

Boletín Epidemiológico N° 25 de 2022
Semana epidemiológica 27
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud

Tabla de contenido

Dengue.....	2
Chikungunya	4
Zika	5
Malaria, Región Huetar Norte, SE 26	6
Enfermedad de Hansen (Lepra)	10
Meningitis.....	21
Tuberculosis.....	25
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG y ETI	27
Obesidad	31

Dengue

Adriana Alfaro Nájera
Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de Salud
adriana.alfaro@misalud.go.cr

Se reportan a la semana epidemiológica 24 a través de notificación obligatoria por boleta VE01, 1841 casos de dengue. Como se observa en el cuadro 1 la región Huetar Caribe presenta el mayor número de casos sospechosos (962) y la tasa más alta 204,8/100.000 habitantes.

Cuadro 1.

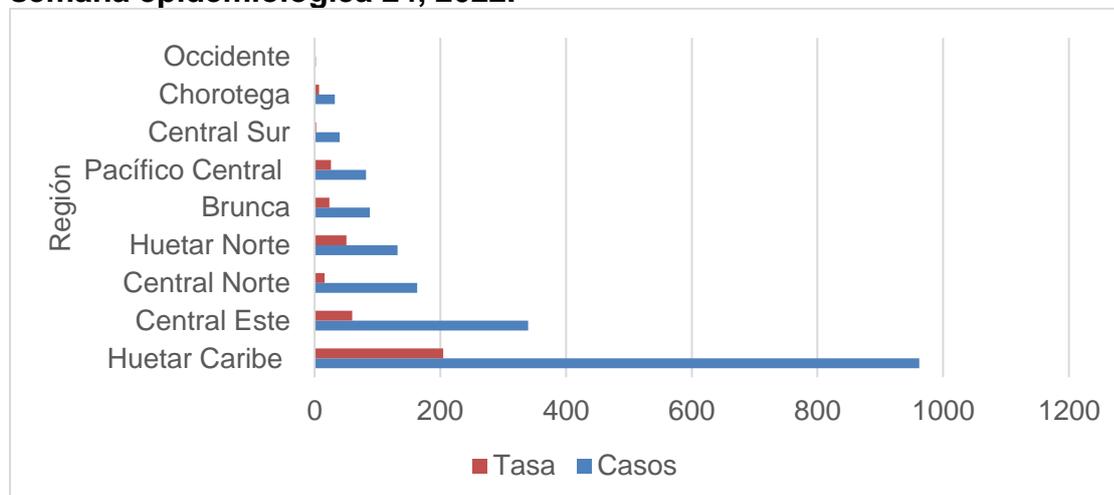
Costa Rica: Casos y tasas de dengue por Región a la semana epidemiológica 24, 2022 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Huetar Caribe	962	204,8
Central Este	340	59,7
Central Norte	163	15,9
Huetar Norte	132	50,6
Brunca	88	23,5
Pacífico Central	82	26,3
Central Sur	40	2,6
Chorotega	32	7,0
Occidente	2	0,9
Total	1841	35,3

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región por 100.000 habitantes a la semana epidemiológica 24, 2022.

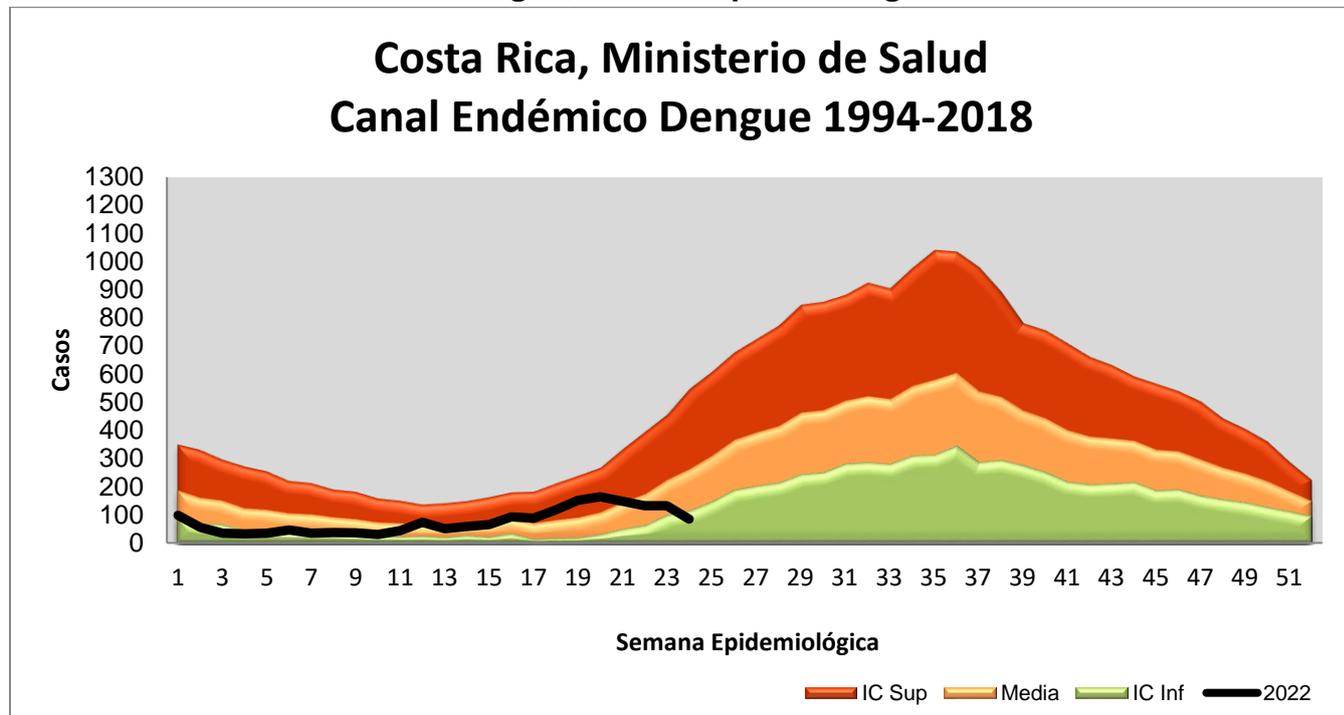


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud

A la presente semana permanecen dos casos graves de dengue uno en la región Huetar Caribe y otro en la Pacífico Central.

Gráfico 2.

Costa Rica: Canal endémico dengue, semana epidemiológica 24, 2022.



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud

Chikungunya

Se registran 5 casos a través de notificación obligatoria por boleta VE01 a la semana epidemiológica 24.

Cuadro 2.

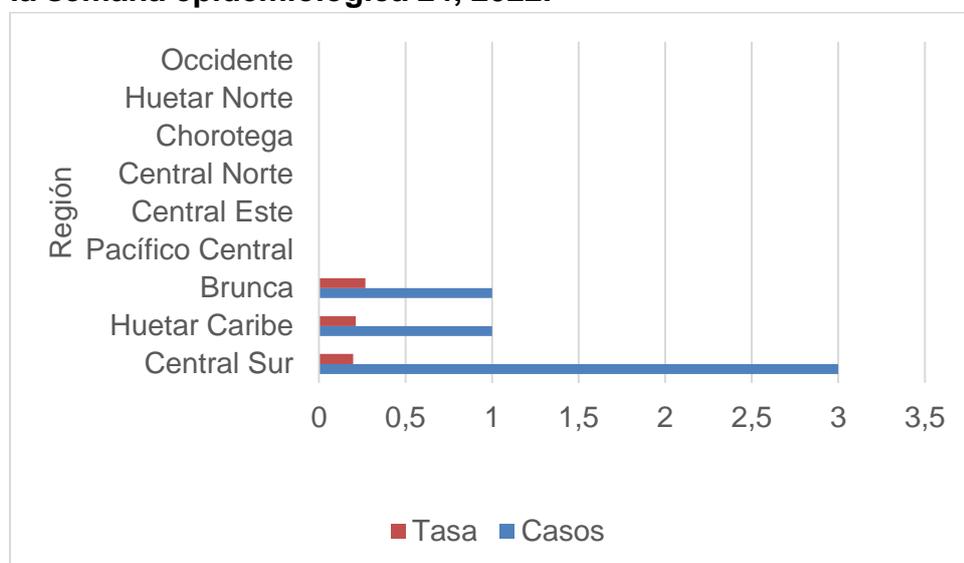
Costa Rica: Casos y tasas de Chikungunya por Región a la semana epidemiológica 24, 2022 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Sur	3	0,2
Huetar Caribe	1	0,2
Brunca	1	0,3
Pacífico Central	0	0,0
Central Este	0	0,0
Central Norte	0	0,0
Chorotega	0	0,0
Huetar Norte	0	0,0
Occidente	0	0,0

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud

Gráfico 3.

Costa Rica: Casos y tasas de chikungunya por región por 100.000 habitantes a la semana epidemiológica 24, 2022.



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud

Zika

Se registran 19 casos a través de notificación obligatoria por boleta VE01 a la semana epidemiológica 24.

Cuadro 3.

