

Panorama Epidemiológico del País

Por

Dr. José Amador Guevara * — Dr. Rodolfo Céspedes Fonseca **

Lic. Augusto Perera ***

I COMENTARIO GENERAL

— Primera Parte —

Al analizar, con la exactitud necesaria, algunos de los principales problemas epidemiológicos del país, se evidencia el desconocimiento de la magnitud de los mismos, ya que las fuentes de información adolecen de serias lagunas en calidad y cantidad. Sin embargo, es indispensable utilizar, con las reservas necesarias, los datos existentes para determinar, hasta donde ello sea posible, la situación epidemiológica nacional. Debemos reconocer de inmediato, que las enfermedades transmisibles constituyen, todavía, uno de nuestros graves problemas de salud pública, enfermedades que pesan en forma notable en los capítulos de Morbilidad y Mortalidad del país. La situación varía, desde luego, de una a otra provincia, de acuerdo a recursos humanos y materiales, especialmente facilidades de laboratorios para diagnóstico.

El hecho de ser nuestra población joven, tal y como ocurre en la América Latina, caracteriza el predominio de nuestra patología infecciosa. Algunos de los factores que inciden en nuestra epidemiología son los siguientes:

- Saneamiento ambiental reducido;
- Bajo porcentaje de protección inmunológica de nuestra población
- Limitado nivel económico de nuestro pueblo, que es factor de gran significación, ya que los bajos niveles de vida influyen en las posibilidades de éxito de las acciones sanitarias;

* Director del Departamento de Medicina Preventiva, Escuela de Medicina.

** Jefe del Departamento de Anatomía Patológica, Hospital San Juan de Dios.

*** Director del Departamento de Bioestadística, Ministerio de Salubridad Pública.

- Educación para la salud esporádica, y la cual no alcanza los grupos más vulnerables que puedan inducir a cambiar arraigados patrones culturales.
- Desnutrición que favorece, por la disminución de las defensas orgánicas, el aumento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades;
- Ausencia de estudios e investigaciones de los factores ecológicos, que favorecen determinados problemas patológicos, los cuales pueden resolverse mediante la aplicación de técnicas de salud pública conocidas y adecuadas;
- Escasa notificación de las enfermedades transmisibles y deficiente estadística de mortalidad.

II PROBLEMAS ESPECIFICOS

PARASITISMO INTESTINAL

El parasitismo intestinal constituye un verdadero problema social en Costa Rica por las siguientes consideraciones:

- Alta prevalencia, especialmente, en nuestras zonas rurales, donde la afección es casi universal;
- Desnutrición que conduce a severas anemias;
- Debilitamiento físico, que contribuye a disminuir las defensas orgánicas, frente a cualquier otra enfermedad;
- Complicaciones diversas, de consecuencias fatales casi siempre.

Por todo lo anterior el Primer Simposio sobre Parasitismo Intestinal, celebrado en 1964 en el Ministerio de Salubridad Pública, consideró que este problema debe tener prioridad dentro del Plan Nacional de Salud.

Los siguientes datos estadísticos ilustran la importancia y significación del problema:

La Ascariasis ocupó el 10º lugar, como causas de muerte, en menores de 1 año en 1962.

Por ese mismo año, ocupó el 4º lugar en el grupo de 1 a 4 años, y el 5º lugar, en el grupo de 5 a 14 años.

En 1963, en 43.219 exámenes de laboratorio practicados en las Unidades Sanitarias se encontró un 83% de personas parasitadas y en ese mismo año, en las Unidades Móviles de un total de 48.722 diagnósticos clínicos, el 34.69% correspondió a parasitismo intestinal.

GASTRO - ENTERITIS — COLITIS Y DIARREAS

Este grupo de afecciones pesa en forma severa en nuestra situación sanitaria, especialmente en los grupos menores de 5 años de edad.

En el Anuario Estadístico del año 1962, la Gastroenteritis y la Colitis ocuparon los siguientes lugares, como causa de defunción:

- Menores de 1 año, el primer lugar.
- En el grupo de 1 a 4 años, el primer lugar.
- En el grupo de 5 a 14 años, el primer lugar.
- En el grupo de 65 y más años, el 5º lugar.

La epidemiología de las diarreas infecciosas, muestra que su historia natural, es el resultado de un gran número de factores estrechamente ligados a las formas de vida de la colectividad. Las medidas de control encuentran grandes dificultades, que no se observan en otros padecimientos.

TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

La influencia de los antibióticos, ha contribuido a disminuir las tasas de letalidad, fenómenos que se observan en otros países.

La protección inmunológica conserva su valor, pero fundamentalmente, el problema tiene relación con el saneamiento ambiental.

La morbilidad para 1962 fue para Tifoidea de 4.6 por 100.000 habitantes, y la mortalidad de 0.6 por 100.000 habitantes.

