

Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/coutin.pdf>

Morbilidad oculta por Enfermedades Diarreicas Agudas en Cuba

*Gisele Coutin Marie¹, Idalis Morales Palanco, Daniel Rodríguez Milord³,
Pablo Héctor Aguiar Prieto⁴*

Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud

Resumen

Introducción: Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados. Se estima que en los menores de 5 años se producen entre 750 y 1 000 millones de episodios diarreicos y cerca de 5 millones de defunciones anuales por esta causa. Estas enfermedades están muy relacionadas con las condiciones de vida de las personas, su nivel educacional y status socioeconómico. En Cuba la mortalidad por esta causa es mínima y la morbilidad es comparable a los países desarrollados tanto en atenciones médicas de los menores de cinco años como en los restantes grupos de edad. No obstante, la morbilidad por esta causa representó en el año en 2004 un total de 675 212 atenciones médicas para un índice de 5999.6 por 10⁵ habitantes, lo cual la mantiene como una causa muy frecuente de demanda de atención en los servicios de salud. **Método:** Se realizó un estudio transversal para estimar la prevalencia de EDA en Cuba durante la semana del 14 al 19 del mes de marzo del 2005, en una muestra de 4500 personas seleccionadas en municipios pertenecientes a tres estratos

de condiciones de vida diferentes. Se utilizó un diseño muestral polietápico y las unidades de análisis se obtuvieron en familias seleccionadas al azar en los Consultorios del Médico de Familia de los municipios elegidos. Las variables analizadas fueron antecedentes de enfermedad diarreica, edad, sexo, asistencia a servicios de salud, tipo de servicio de salud visitado, realización de tratamiento e ingreso en servicios de salud. **Resultados:** La prevalencia de la enfermedad en el país fue de 14%, menor que la obtenida en el último estudio nacional realizado, fue mayor en el estrato de peores condiciones de vida y en los menores de 1 año, la mayor proporción de personas que no realizó tratamiento correspondió al estrato de condiciones de vida desfavorables. **Conclusiones:** Los hallazgos de esta investigación evidencian la existencia de brechas entre los municipios del país que pudieran incrementar el riesgo de morbilidad por otras enfermedades transmisibles.

Palabras claves: Enfermedades diarreicas agudas, morbilidad oculta, prevalencia, condiciones de vida.

Introducción

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) constituyen uno de los problemas de salud más graves que enfrentan los países subdesarrollados en el mundo actual, representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años. Se estima en este grupo de edad entre 750 y 1 000 millones de episodios diarreicos y cerca de 5 millones de defunciones anuales por esta causa; o sea, unas 10 defunciones cada minuto. Estas enfermedades son responsables de alrededor de 2 millones de muertes anuales y están muy relacionadas con las condiciones de vida de las personas, su nivel educacional y status socioeconómico. En los Estados

Unidos se estima que se producen entre 211 y 300 millones de episodios anuales, es decir alrededor de 1,4 episodios por persona al año, que son responsables de más de 900 000 hospitalizaciones y 6000 defunciones anuales. ⁽¹⁾

En Cuba la mortalidad por esta causa es mínima y la morbilidad es comparable a los países desarrollados tanto en atenciones médicas de los menores de cinco años como en los restantes grupos de edad. No obstante, la morbilidad por esta causa representó en el año 2003 el 10% del total de atenciones médicas brindadas por nuestro sistema de salud (746 164 atenciones) y aunque en el año 2004 esta cifra disminuyó a 675 212 atenciones para un índice de 5999.6 por 10⁵ habitantes y un 9% de reducción con relación al año anterior, todavía se mantiene como una causa muy frecuente de demanda de atención en los servicios de salud. ^(2,3)

En los últimos años se ha producido una tendencia a la disminución de las EDA y los expertos consultados coinciden en varios factores que pueden explicar la misma, entre otros, la intensificación de la Vigilancia de la calidad del agua para el consumo público e incremento de las acciones para el mejoramiento de la cloración y potabilidad y la mejoría en las condiciones higiénicas de las escuelas lo cual ha reducido el número de brotes. ⁽⁴⁾

Independientemente de los logros obtenidos por la salud pública en Cuba y de las medidas tomadas por el Estado, aún existen diferencias en cuanto a condiciones de vida en sectores de la población cubana en general, las que a su vez repercuten en múltiples aspectos de la salud. Varios estudios realizados en los últimos años, han enfocado su atención en identificar las diferencias en el estado de salud de los territorios con grados de desarrollo socioeconómico y condiciones de vida desiguales, para implementar métodos

que sirvan al sistema de salud para evaluar estas diferencias y estudiar problemas de salud vinculados a ellas.^(5,6,7,8)