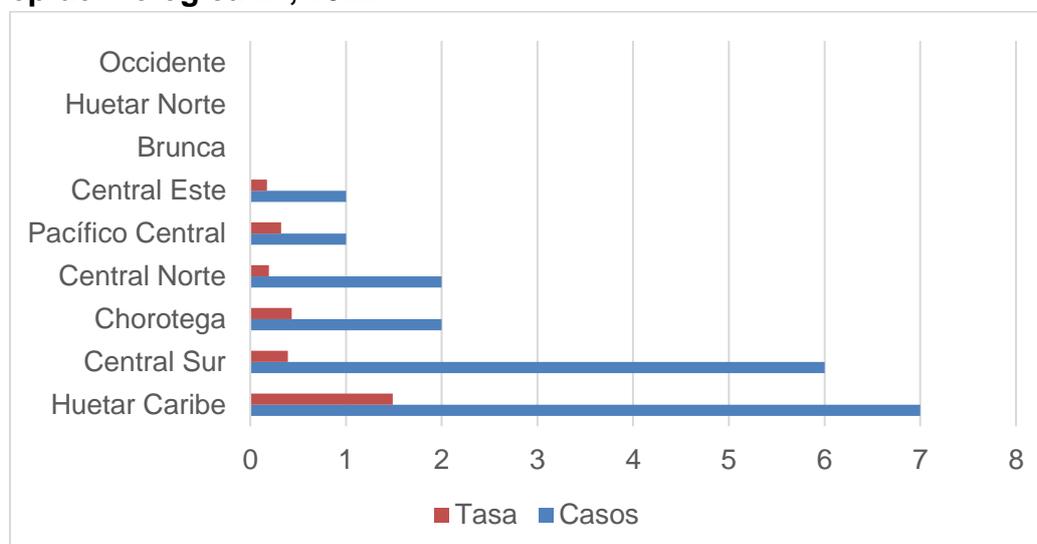
Costa Rica: Casos y tasas de Zika por Región a la semana epidemiológica 24, 2022 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Huetar Caribe	7	1,5
Central Sur	6	0,4
Chorotega	2	0,4
Central Norte	2	0,2
Pacífico Central	1	0,3
Central Este	1	0,2
Brunca	0	0,0
Huetar Norte	0	0,0
Occidente	0	0,0
Total	19	0,4

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud

Gráfico 4.

Costa Rica: Casos y tasas de zika por región por 100.000 habitantes a la semana epidemiológica 24, 2022



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud

Malaria, Región Huetar Norte, SE 26

Hazel Herra Bogantes
Unidad de Rectoría de la Salud
Región Huetar Norte
hazel.herra@misalud.go.cr

Para la semana epidemiológica 26 la Región Huetar Norte reporta 240 casos de malaria confirmados por gota gruesa y distribuido el 98% (n=235) de los casos en el Foco de Los Chiles (cantón Los Chiles). Se reportan 2 casos en el Foco de Crucitas, 2 casos en el foco de Pital y 1 caso en el Foco de Boca Arenal; estos tres focos se ubican en el cantón de San Carlos.

Cuadro N°1

Costa Rica: Casos de malaria según foco Región Huetar Norte, período 2017-2022

Foco	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pital	6	1	0	0	0	2
Montelimar	0	1	0	0	0	Inactivo
Crucitas-Llano Verde	0	72	50	21	7 (1)	2
Boca Arenal	0	16	61	8	1	1
Los Chiles	0	4	3	94	201(11)	235 (3)
RHN	6	94	114	123	209 (12)	240 (3)

*() son recaídas

Fuente: Vigilancia de la Salud RHN-MS Año 2022

Se tiene 165 casos autóctonos, de los cuales 99% corresponden al foco de Los Chiles; está pendiente de clasificar 62 casos. El 21% de los casos (n=221) corresponden a la especie parasitaria *P. falciparum* (gráfico N°1).

Cuadro N°2

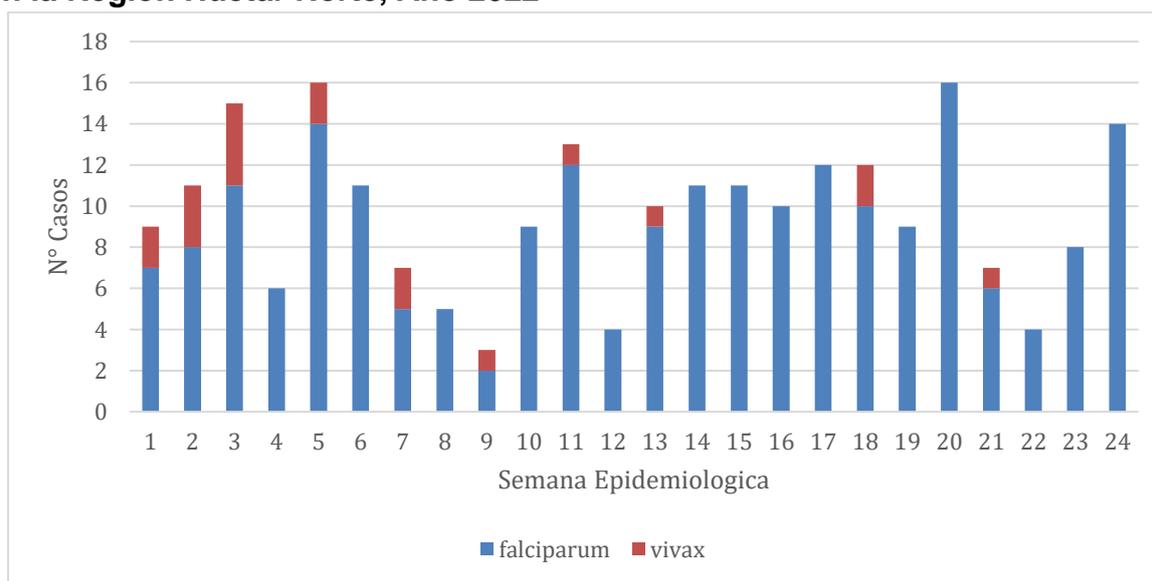
Costa Rica: Distribución de los casos de malaria según clasificación, Región Huetar Norte Año 2022

Foco	Confirmados				
	Autóctono	Importado	Introducido	Pendiente Clasificar	Recaída
Boca Arenal	0	0	0	1	0
Crucitas	0	0	0	2	0
Pital	1	1	0	0	0
Los Chiles	164	5	4	59	3
Regional	165	6	4	62	3

Fuente: Vigilancia de la Salud RHN MS, Año 2022

Gráfico N°1

Costa Rica: Distribución de los casos de malaria según la especie parasitaria en la Región Huetar Norte, Año 2022

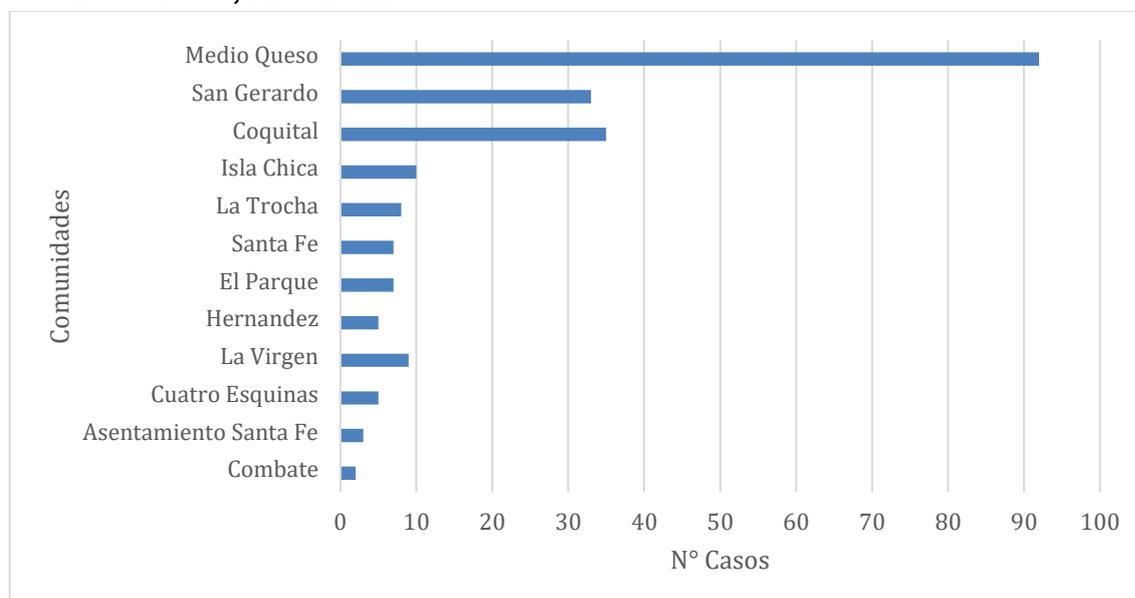


Fuente: Vigilancia de la Salud RHN-MS Año 2022

El principal problema de malaria está localizado en el cantón de Los Chiles, que inició a generar casos desde el año 2020 hasta la fecha; abarcando otros distritos como El Amparo y comunidades como El Parque, El pavón y La Virgen.

