.7	0.7	1.4
1975	9.6	4.5	1.2	1.3
1976	9.2	4.8	1.2	1.0
1977	10.4	5.8	1.1	1.2

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

enfermedades diarreicas agudas se muestran en el cuadro IV.

En éste puede observarse una serie cronológica de 1968 a 1976, en la que los ingresos en este periodo han fluctuado entre 50 000 y 70 000 por año en estos servicios en todo el país. Se destaca la disminución que se ha venido observando en el promedio de estadia de los pacientes en las salas, lo cual ha permitido mayor número de ingresos

CUADRO IV

MOVIMIENTO HOSPITALARIO: INDICADORES GENERALES EN SERVICIOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, CUBA, 1968-1976

Años	Ingresos	Promedio de camas reales	Promedio de estadia	Indice ocupacional	Mortalidad hospitalaria neta	Mortalidad hospitalaria bruta
1968	52 039	2 175	9,5	69,1	2,0	2,6
1969	59 289	2 442	8,4	63,3	2,6	3,3
1970	65 871	2 144	7,0	58,1	1,7	2,2
1971	62 215	1 933	6,9	64,5	1,7	2,2
1972	63 797	1 993	6,9	56,1	1,0	1,3
1973	73 092	2 157	7,1	68,1	0,8	1,1
1974	65 624	2 094	7,1	62,7	0,8	1,1
1975	72 299	2 094	7,1	68,4	0,6	0,8
1976	70 040	2 023	6,8	64,5	0,5	0,7

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública. Informes anuales de movimiento hospitalario por enfermedades diarreicas agudas, 1968 a 1976.

con un número similar de camas. El índice ocupacional se ha mantenido bajo en todos estos años; ello se debe, por una parte, a que en estos servicios se trata por todos los medios de evitar al hacinamiento de las camas; y por otra, a que en ciertos meses del año estas salas se encuentran con muy pocos ingresos.

Lo más importante que debe señalarse es la disminución de la mortalidad hospitalaria neta y bruta en estos servicios, que ha llegado en 1976 a 0,5 y 0,7%.

Causas de las enfermedades diarreicas agudas en Cuba

Los datos relacionados con el origen bacteriano de las enfermedades diarreicas agudas en Cuba, no han presentado ninguna variación en cuanto a los agentes causales en los diferentes trabajos revisados.¹⁹⁻²² Así vemos que el profesor Jordán y colaboradores en 200 casos estudiados en el bienio 1956-1957 en el Hospital Municipal de Infancia de La

Habana, demostraron el origen bacteriano en 55 casos. De éstos, el 64% fueron producidos por *Escherichia coli*, 17% por *Salmonella* y el 6% por *Shigella*.¹⁹

El Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, en 1963 realizó 1 670 coprocultivos en dos grandes hospitales de la ciudad de La Habana "William Soler" y "A. A. Aballí" con positividad en el 82%. De éstos el 39% fue producido por *Escherichia Coli*, seguido por la *Salmonella* y la *Shigella*.²⁰

El cuadro V resume el total de coprocultivos realizados en Cuba en los laboratorios de microbiología desde 1966 a 1977.

Aquí se incluyen los coprocultivos efectuados, tanto a niños como a adultos ingresados en hospitales, atendidos en policlínicos y los efectuados a manipuladores de alimentos.²¹

En el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología se mantiene el control de todos los laboratorios

CUADRO V

COPROCULTIVOS REALIZADOS Y POSITIVIDAD POR TIPOS DE GERMESES.
LABORATORIOS DE MICROBIOLOGÍA.* CUBA, 1966-1977

Años	Coprocultivos		% de positividad	Gérmenes encontrados			
	Realizados	Positivos		<i>E. coli</i>	<i>Salmonella</i>	<i>Shigella</i>	Sin tipificar y otros
1966	148 033	18 095	12,22	9,29	1,99	0,94	—
1967	295 952	19 834	8,77	7,17	0,84	0,76	—
1968	163 551	15 078	9,22	7,34	1,40	0,45	0,03
1969	188 717	18 848	9,99	7,84	1,92	0,46	0,23
1970	285 006	29 691	10,42	7,97	1,99	0,44	0,02
1971	325 974	36 065	11,06	8,28	2,25	0,46	0,07
1972	397 516	52 208	13,13	10,27	2,20	0,43	0,23
1973	423 051	56 511	13,36	10,67	1,78	0,78	0,13
1974	422 709	59 709	14,13	11,19	1,79	0,77	0,38
1975	374 342	45 682	12,20	9,32	2,13	0,63	0,12
1976	360 478	47 870	13,28	10,30	2,07	0,80	0,11
1977	346 012	45 796	13,24	9,43	2,46	0,98	0,37

Fuente: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Habana, Julio, 1978.

* Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Laboratorios de Microbiología de Unidades de atención primaria y secundaria.

de microbiología existentes en el país, tanto al nivel de provincias como de hospitales.

Como puede observarse en los últimos años el desarrollo de estos laboratorios en toda la República ha hecho posible realizar una cifra que ha fluctuado entre 300 y 400 000 coprocultivos, y observar una positividad que varía entre el 9,0% y el 14,0%.

El germen con mayor frecuencia encontrado, ha sido la *Escherichia coli*, seguida de la *Salmonella* y la *Shigella*, lo cual coincide con lo afirmado por la mayor parte de los autores en nuestro medio.

Debemos añadir que en este estudio de 12 años, realizado sobre esta enfermedad, por el Instituto Nacional de Hi-

giene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), las de *E. coli* más frecuentemente encontradas fueron las de los tipos 026 y 055. En *Salmonellas* el grupo B y C, y en *Shigellas* el B, tipo *flexner*. Si se analizan sólo en estos 12 años los coprocultivos realizados a enfermos hospitalizados, la positividad es de 25%, sin variaciones importantes en los gérmenes aislados.

En el transcurso del desarrollo del programa se profundizó en elementos establecidos y se incorporaron otros que han contribuido de manera notable a reducir la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas. Entre ellos podemos destacar los siguientes:

— Mejoramiento del nivel de vida de la población; se eliminó el desem-

pleo y el analfabetismo: la educación y salud son gratuitos y alcanzan una cobertura nacional; reducción de los alquileres y distribución equitativa de los alimentos.

- Incremento de los niveles de educación, tanto en los niños como en los adultos, lo que ha permitido alcanzar una conciencia sanitaria en toda la población, que sin duda ha repercutido sobre esta enfermedad.
- Mejoría de la vivienda, ya que existe un programa de fabricación de nuevas viviendas en todo el país que ha contribuido a mejorar las condiciones higiénicas sanitarias.
- La creación de nuevas comunidades en las áreas rurales.
- La ampliación y reparación de redes de distribución de agua en las ciudades y la ejecución de nuevos acueductos y alcantarillados en áreas urbanas.
- Control de las normas administrativas de diagnóstico y tratamiento de las salas de gastroenteritis que aparecen en las Normas de Pediatría.²³
- Consultas de seguimiento de los pacientes egresados de las salas de gastroenteritis, que permiten conocer la evolución periódica del niño.
- Eliminación del hacinamiento de las salas de gastroenteritis, lo que mejoró la calidad de la cama pediátrica y redujo las infecciones cruzadas.
- Incremento de camas pediátricas dedicadas a pacientes con esta enfermedad.
- Incorporación de la madre acompañante en todas las salas de gastroenteritis del país, que además de garantizar mejor atención del niño, 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.
- Mejoramiento del estado nutricional de la población infantil.
- Toma de conciencia por parte de nuestro personal médico y paramédico sobre lo que representa esta enfermedad en nuestros niños.
- 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 en los niveles nacional, provincial, municipal y de área.
- La implantación en 1974, del nuevo modelo de atención médica primaria (ambulatoria) de medicina en la comunidad, que con sus principios de atención médica sectorizada y continuada, permite, además de una relación óptima médico-paciente, el seguimiento individual de cada enfermo, el conocimiento de las características del medio que lo rodea y, por consiguiente, su transformación.²⁴