A pesar de la reducción gradual del número de consultas médicas por EDA en los últimos tres años, en el país se mantienen factores de riesgo importantes y muy vinculados a las condiciones de vida de las personas como son: las dificultades existentes con el abasto de agua, más crítica en la región oriental debido a la intensa sequía que afectó a las provincias de Camagüey, Las Tunas y Holguín; los desbordamientos de aguas albañales; las dificultades con la recogida de desechos sólidos, los problemas con la conservación y manipulación de los alimentos, así como la presencia de vectores, entre otros, que condicionan un escenario sanitario actual favorecedor de la aparición de brotes y epidemias^(9,10). Esta situación evidencia la necesidad de mantener una estrecha vigilancia sobre las EDA, la cual debe comenzar por un mejor conocimiento de su de la morbilidad y sobre todo de la morbilidad oculta. En este trabajo se publican los resultados de una encuesta nacional realizada con el propósito de estimar la prevalencia de EDA en Cuba según algunas variables seleccionadas y en estratos de condiciones de vida diferentes.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, de los conocidos como estudios de prevalencia, en la población de Cuba, durante la semana del 14 al 19 de marzo del año 2005. El universo de estudio estuvo conformado por los 11 230 076 habitantes del país según estimación del 31 de diciembre del año 2003, de los cuales se escogió una muestra de 1500 personas en cada uno de los tres estratos del país correspondientes a la estratificación según Índice de Condiciones de Vida de ME Astraín y colaboradores,⁽¹¹⁾ lo cual representó un total de 4500 personas en todo el país. El número de sujetos

necesarios en cada estrato se determinó a partir de la siguiente expresión⁽¹²⁾:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o - 1}{N}}, \text{ donde } n_o = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 PQ}{E_o^2}$$

Donde:

1. P = 15 % (Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas estimada en la encuesta de morbilidad oculta realizada en el año 2002 por la Unidad Nacional de Salud Ambiental)
2. Q = 1 – P = 85%
3. $Z_{1-\alpha/2}$ = Percentil de la distribución normal.
4. α = 0.05
5. E_o^2 : Cuadrado del máximo error admisible, E_o = 2.
6. n : Tamaño de muestra.
7. N : Tamaño poblacional.

Se obtuvo un valor de 1024 sujetos necesarios en cada estrato y después de multiplicar por un Efecto de Diseño de 1.5, se determinó aproximadamente un total 1500 sujetos necesarios por estrato, 4500 en total. Se aplicó un Muestreo Polietápico, el cual constó de las siguientes etapas:

- **Primera etapa:** Definición de los estratos, se utilizaron todos los estratos definidos por ME Astraín y colaboradores.
- **Segunda etapa:** Selección de los municipios del estudio. Se realizó una selección aleatoria de municipios según el tamaño proporcional de cada estrato (5 municipios en cada estrato). Los municipios seleccionados se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Municipios seleccionados en cada estrato

| Estrato | Tipo | Total de Municipios seleccionados del estrato |
|----------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| I | Condiciones de Vida favorables | 55 San Cristóbal, San Miguel del Padrón, Perico, Santa Clara, Ciego de Ávila. |
| II | Condiciones de Vida medianamente favorables | 55 Jatibonico, Florida, Mayarí, San Luis, Niceto Pérez. |
| III | Condiciones de Vida desfavorables | 59 Batabanó, Cruces, Manatí, Rafael Freyre, Buey Arriba |

- **Tercera etapa:** Selección de las áreas de salud del estudio. En cada municipio se escogió al azar un área de salud urbana. Lo cual representó un total de 15 áreas en el país.
- **Cuarta Etapa:** Selección de los consultorios médicos del estudio. En cada área de salud se seleccionaron tres consultorios del médico de familia (CMF) al azar.
- **Quinta Etapa:** Selección de las unidades de análisis (los sujetos del estudio). En cada uno de los consultorios se seleccionó al azar una vivienda y en ella se entrevistaron a todos los miembros, previo consentimiento del jefe de la misma. Posteriormente se continuó escogiendo viviendas vecinas en la misma manzana siguiendo el sentido de las manecillas del reloj, hasta completar el número de **100 personas entrevistadas en cada consultorio**. Un total de 300 en cada una de las 15 áreas de salud.