TOSFERINA

Constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad, para la población infantil especialmente en menores de 5 años.

El número de niños vacunados es pequeño para hacer impacto decisivo en la incidencia.

Las tasas de defunción por 100.000 habitantes en el período 1958 - 1963, son las siguientes:

1958	14.4
1959	116.4
1960	144.6
1961	86.0
1962	85.0
1963	206.4 (cifra la más alta registrada en los últimos mos años de los que se tienen datos)

TETANOS

El Tétanos mostró una exagerada letalidad para el período 1958 - 1962.

En su mayoría no tuvieron asistencia médica, lo cual indica que los diagnósticos no son dados por médicos.

Según informes oficiales, se estiman uno o dos casos por semana.

Ocupó como causa de defunción en 1962, el 6º lugar, en el grupo de menores de 1 año; el décimo lugar en el grupo de 1 a 4 años, y el noveno lugar es el grupo de 5 a 14 años.

El Tétano Neo Natal está sin duda definitivamente ligado a factores culturales.

Las tasas de defunción por 100.000 habitantes para el período 1958 - 1962 son las siguientes:

1958	26.4
1959	25.1
1960	5.3
1961	3.8
1962	3.5
1963	3.1

La deficiente notificación hace aparecer en mayor número de defunciones, que de casos, por la causa arriba indicada.

DIFTERIA

Es un problema importante digno de atención.

Las tasas de defunción por 100.000 habitantes para el período 1958 - 1963 fueron las siguientes:

1958	13.8
1959	10.8
1960	11.3
1961	12.4
1962	4.6
1963	1.8

Los porcentajes de vacunación en los últimos siete años son los siguientes:

1958	2.6
1959	1.8
1960	4.9
1961	2.9
1962	2.7
1963	2.6

VIRUELA

En Costa Rica no existe viruela desde 1933, el porcentaje de vacunación es bajo.

Existe viruela en varios países de la América Latina, lo que constituye siempre riesgo para Costa Rica.

Los porcentajes de vacunación en los últimos 5 años fueron los siguientes:

1958	2.3
1959	1.4
1960	1.2
1961	6.3
1962	8.1
1963	2.9

Muchas de las vacunaciones que se realizan no logran el debido preñdimiento.

VARICELA

En el año 1962, los datos de morbilidad y mortalidad por 100.000 habitantes, fueron 37.0 para la primera y 0.3 para la segunda.

RUBEOLA

Los datos de morbilidad en 1962 (tasas por 100.000 habitantes) fue de 2.9 y la mortalidad por 100.000 habitantes fue de 0.1 para ese mismo año.

SARAMPION

Representa un problema importante por las complicaciones que origina y que contribuye evidentemente a la Mortalidad Infantil. Ocupó el 9º lugar como causa de defunción en menores de 1 año, y el 3er. lugar en el grupo de 5 a 14 años, se observa a veces algunas veces epidemias estacionales.

Las cifras para 1962 fueron las siguientes:

Morbilidad: 233.7 por 100.000 habitantes y 19.6 de Mortalidad, también por 100.000 habitantes.

ERISIPELA

La morbilidad por 100.000 habitantes 17.0 y la mortalidad 0.2 por 100.000.

POLIOMIELITIS

El grupo de población mayormente afectado con poliomiелitis paralítica en el país, es el de niños menores de 5 años. La morbilidad por 100.000 habitantes en 1962, fue de 3.9 y la mortalidad de 0.9.

En 1962, la incidencia paralítica de Poliomiелitis fue de 41 por 100.000 habitantes, habiendo descendido en 1964 a 1.1 por 100.000 habitantes.

No se ha podido observar una definida prevalencia estacional.

En 1959, hubo 41 casos de poliomiелitis paralítica, con 4 defunciones, y una letalidad de 9.7%. En 1960 hubo 70 casos, 9 defunciones, y un 12.8% de letalidad. El 93.8% de los casos se presentaron en niños menores de 11 años.

La tasa de ataque en el grupo de vacunados fue de 7.7 por 100.000 y los de no vacunados, menores de 11 años, de 44.6 por 100.000 habitantes.

NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA

En menores de 1 año, la segunda causa de muerte se debió a Broncconeumonía y Neumonía. En el grupo de 1 a 4 años estas dolencias ocuparon el 2º lugar.

El tercer lugar le correspondió al grupo de 5 a 14 años y para el grupo de 15 a 64 el 6º lugar. En el grupo de 65 y más, ocuparon el 4º lugar.

INFLUENZA O GRIPE

Correspondió a esta enfermedad el 8º lugar para el grupo de menores de 1 año; para el grupo de 1 a 4, el 5º lugar y el 6º lugar para el grupo de 65 y más años, en 1962 como causa de defunción.