CONCLUSIONES

La mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba ha experimentado una evidente reducción a partir de la puesta en práctica de los programas de: lucha contra la gastroenteritis en 1962 y de reducción de la mortalidad infantil en 1970. Consideramos que estas enfermedades deben continuar disminuyendo en los próximos años mediante la atención médica, la educación sanitaria y el mejoramiento de las condiciones higienicosanitarias del país. Por otra parte, las inversiones que rea-

liza el Estado en la construcción de viviendas en gran escala en las zonas urbanas; las nuevas comunidades rurales que surgen en nuestros campos; la construcción de vías de comunicación, sobre todo en las áreas rurales; la construcción de acueductos y alcantarillados; así como el mejoramiento en las redes de distribución del agua en las ciudades; y el mejoramiento de la calidad de la leche fresca, unido a una red de pasteurizadoras distribuidas en toda la República, harán posible esta reducción.

El mejoramiento de las condiciones de vida del pueblo, unido al aumento de nuestros médicos y enfermeras, con mejor preparación técnica y humana; el incremento del nivel educacional de la población; y la profundización en los

estudios epidémicos, clínicos y microbianos de estas enfermedades, hará que en los años venideros las cifras se reduzcan mucho más.

En este trabajo se resumen las experiencias obtenidas en 15 años de tener establecido programas de lucha contra las enfermedades diarreicas agudas.

En el mismo se pone de manifiesto que no es necesario esperar a que cambien totalmente las condiciones 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, que abarque a todo el pueblo y que logre sensibilizar a todo su personal de salud en que "no hay nada más importante que un niño".

SUMMARY

Riverón Corteguera, R. et al. *Acute diarrheal diseases in Cuba*. Rev Cub Ped 51: 3, 1979.

It is briefly exposed how the acute diarrheal diseases known as "gastroenteritis" were a cause of disease and death from the beginning of the republic. Different results of papers conducted by several authors which dealt with mortality for those diseases are exposed. The Latin-American situation according to several authors is statistically represented, and the general situation of diarrheal diseases in Cuba from 1960 is summarized. The different factors which have played a role in the reduction of morbidity for that entity in our country are analyzed, and all plans and control programs currently in force which are aimed at the continuous reduction of its incidence are pointed out.

RESUME

Riverón Corteguera, R. et al. *Maladies diarrhéiques aiguës à Cuba*. Rev Cub Ped 51: 3, 1979.

Les auteurs exposent brièvement comment les maladies diarrhéiques aiguës, connues, sous le nom de "gastro-entérite", ont été une cause de maladie et de mort dès le début de la République. Ils montrent divers résultats de travaux réalisés par différents auteurs, à propos de la mortalité par ces maladies. Ils montrent la situation de l'Amérique latine par des données statistiques, selon le critère de différents auteurs, et synthétisent le tableau général des maladies diarrhéiques à Cuba, à partir 1960. Une analyse est faite portant sur les divers facteurs qui ont intervenu dans la réduction de la morbidité par cette entité à notre pays, et tous les plans et programmes de contrôle existant actuellement en vue de diminuer encore plus ces maladies sont signalés.

РЕЗЮМЕ

Риверон Кортегеяра, Р. и др. Острые заболевания поносом на Кубе. *Rev Cub Ped*, 51: 3, 1979.

В настоящей работе в краткой форме излагается о том, как острые заболевания поносом, известные как "гастроэнтерит", представляли собой причину болезни и смерти среди детского населения с самого начала становления Республики. Демонстрируются результаты различных работ, проведенных разными авторами, о смертности, вызываемой вышеназванными заболеваниями. С помощью статистических данных приводятся характеристики положения в Латинской Америке, согласно критериям, некоторых авторов, а также синтезируется общая картина заболеваний поносом на Кубе, начиная с десятилетия 1960 года. Проводится анализ различных авторов, которые повлияли на понижение смертности в нашей стране, которая вызывается подобными заболеваниями, кроме того приводятся планы и программы контроля, которые имеются у нас в настоящее время и направляемые на дальнейшее снижение количества смертных случаев, вызванных этими болезнями.