Las variables analizadas en esta investigación fueron: antecedentes de enfermedad diarreica, edad, sexo, asistencia a servicios de salud, tipo de servicio de salud visitado, realización de tratamiento e ingreso en servicios de salud. La información necesaria se recogió mediante la encuesta que se muestra en Anexo 1. Para el tratamiento de los datos se confeccionó una base de datos en Excel y para dar cumplimiento al objetivo se estimó la tasa de prevalencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas mediante la siguiente expresión:

$$\text{Tasa de Prevalencia} = \frac{\text{Personas con EDA}}{\text{Total de personas encuestadas}} * 100$$

También se resumió la información de las variables cualitativas mediante porcentajes para el país y por estratos y la media aritmética para la variable edad. Los intervalos de confianza se calcularon con un 95 por ciento de confiabilidad. El procesamiento de los datos se realizó con el software SPSS versión 10. Se confeccionaron tablas de dos y tres entradas para resumir la información y la redacción del informe final, las tablas y gráficos se realizó mediante el uso del editor de texto Word para Windows XP.

Consideraciones éticas: Se obtuvo el consentimiento informado de todos los adultos encuestados.

Procedimientos

Para la ejecución del estudio se realizaron coordinaciones con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud (UATS) provinciales, quienes fueron las responsables a su vez de coordinar con el nivel municipal, el área de salud y los consultorios del médico de la familia que resultaron seleccionados. Las

encuestas fueron aplicadas por trabajadores de las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud (UATS) provinciales o municipales según se decidió en cada territorio. No se consideró necesario el adiestramiento de los mismos debido a la gran experiencia que poseen los trabajadores de estas unidades en encuestas de este tipo. El vaciamiento de los datos de las encuestas se realizó en las UATS provinciales y las bases de datos fueron enviadas a la UATS Nacional, donde se realizó la consolidación y análisis final de la información. Las UATS provinciales también pudieron utilizar sus bases, no obstante el diseño del estudio no permitió hacer inferencias provinciales.

Análisis y Discusión de los Resultados

Se realizó el 100% de encuestas planificadas en todos los municipios para un total de 4500 personas encuestadas. La prevalencia estimada de EDA en el país fue del 14.3% (645 casos), inferior a la menor estimación efectuada en el año 2002, lo que pudiera deberse al mejoramiento y mantenimiento de las medidas de prevención de las diarreas en el Programa Nacional de Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas, que presenta un amplio componente de capacitación del personal de salud y de las madres, que desde finales del pasado decenio exhibe sus resultados y ha reducido al mínimo posible la morbimortalidad por esta causa en nuestro país, fundamentalmente en niños, como grupo que más episodios diarreicos aporta a la morbilidad por ser los más vulnerables.⁽¹³⁾

Los resultados obtenidos según condiciones de vida se aprecian en la Tabla 2. En el estrato de condiciones de vida favorable que incluyó cinco municipios seleccionados: San Cristóbal, San Miguel del Padrón, Perico, Santa Clara y Ciego de Ávila, la prevalencia estimada fue de 9.9%. En el estrato de condiciones de vida medianamente favorable, donde se estudiaron los municipios Jatibonico, Florida, Mayarí, San Luis, Niceto Pérez se presentó un

12% y en el estrato de condiciones desfavorables, la prevalencia alcanzó el mayor valor para un 21.1%. En este estrato se incluyeron los municipios Batabanó, Cruces, Manatí, Rafael Freyre y Buey Arriba. **Tabla 2. Prevalencia de EDA por Estratos según Condiciones de Vida.**

Intervalos de Confianza 95%

| ESTRATO | PREVALENCIA (%) |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Favorable | 9.90 (8.36; 11.38) |
| Medianamente Favorable | 12.00 (10.35; 13.65) |
| Desfavorable | 21.10 (19.06; 23.20) |
| Total | 14.30 (13.31; 15.36) |