Gráfico N°2

Costa Rica: Distribución de los casos de malaria según comunidad del cantón de Los Chiles, Año 2022

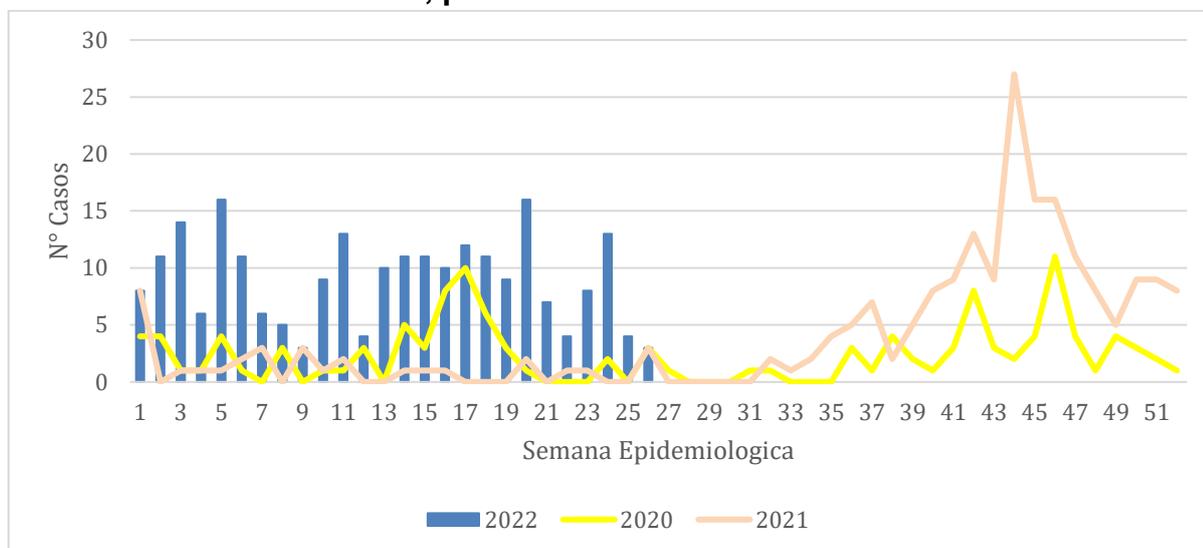


Fuente: Vigilancia de la Salud RHN-MS Año 2022

En el cantón de Los Chiles en años anteriores los casos de malaria se presentaban en el II semestre como se evidencia en el gráfico N°3 y coincide con el aumento de las lluvias y la alta migración proveniente de Nicaragua por trabajo; no obstante, en el presente año tuvimos un aumento de los casos en el I semestre que se dio secundario al brote que inicio en la semana 35 del año 21021.

Gráfico N°3

Costa Rica: Distribución de los casos de malaria según semana epidemiológica en el foco de Los Chiles, período 2020 al 2022

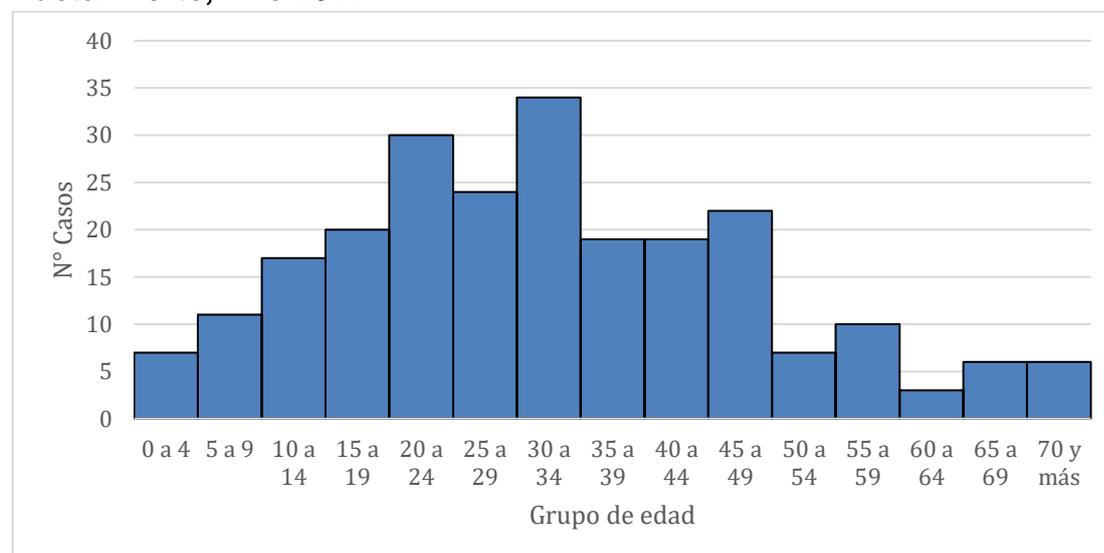


Fuente: Vigilancia de la Salud RHN-MS Año 2022

Los casos de malaria en el foco de Los Chiles el mayor porcentaje se da en el rango de 30 a 34 años, pero tenemos casos en todas las edades; lo que habla de una transmisión establecida e intradomiciliar.

Gráfico N°4

Costa Rica: Distribución de los casos de malaria según edad en la Región Huetar Norte, Año 2022



Fuente: Vigilancia de la Salud RHN-MS Año 2022

Enfermedad de Hansen (Lepra)

Ted Alpízar Calvo.

Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de la Salud
ted.alpizar@misalud.go.cr

Resumen

La lepra es una patología infecciosa crónica propia del ser humano, de evolución lenta, curable, producida por *Mycobacterium leprae* y *Mycobacterium lepromatosis*, que afecta principalmente la piel y sistema nervioso periférico. Se describen algunas características epidemiológicas de lepra en Costa Rica durante los años 2018-2022. El estudio realizado del año 2012-2017 mostró una tasa de prevalencia inferior a uno por diez mil habitantes a nivel nacional. No obstante, persiste el reporte de casos nuevos en todo el país y en algunas regiones en mayor proporción que otras, lo que indica que la transmisión de la enfermedad continúa como un riesgo potencial en las familias especialmente.

Introducción

La lepra es una patología infecciosa crónica, transmisible, con un periodo de incubación promedio de 5 años, y un rango que va desde 1 a 20 años, producida por el *Mycobacterium leprae*⁽¹⁾ y a partir del 2008 fue reconocido una nueva especie; el agente *Mycobacterium lepromatosis* (2,3).

La transmisión es de persona a persona, por contacto cercano y las manifestaciones clínicas dependen de la respuesta inmunológica del huésped, al *M. Leprae*. Esto determinará las características clínicas, baciloscópicas e histológicas de la enfermedad, que se manifiesta en un amplio espectro de formas clínico- patológicas que van desde la lepra tuberculoide (LT) hasta la lepra lepromatosa (LM). Afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos (2,4).

Se considera que la lepra es una enfermedad multifactorial, que depende del estado de inmunidad del paciente, la dosis infectante y la virulencia del microorganismo, así como la frecuencia de la exposición y la duración de la misma. En el 90% de las personas, el ingreso de este agente al organismo, lleva a una infección subclínica que

se cura sin tratamiento, y esta resistencia natural proviene de la respuesta inmune, de la magnitud y de la frecuencia de exposición al bacilo (5-7).

Inicialmente, la infección micobacteriana causa una amplia gama de respuestas inmunes celulares. Estos eventos inmunológicos luego provocan, una neuropatía periférica con graves consecuencias a largo plazo, si no se recibe un tratamiento oportuno (8).

La lepra es capaz de producir discapacidad en la persona que la padece, por lo tanto, se debe hacer un examen dermatoneurológico detallado, en particular en el momento de su diagnóstico, es de suma importancia para poder prevenir las discapacidades que puede producir, consecuencias más estigmatizantes y temidas para estos enfermos desde el punto de vista, económico, social y humano, la discapacidad es la consecuencia más grave de la lepra (10). Desde el aspecto psicológico existe una amplia problemática como resultado de imposibilidad o dificultad para adaptarse a un medio social que les es hostil (11).

En la asamblea mundial número cuarenta y cuatro de salud celebrada en 1991, se aprobó la resolución WHA44.9; que establecía el compromiso de eliminar la lepra como problema de salud pública para finales del año 2000. La meta de eliminación fue definida mediante un indicador donde se establecía que los países lograrían una prevalencia menor de 1 por 10.000 habitantes. Se alcanzó a nivel mundial en el año 2000 y el número de casos nuevos detectados anualmente ha tenido desde entonces un descenso constante, con una considerable reducción de la carga de enfermedad por lepra tanto en el mundo, como en la región de las Américas (12,13).

La Organización Mundial de la Salud publicó en el 2017, los datos de casos de lepra procedentes de 145 países, donde se registraron 214.783 casos nuevos; y la tasa de detección fue 2,9 casos nuevos por cien mil habitantes. En el primer trimestre de 2017, el número de casos registrados fue de 171.948 y la prevalencia fue 0,23 por diez mil habitantes. India contribuyó con el 75% (161.263 casos nuevos), mientras que el 12,7% (27.356) procedían de la Región de las América, donde Brasil reportó el 92% (25.218 /27.356) (14).

En Costa Rica, la lepra existe de forma endémica; el primer caso de lepra se remonta al año 1735 en la provincia de Cartago (15). El país logró su indicador de eliminación a nivel nacional en el 1995(16), y ha mantenido esta condición desde entonces, y se continúan notificando casos nuevos cada año procedente de todas las provincias del país.