BIBLIOGRAFIA

1. *Sánchez de Fuentes, A.* Mortalidad infantil en Cuba: Sus causas, distribución geográfica, medidas profilácticas que deben adoptarse. *Boletín Oficial de Sanidad y Beneficencia* 17: 51-80, 1917.
2. *Cuervo, L.* Estudio de la mortalidad infantil en el término municipal de Pinar del Río y medidas que deben ponerse en práctica a fin de disminuirla. *Boletín Oficial de Sanidad y Beneficencia* 17: 51-80, 1917.
3. *García Rivera, A.* La mortalidad infantil en Pinar del Río: Etiología y profilaxis. *Boletín Oficial de Sanidad y Beneficencia* 11: 403-425, 1914.
4. *Fosalba, R. J.* La mortalidad y la morbilidad infantil en la República de Cuba. *Boletín Oficial de Sanidad y Beneficencia* 11: 659; 735, 1914.
5. *Alcalde, O.; Trujillo, C. T.* Contribución al estudio de la mortalidad infantil en Cienfuegos, sus causas y medios para reducirla. *Boletín Oficial de Sanidad y Beneficencia* 18: 435-466, 1917.
6. *Le Roy Cassa, J.* Mortalidad y morbilidad infantil en Cuba. *Boletín Oficial de Sanidad y Beneficencia* 33: 599-622, 1928.
7. *Aballí, A. A.* Sobre mortalidad infantil en Cuba: Necesidad de organizar entre nosotros una campaña de protección a la infancia. *Bol Soc Cub Ped* 3: 35-58, 1931.
8. *Elias, A.; Hernández, E. M.* Enfermedades diarreicas en Cuba: Mortalidad 1910-1964. Trabajo de terminación del curso de estadística. Unidad docente "C. J. Finlay". Folleto mimeografiado. Ciudad de La Habana, mayo, 1969.
9. *Soriano, H.; Macaya, J.* Síndrome diarreico agudo. Libro de Pediatría Meneghello. Vol II pág. 278, Chile, 1970.
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Stgo. de Chile, octubre 2 al 9 de 1972. Documento Oficial OPS No. 118, pág. 108, 1973.
11. *Puffer, R. B.; Serrano, C. V.* Características de la mortalidad en la niñez. Publicación Científica de la OPS No. 262, Washington, D. C. 1973.
12. *Behar, M.* Importancia de la alimentación y la nutrición en la patogenia y prevención de los procesos diarreicos. Publicación Científica OPS No. 302 pág. 48-55, Washington, D. C. 1975.
13. *Kasse Acta, E.* Etiología y epidemiología de las infecciones entéricas. *Arch Dom Ped* 12: 85-89, 1976.
14. *Esparza, J.* Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC). Informe al Primer Congreso de Ciencia y Tecnología: Información Corriente Vol III, No. 29, julio 19, 1978.
15. World Health Organization: World Health Statistic Annual Vol I, Ginebra, 1977.

16. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual 1977, Libro impreso CNICM, Ciudad de La Habana, abril 1977.
17. *Riverón Corteguera, R. y otros*. Morbimortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba, 1962-1973. *Rev Cub Ped* 48: 7-15, 1973.
18. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estadística. Censo de camas, 1977. Folleto mimeografiado, Ciudad de La Habana, marzo, 1978.
19. *Jordan Rodríguez, J. J. y otros*. Etiología de la diarrea aguda del lactante. *Rev Cub Ped* 30: 569; 592, 1958.
20. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Estudio preliminar sobre la etiología de las diarreas agudas en Cuba. *Rev Cub Ped* 36: 145-155, 1964.
21. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Informe de coprocultivos realizados en Cuba, 1966-1977. Ciudad de La Habana, julio, 1978.
22. *Bertoli de Armas, G.* Estudio clínico y epidemiológico de 3444 casos de enfermedades diarreicas agudas. *Rev Cub Ped* 39: 501; 515, 1967.
23. Ministerio de Salud Pública Normas de Pediatría, pág. 43-47. Ed. Científico Técnica Instituto Cubano del Libro, La Habana, diciembre, 1975.
24. *Córdova Vargas, L.; Amador García, M.* Prevención de la malnutrición en Cuba. XI Congreso Internacional de Pediatría, Nueva Delhi, India, octubre, 1977.

Recibido: noviembre 18, 1978.

Aprobado: febrero 5, 1979.