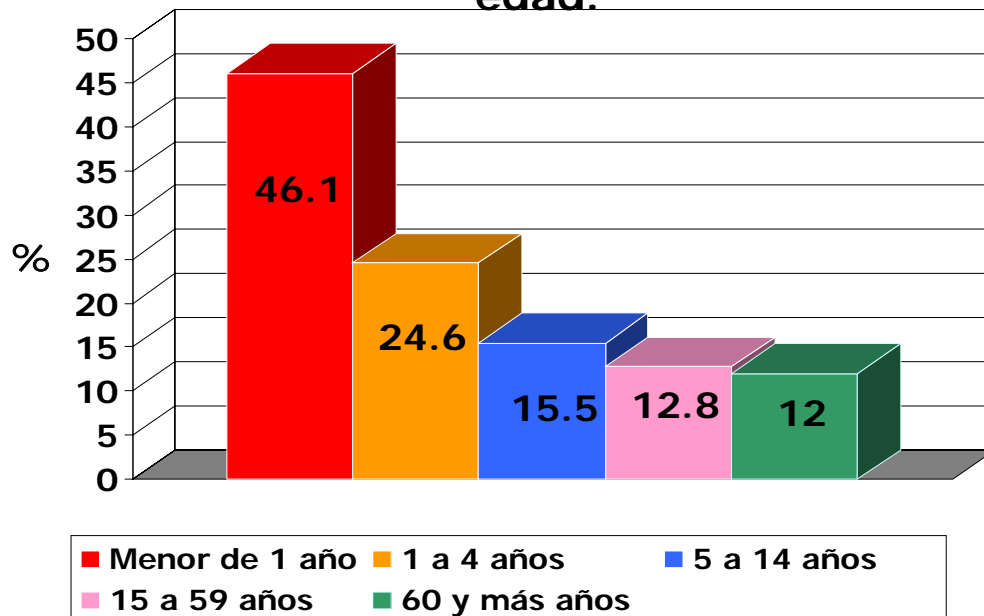
La mayor prevalencia correspondió al estrato desfavorable como era de esperar, porque es donde confluyen más factores que condicionan el mayor riesgo de enfermar por dicha causa. Este resultado coincide con lo referido por otros autores^(14,15,16) y también con los hallazgos del estudio de Marcos de la Cruz en Perú, donde la mayor prevalencia de EDA estuvo en las viviendas de las personas con peores condiciones de vida; este predominio de las EDA se explica por el abastecimiento ineficiente de agua y por la existencia de servicios sanitarios inadecuados o colectivos.⁽¹⁷⁾

La identificación de desigualdades en salud y su relación con factores socioeconómicos es un tema ampliamente debatido en la actualidad. El desarrollo social experimentado en nuestro país en los últimos cuarenta años y las conquistas de la Salud Pública, han favorecido la reducción de las grandes diferencias existentes antes de 1959 entre poblaciones con desiguales condiciones de vida. No obstante, aún se observan diferencias en el comportamiento de algunos de los indicadores básicos de la salud en los diferentes territorios del país, relacionados con condiciones de vida desiguales y se puede apreciar que en los municipios que pertenecen a

estratos con condiciones de vida más desfavorables se presentan los peores indicadores de salud.⁽⁵⁾

La prevalencia no mostró diferencias entre ambos sexos. En el sexo femenino fue de 14.6% y en el masculino de 14.1%, estos resultados coinciden con lo esperado por los autores y con un análisis realizado en Nicaragua,⁽¹⁸⁾ aunque no con el estudio de caracterización de las EDA en Venezuela, que obtuvo una mayor proporción de casos entre los varones.⁽¹⁹⁾

Gráfico 1. Prevalencia de EDA según edad.



Por grupos de edades, se estimó una mayor prevalencia de la enfermedad en el grupo menor de 15 años (46.1%), seguidos del grupo de 1 a 4 años (26%), 5 a 14 (15.5%), 15 a 59 (12.8%) y 60 años y más (12%). Según muestra el Gráfico 1, la prevalencia de EDA presenta un comportamiento inversamente proporcional a la edad pues se observa el mayor valor en los menores de 5 años, superior a la encontrada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia,⁽²⁰⁾ que fue del 14% en este grupo. Específicamente el grupo de menores de un año fue el más afectado, este

resultado se corresponde con lo habitual, pues estos son los más propensos a estas infecciones digestivas, debido a que su sistema inmunológico es más débil para responder ante la llegada de agentes infecciosos al organismo.

Estos resultados coinciden con los de una investigación sobre condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes realizada por Collado y colaboradores en la Habana Vieja, donde se obtuvo un mayor riesgo de enfermar por enfermedades diarreicas agudas (EDA), seguidas de las crisis agudas de asma bronquial (CAAB) y las infecciones respiratorias agudas (IRA); las diarreas constituyeron el 11.5% de la morbilidad total.⁽²¹⁾ También concuerdan con el estudio de intervención realizado en la comunidad de Santivañez, en el departamento de Cochabamba, Bolivia, donde se obtuvo que la prevalencia por EDA era de alrededor del 30% en los menores de 5 años, mayor que en el resto de las edades.⁽²²⁾