La lepra es de notificación obligatoria al Ministerio de Salud por decreto (17), pertenece al grupo C, la confirmación de caso debe realizarla por un dermatólogo y se requiere una investigación de caso y de sus contactos.

Durante 2003, nuestro país alcanzó una prevalencia de 0,30 casos por cada diez mil habitantes, afectando a personas mayores de 15 años, principalmente hombres y al grupo de entre los 60 a 74 años (16, 18), y en ese año el país no había alcanzado ese indicador a nivel en todos los cantones del país. Durante el periodo 2012-2017, se registraron en Costa Rica 51 casos nuevos de Enfermedad de Hansen (EH) con prevalencia a nivel nacional de 0,06 casos por diez mil habitantes. La detección anual en la última década es de 9 individuos por año. Las provincias con mayor prevalencia de EH son Puntarenas y Limón.

Constituye un reto para la salud pública por la repercusión biológica, económica y social que implica esta patología para el individuo, la familia y las comunidades, por lo que es de vital importancia conocer la situación epidemiológica actual en el país.

Métodos

Se realizó un análisis descriptivo que comprende todos los casos de Enfermedad de Hansen notificados en boleta VE-01 y enviadas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud en la base de datos anonimizada durante el periodo 2018-2022.

Para conocer el número de casos durante los años 2018-2021, se utilizaron los casos reportados por la Unidad de Epidemiología de la Dirección de Vigilancia de la Salud, INEC, Caja Costarricense del Seguro Social y proyecciones nacionales.

El objetivo del análisis va enfocado únicamente en morbilidad por provincias y grupos de edad, población total por años calendario, grupos quinquenales de edades y edades simples (19). Adicionalmente se le agregó el indicador seleccionado por sexo y condición de egreso.

Para la caracterización sociodemográfica se utilizaron los datos anonimizados de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, provenientes de la ficha de investigación de casos. Todos los análisis se realizaron empleando el programa Excel.

Plan de análisis

Se calcularon los indicadores de morbilidad y mortalidad; número de casos (vivos) porcentaje (%) del total, sexo, rango de edad (años), promedio edad (años), edad desconocido (incluidos totales) y número (fallecidos).

Los rangos de edad fueron calculados según la recomendación de la Dirección de Vigilancia de la Salud para el monitoreo del programa y los informes que se envían al Programa Regional de la OPS/OMS. Se clasificaron por quinquenios.

Resultados

Durante el periodo 2018-2022, se registraron en Costa Rica 20 casos nuevos de lepra, año 2022 no hay casos nuevos. La distribución por año de diagnóstico se indica en la tabla 1 y se describe en el gráfico 1 por provincias y números de casos.

La distribución por año de diagnóstico según sexo se indica en la tabla 2.

Del total de 20 casos, el 25% son mujeres y el 75% son hombres, el rango de edades totales va desde los 18-80 años, para una edad promedio de 50 años.

En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas de los pacientes con lepra por provincias. La mayor cantidad de casos provienen de las zonas costeras, provincias de Puntarenas y Limón. Esto constituye un escenario demográfico complejo.

En la tabla 3 se puede observar que el mayor rango de edad lo abarcan las personas mayores de 61 años.

En este periodo del 2018-2022 no se presentaron casos fallecidos.

Tabla I.

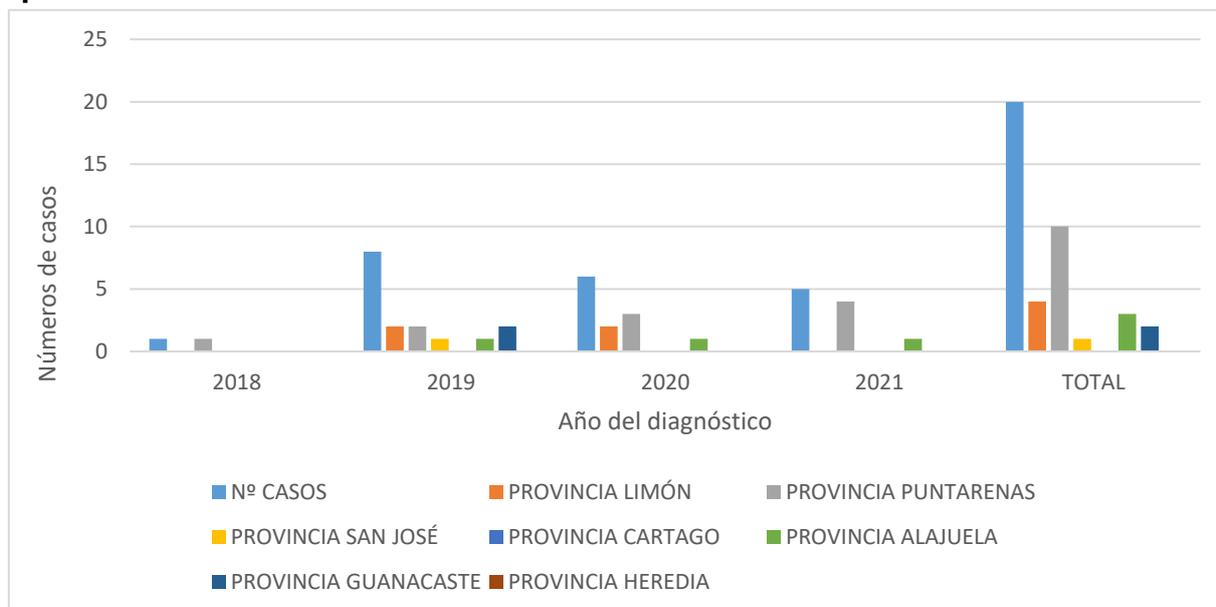
Costa Rica: características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de lepra según provincia, del año 2018-2022.

MORBILIDAD 2018-2022 AÑO	Nº CASOS NUEVOS	PROVINCIA LIMÓN	PROVINCIA PUNTARENAS	PROVINCIA SAN JOSÉ	PROVINCIA CARTAGO	PROVINCIA ALAJUELA	PROVINCIA GUANACASTE	PROVINCIA HEREDIA
2018	1		1					
2019	8	2	2	1		1	2	
2020	6	2	3			1		
2021	5		4			1		
TOTAL	20	4	10	1	0	3	2	0

Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráfico 1.

Costa Rica: número de casos nuevos notificados de Lepra por año según provincia de 2018-2021



Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Tabla 2.

Costa Rica: Casos y fallecidos de pacientes con diagnóstico de lepra, indicador seleccionado por sexo y condición de egreso, del año 2018-2022.

Indicador	Sexo biológico notificado		
	Mujeres	Hombres	Total
Morbilidad			
Número de casos (vivos)	5	15	20
Porcentaje (%) del total	25%	75%	100%
Rango edad (años)	35-76	18-80	18-80
Promedio edad (años)	54,4	48,5	50
Edad desconocido (incluidos total)	0	0	0
Mortalidad			
Número (fallecidos)	0	0	0
Porcentaje (%)	0	0	0
Rango edad (años)	0	0	0
Promedio de edad (años)	0	0	0
Edad desconocida	0	0	0
Total (número de vivos y fallecidos)	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Tabla 3.

Costa Rica: Casos y fallecidos de pacientes con diagnóstico de lepra, por grupos de edad y por condición de egreso, del año 2018-2022.

Grupos de edad (años)	Condición de egreso		Total
	Fallecido	Vivo	
≤ 15	0	0	0
16-30	0	3	3
31-45	0	7	7
46-60	0	2	2
≥ 61	0	8	8
Desconocido	0	0	0
Total	0	20	20

Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Discusión

Durante el periodo analizado (2018-2022), nuestro país mantiene la prevalencia como la recomendada por la OMS desde la 44a Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1991, lo que indica que mantenemos el compromiso adquirido, de los países miembros de eliminar la lepra como problema de salud pública, sin embargo, Costa Rica lo logró desde 1995. En América Latina, algunos países continúan reportando la patología como un problema de salud pública. Algunos países latinoamericanos notifican menos de 10 casos por año a la Oficina Regional de OPS/OMS, y otros a pesar de los grandes esfuerzos notifican más 500 casos por año. Mientras sigan existiendo casos nuevos en la Región de las Américas habrá transmisión de la enfermedad y los casos nuevos seguirán siendo reportados.

Es posible que este indicador de eliminación haya creado expectativas de que el problema ya no existía en sus países y los gobiernos han dado prioridad a otros eventos.

La eliminación no debe ser confundida con la erradicación, por cuanto esta última supone la interrupción completa de la transmisión, la reducción a cero de la incidencia y la desaparición total del agente causal o, en otras palabras, la supresión de toda

fuentes de infección, de tal manera que, aunque no se tomen medidas preventivas de ninguna clase, la enfermedad no reaparezca.

Los hombres continúan siendo los más afectados por la enfermedad en los resultados de las investigaciones, son semejantes a otros estudios publicados. Esta relación podría estar relacionada con una mayor exposición de los hombres al bacilo de *M. leprae* (14). Sin embargo, existen reportes donde hay una incidencia similar en ambos sexos, o incluso a una mayor prevalencia entre las mujeres.