La influenza ha pasado a ocupar puesto importante en nuestra morbilidad. Fuera de las epidemias la denuncia es incompleta. Los datos apenas representan una parte de la situación real.

Ha presentado dos picos: uno en 1957 y otro en 1959. En 1959 se notificaron 13.004 casos, con 412 defunciones.

Después del brote de influenza Asiática en 1957 la incidencia es mayor.

BRONQUITIS

En los menores de 1 año ocupó el 4º lugar entre las causas de defunción y en el grupo de 1 a 4 años, el 6º lugar, cifras correspondientes para el año 1962.

TUBERCULOSIS

Presenta una tendencia descendente, de acuerdo con datos disponibles del organismo que tiene a su cargo la Campaña.

Asimismo, del análisis de los coeficientes por 100.000 habitantes de mortalidad por tuberculosis, se confirma que la tendencia es decreciente, llegándose en estos últimos años a un mínimo que subsiste de factores socio-económicos y cuya conquista por parte de la Lucha Antituberculosa será definitiva cuando el país alcance un mayor desarrollo económico y social.

De acuerdo con un criterio de erradicación, las actividades de Lucha Antituberculosa deben intensificarse principalmente en las áreas geográficas de zonas alejadas, que presentan los coeficientes de morbilidad más altos.

La tuberculosis, dentro del cuadro general de las diez causas más frecuentes de mortalidad en Costa Rica, en 1952 ocupó el 6º lugar. A partir de esa fecha y en los últimos años la tuberculosis ha dejado de figurar en ese cuadro por haberse desplazado a lugares tales como el 12º lugar en 1958, al 13º lugar en 1959.

Analizando los datos estadísticos se observa cómo la tuberculosis, que afectaba casi únicamente a las personas jóvenes, se ha desplazado hacia los grupos de edades mayores; lo cual se explica porque existe menos posibilidad de contagio en las primeras décadas de vida que anteriormente, al disminuir el número de enfermos contagiosos dentro de las comunidades.

Relativamente el mayor número de casos de tuberculosis descubiertos se sitúan entre los 15 a 50 años, lo que significa que todavía incide directamente sobre la población económicamente activa.

Coeficientes por 100.000 habitantes de morbilidad y mortalidad por tuberculosis en los años 1941, 1950, 1960 y 1963, fueron como sigue:

Año	Morbilidad	Mortalidad
1941	95.9	80.2
1950	92.2	50.6
1960	52.0	12.6
1963	42.8	10.1

La Campaña de Vacunación con B. C. G., recurso eficiente para mejorar la situación epidemiológica, inició sus labores, marzo de 1952, a un ritmo acelerado, lográndose probar a 237.138 personas en los dos primeros años (1952 y 1953), para luego continuar en los años siguientes a un ritmo promedio de 26.000 personas probadas. Hasta diciembre de 1963 se han probado 498.436 y vacunado 321.490, lo que significa más del 50% de la población vacunable.

Consecuentemente con la intensificación de labores que realizará la Campaña de Lucha Antituberculosa, según lo comunica en su informe correspondiente al año de 1963, la Campaña de Vacunación Antituberculosa con B. C. G. aumentará considerablemente el número de personas probadas.

SIFILIS

Dentro del grupo venéreo de enfermedades cabe señalar la tendencia ascendente de la sífilis en sus períodos más infecciosos, especialmente entre las edades de 21 a 44 años.

En algunas regiones del país la promiscuidad sexual es evidente, lo que constituye factor de alta incidencia.

La investigación epidemiológica especialmente en casos nuevos llevada a cabo en forma sistemática en todas las personas está altamente limitada por recursos humanos y materiales.

Un 50% de las promiscuas que se controlan en San José suelen emigrar a otras zonas del país, lo que conduce a la diseminación de la enfermedad.

Los datos de morbilidad y mortalidad por 100.000 habitantes para 1962, en sífilis fueron los siguientes:

94.2 de Morbilidad.
0.6 de Mortalidad.

BLÉNORRAGIA

Su incremento es evidente, sobre todo en edades tempranas.

La falta de un diagnóstico diferencial por medio de adecuadas técnicas de laboratorio, no permite establecer con exactitud la extensión del problema.

El dato de morbilidad por 100.000 habitantes para 1962 fue de 173.1.

LEPRA

Los datos estadísticos de lepra en el trienio 1961-63 fueron los siguientes:

Año	Incidencia	Tasa 100.000 h.	Prevalencia	Tasa 100.000 h.
1961	35	2.8	590	47.1
1962	25	1.9	615	49.1
1963	35	2.6	640	46.9

La lepra presenta una baja mortalidad y su grado de infección es reducido.

DES N U T R I C I O N

El estado de desnutrición crónica que sufre un amplio sector del país, da características especiales a nuestro panorama epidemiológico.