Sin embargo, a pesar de que la proporción de mayores de 60 años encuestados (748 personas para un 16,6%), es representativa de la población de ese grupo de edad en el país, este grupo presentó menor prevalencia que la esperada, lo que no se corresponde con lo descrito en otros estudios, donde se plantea que la diarrea es un problema común en la ancianidad debido fundamentalmente a los estilos de vida propios de este grupo poblacional, cuyo factor de riesgo más importante lo constituye el residir en asilos y otras instituciones donde ocurren brotes frecuentes de la enfermedad. Otros autores describen que en países en vías de desarrollo las EDA constituyen un problema de salud que afecta con mayor frecuencia las edades extremas de la vida.^(23,24,25)

Este resultado puede estar relacionado con el hecho de que en nuestro país está garantizado el bienestar del adulto mayor, pues dado el progresivo envejecimiento de la población cubana, el cuidado al anciano, que

tradicionalmente era brindado solamente por la familia, ha sido compensado por el estado y otras formas institucionales que brindan a la población geriátrica, servicios de seguridad social.

Del total de casos encuestados que presentó diarreas, el 55% no asistió a los servicios de salud y el mayor porcentaje de enfermos que no acudió a solicitar asistencia médica, corresponde al estrato medianamente favorable (58.4%) (Tabla 3). Estos resultados son preocupantes dada la elevada proporción de menores de 15 años entre los enfermos y la importancia de una atención médica que garantice la no aparición de complicaciones.

Tabla 3. Asistencia a Servicios de salud por Estratos según Condiciones de Vida

| ESTRATO | PERSONAS CON EDA | | | | TOTAL | |
|-------------------------------|------------------|------|---------------|------|--------|-------|
| | Asistieron | | No Asistieron | | Numero | % |
| | Numero | % | Numero | % | | |
| Favorable | 65 | 44.0 | 83 | 56.0 | 148 | 100.0 |
| Medianamente favorable | 75 | 41.6 | 105 | 58.4 | 180 | 100.0 |
| Desfavorable | 150 | 47.3 | 167 | 52.7 | 317 | 100.0 |
| Total | 290 | 45.0 | 355 | 55.0 | 645 | 100.0 |

Según el tipo de servicio de salud visitado, se constató que el 52.6% del total de pacientes encuestados que presentó diarreas, acudió al Consultorio del Médico de la Familia (CMF) y la mayor proporción de casos que asistió a este servicio correspondió al estrato desfavorable (Gráfico 2). Este resultado muestra una mayor utilización de los servicios médicos del consultorio en zonas donde posiblemente este servicio sea el más accesible y coincide con el obtenido por Díaz Novás en su estudio sobre morbilidad percibida, donde apreció que sólo un pequeño porcentaje de las personas que enferman es

atendido o ingresado en el hospital y que en la atención primaria se resuelven más del 90 % de los problemas de salud de la población.⁽²⁶⁾

La mayoría de las diarreas infecciosas sobre todo en el adulto son autolimitadas y evolucionan favorablemente sólo con tratamiento sintomático; la realización del tratamiento oportuno puede reducir las complicaciones, especialmente la deshidratación en las edades extremas⁽²⁷⁾.

El 47.2% de los casos encuestados que presentó diarreas no realizó tratamiento y la mayor proporción correspondió al estrato de condiciones de vida desfavorable (52.1%).