Con respecto a la edad al diagnóstico, la enfermedad está siendo detectada en el periodo en la que el individuo se encuentra en plena actividad laboral y social. Un aspecto importante es que la enfermedad produce discapacidad, si no se trata a tiempo, y esto puede interferir drásticamente en el trabajo y en la vida social del paciente, provocando pérdidas económicas y traumas psicológicos. El grado de discapacidad debe anotarse en los expedientes según lo indica la Norma de Tratamiento, y es parte de los indicadores del Sistema de Vigilancia. Además, la detección oportuna de los casos disminuye el riesgo de llegar a desarrollar discapacidad. La aparición de discapacidades físicas es considerada como elementos que privan al individuo de realizar actividades laborales y sociales, reflejando condiciones precarias de vida.

Para la variable ocupación predominaron las ocupaciones de servicio como agricultores, servicios domésticos y peones de construcción. Esas ocupaciones podrían estar relacionadas a un bajo nivel socioeconómico. Se sabe por estudios previos que las condiciones socioeconómicas pueden influir en las formas de enfrentar los problemas de salud.

Un mayor porcentaje de pacientes está siendo notificado de hospitales regionales, periféricos, servicios de emergencias y clínicas de la seguridad social, que podría indicar que los pacientes prefieren ser en su zona de residencia, beneficiando al mismo paciente, sus familias y a los servicios de salud ya que se disminuyen los costos por traslado a hospitales nacionales.

Conclusiones

Al finalizar el año 2021, la lepra continúa manteniendo el indicador de eliminación a nivel nacional, lo que quiere decir que se notifica menos de un caso por diez mil habitantes en el país. El país, continúa reportando casos nuevos cada año.

La edad al diagnóstico de la enfermedad corresponde a pacientes en edad productiva. Los casos provienen de distritos clasificados como predominantemente costas y zonas urbanas lo que constituye un escenario demográfico complejo.

Existe poca información sobre el grado de discapacidad del paciente al diagnóstico, así como de los contactos.

El reporte de los casos según la clasificación CIE-10 y según OMS/ OPS debe ser conforme a lo que indica la Norma de Tratamiento.

Se recomienda implementar un sistema de vigilancia activa para mejorar la detección oportuna de casos, prevenir la discapacidad en estos pacientes para que una vez recuperados pueden reincorporarse a la sociedad.

Referencias bibliográficas

1. Sasaki S Takesflita F Okuda K et al. Mycobacterium leprae and leprosy: a compendium. *Microbiol Immunol.* 2001;45(11):729-36.
2. Han X Yiel-Gea S Sizer K et al. A new Mycobacterium species causing diffuse lepromatous leprosy. *Am J Clin Pathol.* 2088;130(6):856-864.
3. Sotiriou M Stryjewska B Hill C. Two Cases of Leprosy in Siblings Caused by Mycobacterium lepromatosis and Review of the Literature. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(3), 522-527.
4. Espinoza A Jaramillo O Arias A et al. Normas para la atención integral y control de la enfermedad de Hansen Costa Rica. 1ª edición. San José: OPS, 2013. 98 p.
5. Vargas F. Determinación de frecuencias de alelos de HLA región DQ y DR en pacientes con lepra lepromatosa en el estado de Colima. Tesis de grado. Universidad de Colima; 2006, 81p.
6. Hidalgo F Martínez G López Fernández A et al. Caracterización epidemiológica de la lepra en el municipio de Cumanayagua (1983-2012). *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología.* 2014;52:163-172.
7. Rada E, Aranzazu N, Convit J. Respuesta inmunitaria de la enfermedad de Hansen. *Revisión. Investigación Clínica.* 2009;50(4).
8. Sabatés M Curbelo M Cabrera M et al. Formas de diagnóstico y discapacidades por lepra en la provincia de Cienfuegos de 1980 a 2005.
9. Guerrero M León S. Retraso en el diagnóstico de lepra como factor pronóstico de discapacidad en una cohorte de pacientes en Colombia, 2000–2010 2013; 33. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n2/137-143/es>.
10. Arvelo J. Discapacidad en lepra: prevención y rehabilitación. *Revista Dermatología Venezolana*, 1994; 32(4).
11. OMS. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 6-16 de mayo de 1991: resoluciones y decisiones anexos. Disponible en: [interfieren en la curación de la Lepra](#). Tesis de grado. Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica. Facultad de Servicio Social. Universidad de Costa Rica; 1972, 114p.
12. OMS. *Weekly Epidemiological Record: Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion.* Dr E. A. Cooreman/Leprosy; No. 35, 2016, 91, 405–420.
13. González A. Factores Socio-económicos que interfieren en la curación de la Lepra. Tesis de grado. Sede Rodrigo Facio, San José, Costa Rica. Facultad de Servicio Social. Universidad de Costa Rica; 1972, 114p.
14. Jaramillo O Espinoza A Lobo- R. Hansen en Costa Rica: pasado, presente y futuro. *Acta Médica Costarricense.* 2009; 51:229-235.

15. Poder Ejecutivo. Reglamento de Vigilancia de la Salud. Decreto Ejecutivo No. 37306-S de 27 de agosto del 2012, 22 de octubre del 2012: Alcance No. 160, La Gaceta No. 203 de 22 de octubre del 2012, 26 p.
16. Espinoza A. Prevalencia de lepra en Costa Rica, de 1998-2003. Revista Costarricense de Salud Pública. 2007; 16:36-41.
17. INEC. Proyecciones nacionales. Población total por años calendario, según sexo, grupos quinquenales de edades y edades simples 2011-2050. INEC. San José, Costa Rica, 2013
18. INEC. Clasificación Geográfica con fines Estadísticos [recurso electrónico]. INEC. 1 recurso en línea; 3,4 MB. Ed. San José, C. R.: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2016.
Jalled M Soto I Tiscornia J et al . Pautas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra. In: Dermatología, editor. 2017

Meningitis

Franchina Murillo Picado

Unidad de Epidemiología

Dirección de Vigilancia de la Salud

franchina.murillo@misalud.go.cr

La meningitis es una peligrosa inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, causada principalmente por una infección bacteriana o vírica.

La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias de rápida propagación. Mata a una de cada diez personas infectadas, en su mayoría niños y jóvenes y deja a una de cada cinco con discapacidades duraderas, como convulsiones, pérdida de audición y visión, daños neurológicos y deterioro cognitivo.

En Costa Rica, a la semana epidemiológica 24 del año 2022, se han confirmado por laboratorio un total de 44 casos de meningitis y en el año 2021, se registraron 47 casos de meningitis, lo que representa una disminución en el número de casos del 6,3% respecto a la misma semana del año 2021.

La Región Central Este en el año 2022, a la semana epidemiológica 46 registra el mayor número de casos por sospecha de meningitis con un 27,3 %, seguido de la Región Central Sur con un 20,5% del total de casos respectivamente. En el año 2021 las regiones con mayor número de casos fueron Central Sur con 34,0% y Central Norte con 14,89%.

Cuadro 1.

Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis y porcentaje de variación relativa por Región, semana epidemiológica 24, 2021-2022.

Región	casos 2021	casos 2022	porcentaje casos 2022	% VARIACION RELATIVA
Central Este	5	12	27,3	140%
Central Sur	16	9	20,5	-44%
Central Norte	7	8	18,2	14%
Brunca	5	4	9,1	-20%
Occidental	0	4	9,1	0%
Pacífico Central	6	3	6,8	-50%
Huetar Caribe	3	3	6,8	0%
Huetar Norte	3	1	2,3	-67%
Chorotega	2	0	0	-100%
Total	47	44	100,0	-6,3%

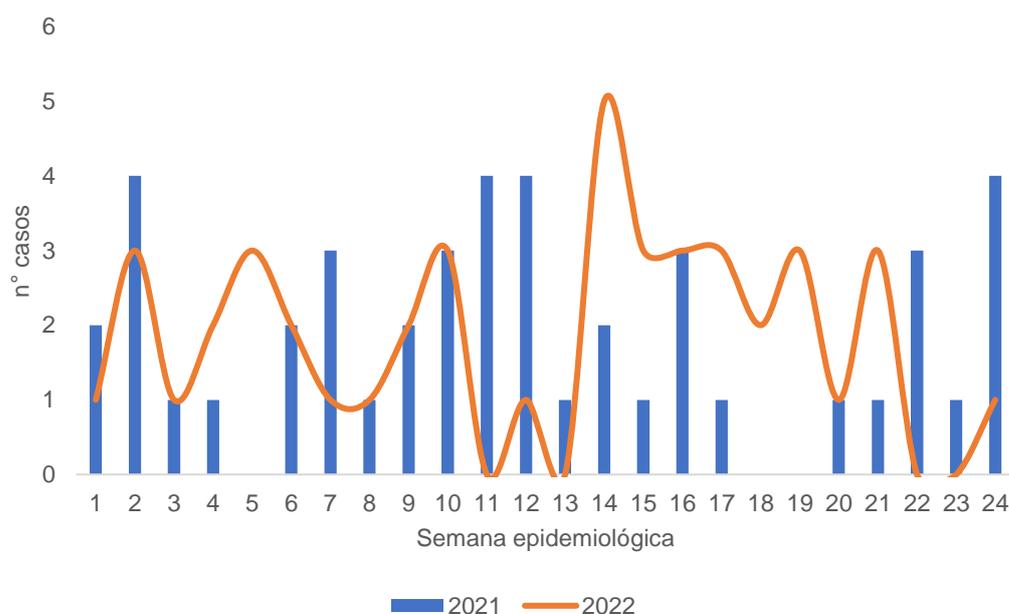
Datos preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

Según los datos arrojados en el gráfico 1, se observa un comportamiento similar de la enfermedad el comportamiento de la enfermedad para en el año 2021 y 2022 para la semana epidemiológica 24 es similar.