La desnutrición proteico-calórica, especialmente frecuente en niños de edad escolar, es de observación común en la población de Costa Rica.

La tasa de mortalidad específica para el grupo de 1 a 4 años es reconocida por las autoridades de Salud Pública, como un índice de la severidad de la desnutrición proteico-calórica (5.5, por mil niños en el país en 1961).

Esta cifra es promedio para todo el país, pero existen ciertas áreas donde la mortalidad es más alta.

Según los registros de causas de muerte de 1961, la desnutrición se encuentra entre las diez primeras causas de defunción (8º lugar entre 1 y 4 años de edad).

Si bien las muertes de 1 a 4 años indican o pueden indicar la gravedad del problema no da idea exacta de lo extenso del mismo.

Estudios realizados por muestreo por el Departamento de Nutrición, revelan que sólo el 32% de los niños asistentes a las clínicas de niño sano presentan buen estado nutricional.

El 48% estaban desnutridos de primer grado, el 17% de segundo grado y el 3% de tercer grado.

En niños menores de 1 año se encuentra el 29% con franca desnutrición.

El mismo grupo de edad, la desnutrición aparece entre las diez causas más frecuentes de muerte y es factor coadyuvante o predisponente de la alta mortalidad en Costa Rica.

La disminución proteico-calórica prevalece, también en el adulto. En los hospitales se observa igualmente enfermos con los signos francos de esa deficiencia nutricional.

En Consultas Prenatales se ha observado que en la primera visita a la clínica, el 38% de las embarazadas presentaban un peso inferior al mínimo adecuado para ellas. Esas mismas embarazadas presentaron anemias no menos de 10 grm. de hemoglobina por 100 cc de sangre.

En síntesis, la desnutrición severa es la resultante de un proceso complejo en que influyen el bajo nivel de vida, en factores educativos, socio-económicos y de producción agrícola, factores todos que entran en juego en forma independiente y simultánea. Por lo tanto el problema amerita un enfoque integral que combata simultáneamente todas estas causas.

B O C I O

Cuando la prevalencia del bocio es de más de un 10% ya constituye un problema de Salud Pública.

En las encuestas realizadas sobre bocio endémico en escolares en 1951 y 1955 se encontró un 16.8 de personas con bocio.

Conviene evaluar aquellas medidas de prevención o terapéuticas de mayor efectividad.

M A L A R I A

La malaria desde 1950 ha estado siendo objeto de medidas de control y de una rigurosa campaña de erradicación desde el año de 1957.

La importancia que esta campaña tiene para la salud y la economía del país, es evidente.

Los pocos casos que en la actualidad se presentan son todos conocidos, lo cual facilita su localización y tratamiento y evita la diseminación de la enfermedad.

El índice de mortalidad por 100.000 habitantes fue en 1962 de 0.6.

El índice de morbilidad por 100.000 habitantes fue en 1962 de 124.3.

El 70% del área malárica se encuentra en fase de consolidación y el 24% en fase de ataque o de rociamiento intradomiciliario.

Los índices parasitarios son los siguientes:

1957	—	6.6%
1958	—	5.8%
1959	—	3.4%
1960	—	2.9%
1961	—	1.9%
1962	—	0.86%
1963	—	0.47%

HEPATITIS POR VIRUS

Es una endemia que prácticamente existe en todos los cantones de la República.

Desde hace varios años se producen en el país aproximadamente 12 casos por semana. Generalmente evoluciona como una enfermedad benigna, especialmente cuando se diagnostica a tiempo se trata adecuadamente. Conviene tener en cuenta que algunos casos marchan hacia cirrosis post-hepatitis.

Durante los años 1946 a 1955 el foco de hepatitis parecía estar localizado en los Cerros de la Cordillera al Sur de Desamparados, Alajuelita, Escazú, Sta. Ana, Villa Colón, Puriscal y Turubares. Actualmente se ha extendido a El General, Limón, San Carlos, Guanacaste, Grecia, San Ramón, Palmares, etc., de manera que el problema está en todo el país.

MENINGITIS CEREBRO ESPINAL

La forma epidémica, meningocócica no ha existido en Costa Rica en los últimos 15 años. Tenemos noticia de que por el año 1944 algunos casos, pero no estamos seguros de que sea un hecho confirmado.

Otras formas de meningitis, estafilocócica, la vemos de vez en cuando, talvez dos o tres casos por año. A fines de 1963 y principios del 64 se produjeron varios casos, tal vez unos 10 de meningitis purulenta, pero ninguno fue de tipo meningocócico.

También dos o tres veces por año vemos casos de meningitis tuberculosa, casi siempre en niños que tienen en evolución un complejo primario.

Se han señalado la existencia de cuatro casos de meningitis criptocócica.

(Continuará)