Gráfico 2. Tipo de Servicio visitado según Condiciones de Vida

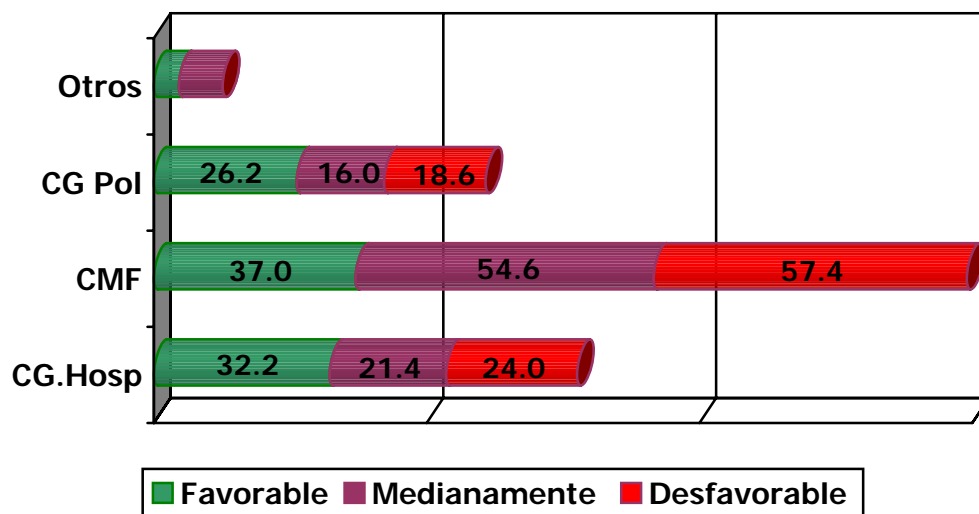


Tabla 4. Personas que realizaron tratamiento según estratos

| ESTRATO | PERSONAS CON EDA | | | | TOTAL | |
|-------------------------------|------------------|------|----------------|------|--------|-------|
| | Tratamiento si | | Tratamiento no | | Numero | % |
| | Numero | % | Numero | % | | |
| Favorable | 94 | 63.5 | 54 | 36.5 | 148 | 100.0 |
| Medianamente favorable | 95 | 52.7 | 85 | 47.3 | 180 | 100.0 |
| Desfavorable | 152 | 47.9 | 165 | 52.1 | 317 | 100.0 |
| Total | 341 | 52.8 | 304 | 47.2 | 645 | 100.0 |

La mayor prevalencia de EDA en los menores de un año se observó en el grupo mayor de seis meses con un 48.8%, lo que coincide con otro estudio ⁽²⁸⁾ realizado en nuestro país, aunque con un valor superior al obtenido en este. Del total de menores de un año con diarreas, sólo el 8.5% no asistió a los servicios de salud; los menores de 1 a 3 meses fueron los que aportaron la mayor proporción de niños llevados a recibir atención médica (100%) (Tabla 5). Este es un hecho que guarda estrecha relación, a nuestro juicio, con el impacto de las estrategias desarrolladas en el país para reducir la mortalidad infantil, que siempre han tenido un fuerte componente de educación sanitaria. ⁽²⁹⁾

Tabla 5. Asistencia de los menores de un año con EDA a los Servicios de salud

| EDAD | ASISTENCIA A SERVICIO DE SALUD | | | | TOTAL | |
|---------------------------|--------------------------------|-------|--------|------|--------|-------|
| | Si | | No | | Numero | % |
| | Numero | % | Numero | % | | |
| 1 a 3 meses | 12 | 100.0 | 0 | 0 | 12 | 100.0 |
| 4 a 6 meses | 13 | 92.9 | 1 | 54.8 | 14 | 100.0 |
| Mayores de 6 meses | 18 | 85.7 | 3 | 51.2 | 21 | 100.0 |
| Total | 43 | 91.5 | 4 | 8.5 | 47 | 100.0 |

Los servicios de salud mayormente visitados por el grupo de 1 a 3 meses (50%) y mayores de 6 meses (44.3%), fueron los Cuerpos de Guardia de los Hospitales, sin embargo en los bebés de 4 a 6 meses (38.5%), fueron los CMF.

Tabla 6. Ingreso en Servicios de salud según grupo de edad

| GRUPO DE EDAD | INGRESO VA SERVICIO DE SALUD | | | | TOTAL | |
|-----------------------|------------------------------|------|--------|-------|--------|-------|
| | Si | | No | | Numero | % |
| | Numero | % | Numero | % | | |
| Menor de 1 año | 0 | 0.00 | 47 | 100.0 | 47 | 100.0 |
| 1 a 4 años | 1 | 1.79 | 55 | 98.21 | 56 | 100.0 |
| 5 a 14 | 5 | 5.62 | 84 | 94.38 | 89 | 100.0 |
| 15 a 59 | 25 | 6.89 | 338 | 93.11 | 363 | 100.0 |
| 60 y más | 2 | 2.22 | 88 | 97.78 | 90 | 100.0 |
| Total | 33 | 5.12 | 621 | 96.28 | 645 | 100.0 |

La hospitalización y las terapéuticas más complejas se deben reservar para los enfermos con una deshidratación severa o con intolerancia a la vía oral. En esta investigación sólo 33 casos fueron ingresados, para un 5.12% del total de casos enfermos, suponemos que esto guarda relación con la benignidad del cuadro presentado.

La prevalencia obtenida en este estudio (14%) permitió estimar que alrededor 1 609 766 personas presentaron diarreas en las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta, mientras que sólo se registraron 13 235 atenciones médicas por esta causa, como promedio en las tres semanas anteriores a la misma¹, cifra inferior a la esperada dada la magnitud de la prevalencia, relacionado posiblemente con una menor utilización de los servicios de salud.

De manera que podemos aseverar que la reducción apreciada en las atenciones médicas por EDA durante el año 2004 de un 9.0% con relación al año anterior, parece estar relacionada con la morbilidad real de la enfermedad, la cual también resultó inferior a la obtenida en la encuesta de morbilidad oculta realizada en el 2002.