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis comparativa año 2021 con el 2022 a la semana epidemiológica 24, 2022



Datos preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

En el cuadro 2 se enlista los cantones que presentan casos de meningitis a la semana epidemiológica 24, 2022. Cartago registra el mayor número de casos ($n=4$) con una tasa de 2,4 seguido de San José con 3 casos y una tasa de 0,9. De los 27 cantones, 12 registraron 2 casos y 13 registraron 1 caso respectivamente.

Cuadro 2.

Costa Rica: Casos sospechosos y tasas de meningitis según cantón de procedencia, a la semana epidemiológica 24, 2022. (tasa p/100.000 habitantes)

Cantón	casos	tasas
Cartago	4	2,4
San José	3	0,9
Desamparados	2	0,8
Coronado	2	2,7
Alajuela	2	0,6
San Ramón	2	2,1
Paraíso	2	3,1
Turrialba	2	2,7
Oreamuno	2	4,0
El Guarco	2	4,3
San Pablo	2	6,3
Puntarenas	2	1,4
Golfito	2	4,3
Guácimo	2	3,5
Goicoechea	1	0,7
Moravia	1	1,6
Pérez Zeledón	1	0,7
Palmares	1	2,4
Poás	1	2,9
San Carlos	1	0,5
Alfaro Ruiz	1	6,8
Barva	1	2,1
Santo Domingo	1	2,0
San Rafael	1	1,8
Buenos Aires	1	1,8
Parrita	1	4,8
Pococí	1	0,6
Total	44	0,8

Datos preliminares

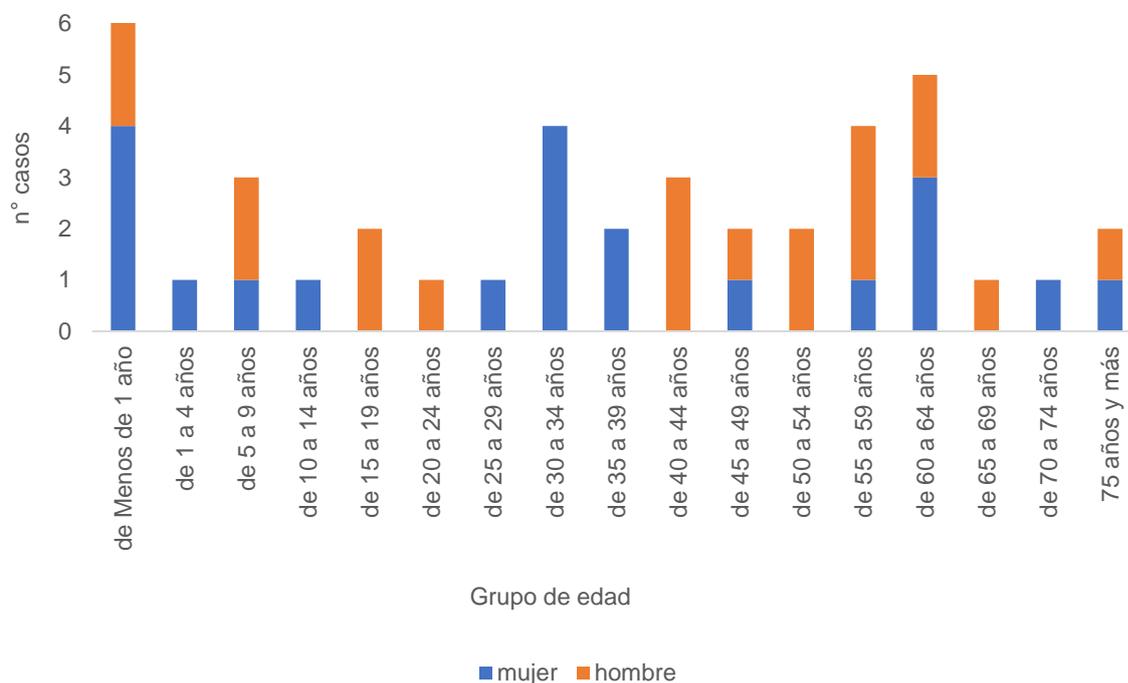
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. Para la semana epidemiológica 24 los hombres aportan el 52,0% de los casos y las mujeres el 48,0% de los casos.

El grupo de edad con más casos es el de 30-64 años con un 50,0% (n=22); seguidamente los niños y adolescentes de menos de 1 año- 19 años con un 36,0% (n=16) y finalmente el grupo de 70 años y más con un 6,8% (n=3).

Gráfico 2.

Costa Rica: Casos sospechosos por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 24, 2022.



Datos preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

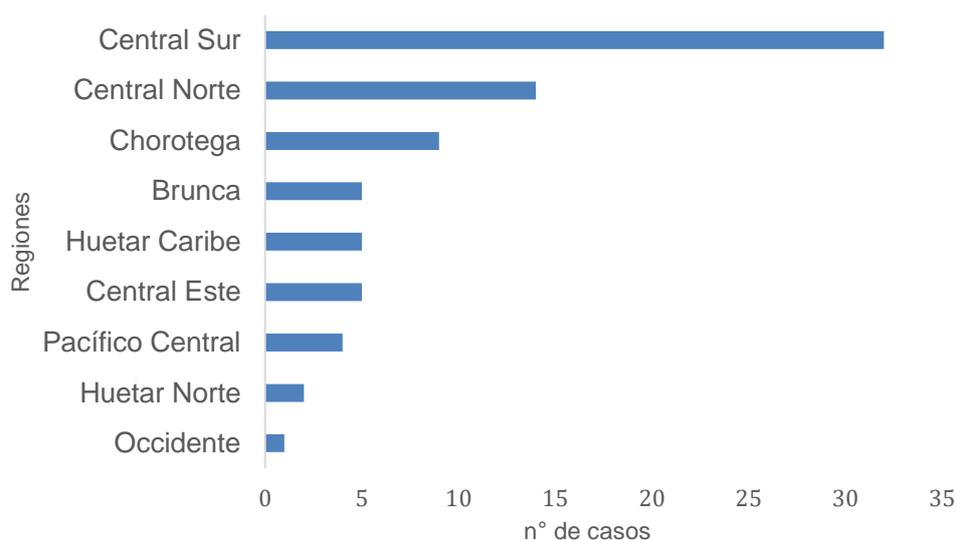
Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas de aerosol suspendidas en el aire expulsadas por personas con enfermedad pulmonar activa. Esta infección suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna.

En Costa Rica los casos de tuberculosis se reportan por trimestre según el Decreto 40556-S y para el I trimestre del año 2022 la Región con mayor cantidad de casos es la Central Sur con un 41,6% (n=32), seguido de la Central Norte con un 18,2% (n=14) y de la Chorotega con 11,7% (n=9).

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos de tuberculosis según Región, en los meses de enero, febrero y marzo del 2022



Datos preliminares

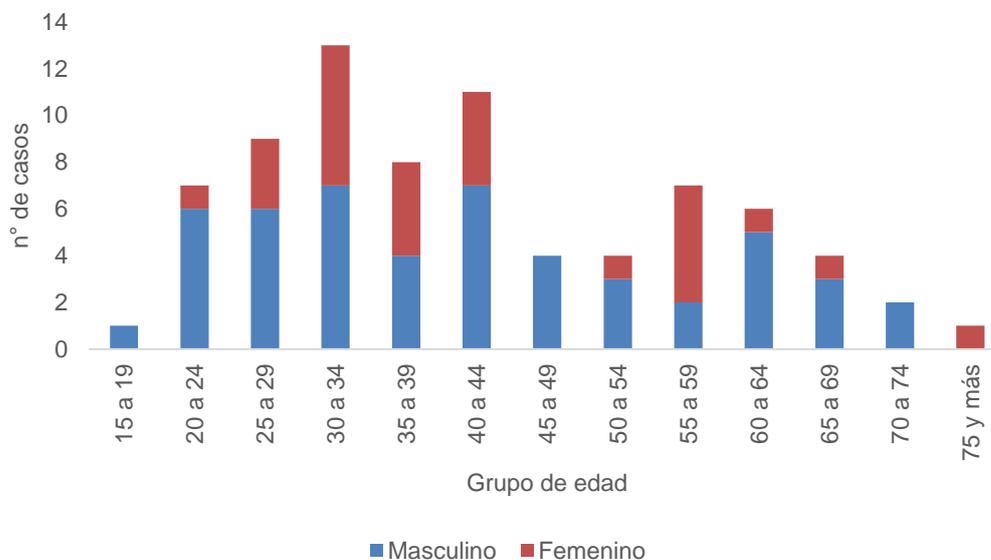
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USI

El gráfico 1, indica la distribución de los casos según sexo y grupo de edad. En el I trimestre del año los hombres aportan el 65% de los casos y las mujeres el 35% de los casos.