Consideraciones finales

Las Enfermedades Diarreicas Agudas han presentado una real disminución en el último quinquenio en Cuba y la prevalencia actual resultó inferior a la menor estimación efectuada en el año 2002, aunque el volumen de las atenciones médicas registradas por esta causa resultó inferior al esperado dada la magnitud de la prevalencia. Sin embargo, el hecho de que fuera mayor en el estrato de condiciones de vida desfavorables pone de manifiesto

¹ Esta estimación se hizo con las series de atenciones médicas semanales obtenidas en la Dirección Nacional de Estadísticas

la necesidad de continuar las labores de educación sanitaria y de control de los factores de riesgo más frecuentes en este estrato.

El riesgo de enfermar por Enfermedades Diarreicas Agudas disminuyó en la medida en que aumentó la edad de la población, y fue mayor en el grupo de menores de 1 año de edad. Este grupo tradicionalmente ha recibido una atención especial garantizada por el Programa de Atención Materno Infantil, no obstante, debe mantenerse una vigilancia estrecha de todos los casos enfermos con la finalidad de no incrementar la morbimortalidad.

Merece una atención particular el hecho de que una parte importante de la población no acudió a los servicios de salud y no realizó tratamiento, correspondiendo ésta a los estratos medianamente favorable y desfavorable respectivamente; esta situación pudiera convertirse en un riesgo adicional de mortalidad para estos estratos.

Finalmente es importante señalar que a pesar de los ingentes esfuerzos realizados en Cuba para reducir las diferencias socioeconómicas entre las regiones del país y en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, los hallazgos de esta investigación ponen de manifiesto que todavía existen brechas entre los municipios del país que pudieran incrementar el riesgo de morbilidad por otras enfermedades transmisibles.

Referencias Bibliográficas

¹ Thielman N, Guerrant R. Acute Infectious Diarrhea. New England J of Med 2004; 350(19):38-47

² Hernández F, Rodríguez Z, Ferrer F, Trufero N. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(2):129-33

³ Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud 2004.

⁴ Ministerio de Salud Pública. Área de Higiene y Epidemiología. Informe de expertos de la UNSA. Enero 2004

⁵ Coutin G. Estratificación y Equidad, Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/uats/articulos_files/coutigi0304.pdf (Acceso: 15 de diciembre del 2005)

⁶ Astrain ME, Pría MC y Ramos N. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Rev Cubana Salud Pública 1998; 23(1):23-31.

⁷ Castillo A. Arocha C. El estado de salud de la población cubana en el período revolucionario. Rev Cubana Salud Pública 2000; 26(1):57-62

⁸ Noriega V, Astrain ME. Mortalidad evitable según condiciones de vida en adultos del municipio la Lisa, 1996-1998. Rev Cubana Salud Pública 2004 Sep.-dic.; 30(4):15-27

⁹ Izaguirre I, Celeiro M. Análisis y Evaluación de Sequía en la Cuenca del Río Cauto. Disponible en URL: <http://www.medioambiente.cu/revistama/articulo54.htm> (Acceso: 18 de marzo 2005)

¹⁰ Del Puerto A, Rodríguez F. Salud, medio ambiente y desarrollo en Cuba. Una mirada realista. Rev Cubana Hig Epidemiol 2004; 42 (3):28-35

¹¹ Astrain ME, Pría MC y Ramos N. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Rev Cubana Salud Pública 1998; 23(1):23-31.

¹² Silva Ayçaguer LC. Muestreo para la investigación en salud. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

¹³Riverón CR. Proyecto de estudio del Rotavirus. Disponible en el URL: <http://www.granma.cubaweb.cu/2003/11/01/nacional/articulo13.html> (Acceso: 22 de septiembre del 2005).

⁷ Collado MAM, Barberis CAE, Aguilar VJ, López AJ F. Condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes en el municipio La Habana Vieja. Rev Cubana Hig Epidemiol 2004 sep.-dic; 42 (3).

¹⁴ Bosma H, Van de Mheen, Borboom G. Neighborhood socioeconomic status and all cause mortality. Am J of Epidemiology 2001; 153(49):363-371.

¹⁵ Batista R, Coutin G, y Feal P. Condiciones de Vida y Salud Materno Infantil. Rev Cubana de Salud Pública 2001; 27(2):126-34.

¹⁶ Programa de Maestría en control de enfermedades infecciosas. 2004-2005.