El 90% de los casos (n=70) se encuentran en el grupo de edad adulto, de 20-64 años. El grupo de edad de 15-19 registra un 1,2% (n=1) y el grupo de 70 años y más registra el 3,9% (n=3) de los casos.

Gráfico 2.

Costa Rica: Casos de tuberculosis según sexo y grupo de edad en los meses de enero, febrero y marzo del 2022



Datos preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USI

Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG y ETI

Según los datos registrados preliminarmente de IRAG y neumonías por la boleta VE-01, para la SE-24, el número de casos acumulados es de 325 IRAG y de 63 neumonías.

Los grupos etarios más afectados por IRAG son los siguientes:

- 1- El grupo de niños entre 1 y 4 años, con un 19,7 % (64 casos)
- 2- El grupo de 75 años y más, con un 12,6 % (41 casos)
- 3- El grupo de menores de 1 año, con un 6,5 % (21 casos)

En relación con las neumonías, los grupos etarios más afectados, son los mismos que en las IRAG. En personas de 75 años y más, hay reportados 23 casos (36,5 %), en menores de 1 año hay 5 casos (7,9 %) y de 1 a 4 años, hay 4 casos (6,3 %).

En relación con las tasas de IRAG y de neumonías, los datos que se tienen son los siguientes: 6,23 casos de IRAG por 100.000 habitantes, y hay 1,21 neumonías por 100.000 habitantes.

Cuadro 1

Costa Rica: Casos registrados de IRAG y neumonías según grupos etarios para la Semana Epidemiológica 24.

Casos registrados de IRAG y Neumonías
según grupos de edad
Costa Rica Año: 2022*
(Cifras preliminares)

Grupo de edad	IRAG						Neumonías					
	Total		Fem.		Masc.		Total		Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	325	100%	168	100%	157	100,00	63	100%	24	100%	39	100%
01. Menos de 1 año	21	6,5%	5	3,0%	16	10,19	5	7,9%	1	4,2%	4	10,3%
02. 1 a 4 años	64	19,7%	38	22,6%	26	16,56	4	6,3%	3	12,5%	1	2,6%
03. 5 a 9 años	31	9,5%	20	11,9%	11	7,01	2	3,2%	1	4,2%	1	2,6%
04. 10 a 14 años	21	6,5%	10	6,0%	11	7,01	3	4,8%	1	4,2%	2	5,1%
05. 15 a 19 años	17	5,2%	9	5,4%	8	5,10	1	1,6%	1	4,2%	0	0,0%
06. 20 a 24 años	15	4,6%	5	3,0%	10	6,37	3	4,8%	0	0,0%	3	7,7%
07. 25 a 29 años	12	3,7%	4	2,4%	8	5,10	1	1,6%	0	0,0%	1	2,6%
08. 30 a 34 años	27	8,3%	21	12,5%	6	3,82	3	4,8%	2	8,3%	1	2,6%
09. 35 a 39 años	13	4,0%	9	5,4%	4	2,55	1	1,6%	1	4,2%	0	0,0%
10. 40 a 44 años	11	3,4%	3	1,8%	8	5,10	3	4,8%	0	0,0%	3	7,7%
11. 45 a 49 años	9	2,8%	3	1,8%	6	3,82	3	4,8%	2	8,3%	1	2,6%
12. 50 a 54 años	8	2,5%	6	3,6%	2	1,27	3	4,8%	2	8,3%	1	2,6%
13. 55 a 59 años	13	4,0%	7	4,2%	6	3,82	2	3,2%	2	8,3%	0	0,0%
14. 60 a 64 años	5	1,5%	3	1,8%	2	1,27	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15. 65 a 69 años	5	1,5%	3	1,8%	2	1,27	1	1,6%	0	0,0%	1	2,6%
16. 70 a 74 años	11	3,4%	5	3,0%	6	3,82	4	6,3%	1	4,2%	3	7,7%
17. 75 y más	41	12,6%	17	10,1%	24	15,29	23	36,5%	7	29,2%	16	41,0%
18. Ignorada	1	0,3%	0	0,0%	1	0,64	1	1,6%	0	0,0%	1	2,6%

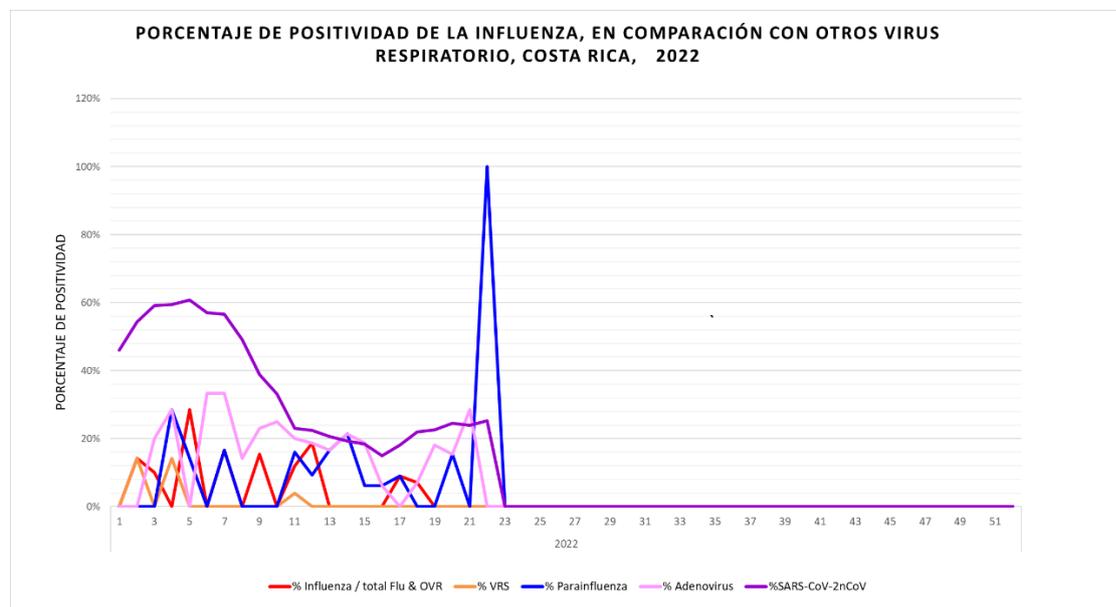
Nota: *Cifras preliminares a la Semana 24 de IRAG y NEUMONIA 2022

Fuente: M.Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, USIS

* Nacimientos Año 2019 y subsecuentes se obtuvieron del Grupo de 0-4 Años Mediante apertura del rango a edades simples con los Multiplicadores de Karup-King.

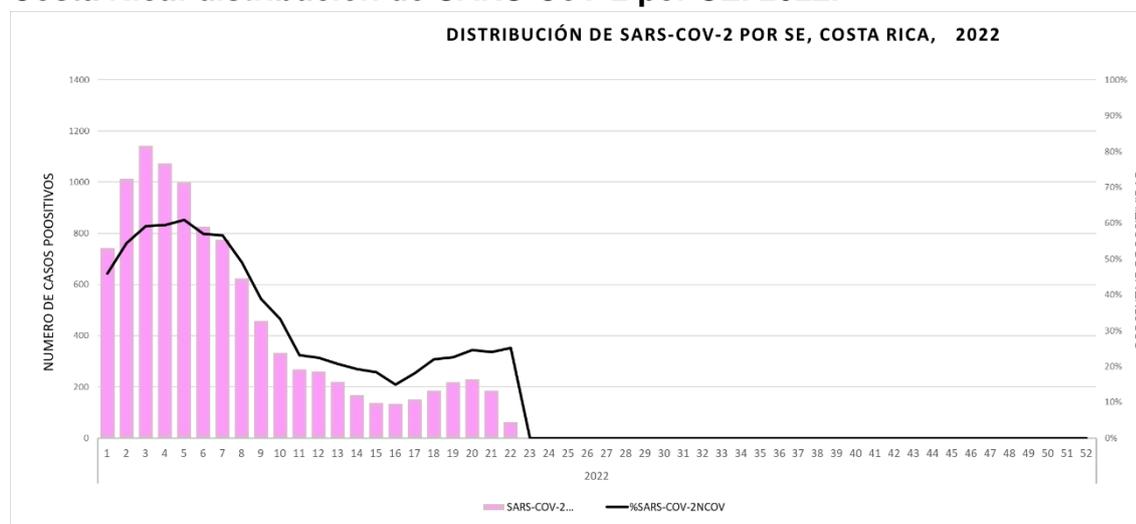
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, USIS.

Gráfico 3
Costa Rica: porcentaje de positividad de influenza, en comparación con otros virus respiratorios, 2022.



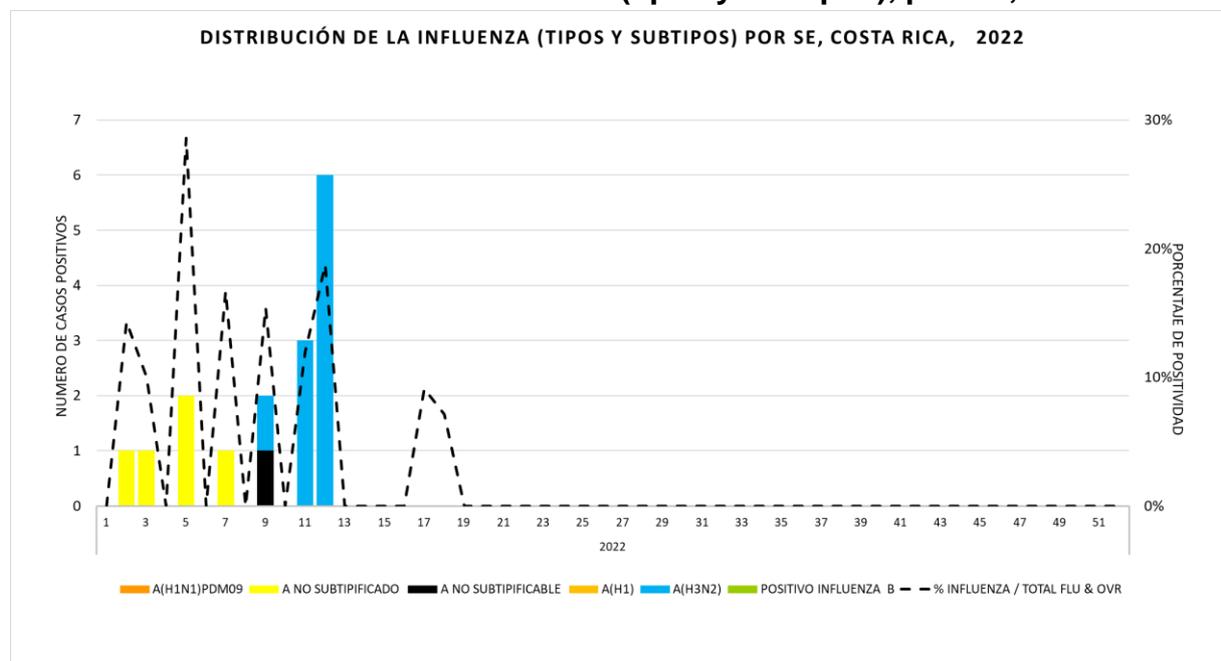
Fuente: Paho Flu

Gráfico 4
Costa Rica: distribución de SARS-CoV-2 por SE. 2022.



Fuente: Paho-Flu

Gráfico 5
Costa Rica: distribución de la influenza (tipos y subtipos), por SE, 2022.



Fuente: Paho-Flu

REALIZADO POR:
Ivannia Caravaca

Vigilancia Alimentaria y Nutricional

julio 2022

PREVALENCIAS DE OBESIDAD EN COSTA RICA



1. INTRODUCCIÓN

La epidemia de la obesidad es una enfermedad precursora de otras no transmisibles, es considerada de origen multifactorial por lo que debe relacionarse con los determinantes de la salud, factores de riesgo y factores protectores, lo que implica prestar atención a ambientes obesogénicos y a etapas cruciales del curso de vida.

La Obesidad en Costa Rica representa un serio problema de salud pública debido a las implicaciones que genera en la salud, en el 2017 este evento ocupó el segundo lugar en los factores de riesgo generales y representó el 54% del total de factores de riesgo que contribuyen a la muerte y las discapacidades del país, lo que implica altos costos de atención y del estado.



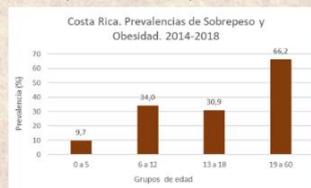
Antecedentes mundiales

- Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo.
- En 2016, más de 1900 millones (39%) de adultos tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones (13%) eran obesos, 41 millones de niños menores de cinco años y más de 340 millones de niños escolares y adolescentes (de 5 a 19 años) tenían sobrepeso u obesidad.
- El aumento en la incidencia de las enfermedades no transmisibles (ENT), en los últimos años se ha relacionado con la prevalencia de factores de riesgo modificables como el sedentarismo y la obesidad, asociado además a diferentes estilos de vida.

2. LINEAS BASE NACIONALES DE SOBREPESO Y OBESIDAD

En Costa Rica, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha experimentado un crecimiento exponencial en toda la población, pero ha sido alarmante el crecimiento en la población infantil en los últimos 10 años, constituyéndose este evento como un problema de salud pública.

Grupo de edad	Sobrepeso (%)	Obesidad (%)	Fuente
0 a 5 años	7,4	2,3	Encuesta de mujeres, niñez y adolescencia del 2018. Ministerio de Salud. UNICEF. INEC
6 a 12 años	20	14	Censo Escolar Peso/Talla 2016. Ministerio de Salud. MEP
13 a 18 años	21,1	9,8	Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física 2018. Ministerio de Salud. MEP
19 a 60 años	36,8	29,4	Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovasculares, 2014. CCSS



No se cuenta con línea base de estado nutricional para adultos mayores.

3. RECOMENDACIONES

- Desarrollar investigación epidemiológica que permita determinar los factores de riesgo y factores protectores por grupos de edad y distribución geográfica.
- Fortalecer el sistema de vigilancia alimentario nutricional (SISVAN) con información precisa, válida, confiable y oportuna.
- Capacitar a las regiones y áreas rectoras de salud en el uso de la herramienta del SISVAN, así como el análisis de la información de vigilancia nutricional.
- Sistematizar la información de Vigilancia nutricional a fin de sustentar la formulación de lineamientos para la política pública posiblemente guiada a la inclusión de hábitos saludables en la población objetivo
- Elaborar, desarrollar e implementar políticas públicas que consideren los determinantes de la salud.
- Otras acciones: el aumento de la accesibilidad a los servicios profesionales en nutrición desde el primer nivel de atención, esta medida de Salud Pública permitirá aumentar los conocimientos sobre alimentación y nutrición, de manera preventiva permitirá apoyar la adopción de adecuados hábitos de vida que reduzcan las enfermedades crónicas no transmisibles. (Lizano, 2018).
- Implementar políticas que regulen las grasas, azúcares y sodio en los productos industrializados, esto acompañado de un etiquetado nutricional que tenga como prioridad advertir al consumidor o sea que favorezca su accesibilidad y comprensión.

Costa Rica, ocupa la sexta posición en Latinoamérica con el mayor porcentaje de adultos obesos (FAO, 2018).

El sobrepeso y la obesidad han alcanzado más del 60% de la población adulta y un tercio de los niños mayores de seis años ya sufre este problema.



4. CONCLUSIONES

- Sobresale la necesidad de realizar de manera periódica estudios sobre vigilancia epidemiológica y determinantes de la salud, en temas nutricionales que permitan identificar los factores de riesgo y factores protectores que influyen en el sobrepeso y la obesidad y sus ambientes obesogénicos.
- Se evidencia la necesidad de vigilar el acatamiento de los reglamentos establecidos por el gobierno diseñados con el objetivo de prevenir la obesidad y promover hábitos saludables, entre ellos el REGLAMENTO DE VIGILANCIA DE LA SALUD, Notificación obligatoria de Obesidad.
- Es indispensable identificar el grupo de edad a intervenir en temas nutricionales, para establecer las estrategias adaptadas a la población y el abordaje adecuado.
- La Obesidad no es un evento único de Salud, los cambios de hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de políticas integrales en todos los sectores, salud, agricultura, educación, transporte, planificación urbana, medio ambiente, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos.

La obesidad es prevenible.

5. Referencias bibliográficas

- INEC (2012). 19 de junio. Obesidad y sobrepeso. <http://www.inec.org.cr/inec/inec/obesidad-sobrepeso>
- Palacio, H., E. S. y R. C. (2021). Obesidad en la infancia: prevalencia y factores de riesgo. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 32(3), 46-52.
- Ministerio de Salud. Ministerio de Educación Pública. Censo Escolar Peso/Talla Informe Ejecutivo. Censo Escolar Peso/Talla Costa Rica. Reporte de <http://www.mep.go.cr/informacion-de-salud/linea-base-nutricional-obesidad-sobrepeso-censo-escolar-peso-talla-2016>
- Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física 2018. Ministerio de Salud. <https://www.msa.gov.cr/informacion-de-salud/encuesta-colegial-de-vigilancia-nutricional-y-actividad-fisica-2018>
- CCSS (2014). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovasculares. <https://www.biotecnia.org/informacion-de-salud/vigilancia-pf>
- Rivera-Chavez, J., y otros. (2018). Asociación entre la distribución regional de puntos de adquisición de alimentos y la prevalencia de obesidad infantil en el cantón La Unión, Costa Rica. *Revista Científica de Salud y Bienestar en Mesoamérica*, 10(1), <https://www.scribd.com/document/451491118/Revista-Cientifica-de-Salud-y-Bienestar-en-Mesoamerica-10-1-2018>
- Lizano, V.M. (2018). Política de salud pública: producción de obesidad entre enfermedades no transmisibles. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 29(1), 56-58. <http://www.scribd.com/document/451491118/Revista-Cientifica-de-Salud-y-Bienestar-en-Mesoamerica-10-1-2018>