Disponible en URL:

<http://www.upch.edu.pe/tropicales/caoacita/comments/comentarios.htm> (Acceso: 20 de noviembre del 2005)

¹⁷ De la Cruz M, Herrera M, Párraga K et al. Prácticas de la Higiene y su relación con la Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda. Rev Fac Med Hum 2005; 5 (1):19-26

Disponible en URL:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rfmh_urp/v5n1/a05.htm (Acceso: 22 de septiembre del 2005)

¹⁸ Morbilidad por EDA en Nicaragua. Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud 2005; 22. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.ni/vigepi/boletin.html> (Acceso: 20 de noviembre del 2005).

¹⁹ Urrestarazu M, Liprandi F, Pérez E, González R. Características etiológicas, clínicas y sociodemográficas de la diarrea aguda en Venezuela. Rev Panam Salud Publica 1999; 6(3):149-156.

²⁰ Ministerio de Salud de Colombia. Comportamiento de la morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años, Colombia 2001. Boletín Epidemiológico Semanal 2002 Julio-Agosto. Disponible en URL: http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2002/BOLE31_02.htm (Acceso: 22 de septiembre del 2005)

²² PDA Santivañez. Proyecto de Desarrollo en Visión Mundial Bolivia. Disponible en URL: <http://www.visionmundial.org.bo/es/proyectodedesarrollo.shtml> (Acceso: 20 de noviembre del 2005)

²³ Martínez Almanza L et al. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED 1999;12(2):77-90 Disponible en URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res05299.htm (Acceso: 22 de septiembre del 2005)

²⁴ Bennett RG, Greenough WB. Approach to acute diarrhea in the elderly. Gastroenterol Clin North Am 1998; 22(3):517-33.

²⁵ Álvarez MR. Morbilidad geriátrica y descripción gerontológica en atención primaria de salud en la vejez de Murcia. Rev Iberoam Geriatr y Gerontol 1995;8(5):54-8.

²⁶ Díaz Novás J, Avila Díaz M. Morbilidad percibida y utilización de servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(3).

²⁷ Tratamiento antibiótico de la diarrea infecciosa en el adulto inmunocompetente. Disponible en <http://www.infecto.edu.uy/terapeutica/guaitto/diarrea.html> (Acceso: 15 de diciembre del 2005)

²⁸ Castañeda AH, Valdés PE, Rodríguez VN. Efectividad de la Rehidratación oral en niños pequeños con Enfermedad Diarreica Aguda. Rev Cub Med Gen Int 1995; 11 (3). Disponible en URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_3_95/mgi01395.htm (Acceso: 22 de septiembre del 2005)

²⁹ Riveron RL. Estrategias para reducir la mortalidad infantil, Cuba 1959-1999. Rev Cubana Pediatr 2000 Jul.-set.; 72(3):147-164

Correspondencia a:

Gisele Coutin Marie

gisele.coutin@infomed.sld.cu

¹ Master en Informática y Especialista de II Grado de Bioestadística UATS Nacional-MINSAP,

² Especialista de I Grado de Higiene y Epidemiología UATS Nacional-MINSAP,

³ Doctor en Ciencias y Director de la UATS Nacional-MINSAP,

⁴ Jefe del Programa Nacional de ETD UNSA-MINSAP.

Los autores agradecen la colaboración de los jefes de las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud provinciales por la información ofrecida para esta investigación.

Recibido: 20 enero 2006

Aprobado: 20 febrero 2006

Cita sugerida (Vancouver): Coutin Marie G, Morales Palanco I, Rodríguez Milord D, Aguiar Prieto PH. Morbilidad oculta por Enfermedades Diarreicas Agudas en Cuba. Reporte Técnico de Vigilancia 2005 [Consultado: día/mes/año]; 11(1). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/coutin.pdf>

Anexo 1

Encuesta Nacional para medir morbilidad oculta por EDA

Número de encuesta_____

Municipio:_____

Área de salud:_____

Consultorio:_____

1. Edad:_____ (años)
_____ (meses) *(Para los menores de un año solamente)*
2. Sexo: Masculino _____
Femenino_____
3. Presentó diarreas en los últimas 2 semanas: Si_____ No_____ *(Se considerará **diarrea** a la presencia de tres o más deposiciones líquidas en 24 horas)*
4. Acudió a un servicio de Salud por esta causa: Si_____ No_____
5. ¿A cuál servicio de salud acudió?
 - Consultorio del Medico de Familia_____
 - Cuerpo de Guardia del Policlínico_____
 - Cuerpo de Guardia del Hospital_____
 - Otro_____
 - Ninguno_____

(Poner solamente el primer servicio visitado paciente si fue mas de uno)

6. ¿Realizó algún tratamiento? Si_____ No_____
7. ¿Fue ingresado en algún servicio de salud? Si_____ No_____