

Epidemia del COVID-19 en Costa Rica

COVID-19 epidemic in Costa Rica

Ronald Evans-Meza^{1a}

Nada hacía presumir en esos primeros días de enero del año 2020, que iba a suceder algo diferente en el campo de la salud mundial. Todo lucía igual, tranquilo, sin ningún oleaje amenazador. En occidente, la población apenas estaba reponiéndose de los festejos del año que recién acababa de fenecer y en todas partes, la gente se adentraba de lleno a las actividades cotidianas. El ambiente lucía despejado, sin nubarrones en el horizonte, con una economía dispar, pero ebulliente en casi todas partes. De tal manera que cuando el 7 de enero, los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de China anunciaron que en la pujante y moderna ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, habían aparecido unos casos de neumonía, cuya etiología fue prontamente identificada como un nuevo coronavirus¹, nadie se alarmó y más bien se pensó, que se trataba de uno de esos diagnósticos volátiles y pasajeros que con tanta frecuencia se anuncian en China y que desaparecen con velocidad de rayo, dejando nada más que conocimiento y enseñanzas sobre novedosas etiologías de enfermedades, que afortunadamente no pasan a más. Pero esta vez iba a ser diferente.

Al nuevo virus se le denominó SARS-CoV-2, para diferenciarlo del SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Severo) y del MERS (Síndrome Respiratorio del Oriente Medio). Cinco días después del anuncio original, los chinos informaron que habían descubierto la secuencia genética del virus y se comienzan a producir las pruebas diagnósticas PC específicas². Acto seguido, varios países empiezan a notificar la presencia de la enfermedad, primero en Asia, luego en otras partes, pero todavía la OMS no reconoce su expansión a otros países, pese a que la misma China ya ha adoptado la cuarentena y la restricción de viajes. Pero la avalancha está en marcha y es indetenible.

Así, la OMS, el 11 de marzo caracteriza la situación como una pandemia³. Bastante tarde para algunos. Ya la enfermedad está instalada en Europa y hace estragos en la zona de Lombardía y en otras partes. A Estados Unidos llega mediante un viajero chino procedente de Wuhan⁴ y prontamente se disemina en diversas ciudades, particularmente en Nueva York con un vigor inusitado. A nuestra América Latina, el COVID-19, como ha sido denominada la pandemia, llega primero a Brasil y luego se

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
a. Médico Epidemiólogo y Salubrista

Citar como: Evans-Meza R. Epidemia del COVID-19 en Costa Rica. Rev Hisp Cienc Salud. 2020; 6(3):85-88

instala en el resto de los países del área. La pandemia no tardó en extenderse por todo el planeta tierra y en la actualidad ya bordea los 25 millones de casos y se acerca con paso firme, al millón de muertes.

En Costa Rica, el primer caso se diagnosticó el día 6 de marzo y afectó a una extranjera. En los siguientes días, se presentaron otros enfermos con el mismo diagnóstico, pero siempre en número menor a diez, hasta el día 19 que aumentaron a 19 y luego de allí en adelante, subieron muy poco a poco, hasta alcanzar 30 el día 28 de marzo. El máximo de casos en un día se produjo el 9 de abril. El crecimiento porcentual máximo en esta etapa se produjo durante las semanas 2,3 y 4, mientras que el mínimo, se obtuvo en la novena semana.

Este primer brote se fue extinguiendo paulatinamente hasta la última semana de mayo, con un acumulado de unos mil casos. La primera defunción acaeció el 19 de marzo, trece días después de haber iniciado la pandemia y 48 horas después, ocurrió la segunda muerte. Luego transcurrió un largo lapso de 17 días sin defunciones, cuando para ese entonces se habían diagnosticado 502 personas con la enfermedad, lo que llamó la atención en el mundo entero, por tan baja letalidad. A continuación, se presentaron cuatro defunciones y, a partir de allí, hubo otro largo lapso sin muertes comprendido entre el 20 de abril y el 10 de mayo, lo que igualmente causó asombro a nivel mundial por tan baja letalidad. Al final de este último mes, la cuenta de muertes llegaba a diez, pero con esta cifra se estuvo entre el 16 de mayo y el 7 de junio. Es decir, durante 22 días

no hubo ninguna muerte por COVID-19 en Costa Rica, pese a que, para ese último día, ya se habían diagnosticado 1.318 casos, para una letalidad de apenas 0,0075. La tasa de mortalidad por millón de habitantes en ese momento era de 2, mientras que, a título de comparación, la de República Dominicana era de 50, la de Panamá 91, la de Chile 115 y la de Italia 561 (la más alta para esa fecha). Todavía no se han dado explicaciones satisfactorias que expliquen esa cantidad tan baja de defunciones en relación con el número de casos diagnosticados, que sería menor si se tomase en cuenta el número verdadero de casos, ni tampoco a una tasa de mortalidad tan mínima. Quizá la razón medular, no la única, radica en la fortaleza del sistema de atención de salud oficial que tiene el país, que es universal, con un mando único y con un personal competente y muy bien preparado. Se tuvo la fortuna de un comienzo pausado de la pandemia, que dio tiempo para la toma de medidas de contingencia, fruto también de la toma de acciones de supresión bastante fuertes, acatadas por la población.

El primer brote puede decirse que transcurrió entre el 6 de marzo y el 24 de mayo, es decir, tuvo una duración de 80 días. La cifra de casos nunca llegó a cero y por consiguiente, es posible afirmar que la última semana de mayo fue de transición. Comienza junio y se inicia el rebrote o como prefieren llamarla algunos, la segunda ola. Ya hasta el momento actual, los casos nunca serían inferiores a veinte por día de allí en adelante y más bien, se incrementarían regularmente. La mortalidad, afortunadamente permaneció muy baja durante todo el mes de junio, ya que

solamente sumó 6 muertes a las 10 que venían de atrás, para terminar el mes con apenas 16 defunciones, en el momento que sumaban 3.459 casos.

Julio representa el punto de quiebre de la pandemia de COVID-19 en Costa Rica. Es el momento en que tanto la prevalencia como la mortalidad se disparan sin control. Los casos pasan de 3.459 a 17.820, mientras que las defunciones avanzan de apenas 16 a 150. En este mes, el mayor número de casos por día se alcanza el 25, con 931 casos y los días con mayor número de muertes corresponden al 25 y al 27, con once muertes respectivamente. Por vez primera, la pandemia choca y mueve con toda fuerza la estructura interna del país. Se termina la quimera de nación blindada contra el coronavirus. El sistema hospitalario afortunadamente resiste bien el sacudón, gracias a las medidas anteriormente tomadas, de aumento de camas para pacientes moderados y especialmente, para las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, es inocultable la presencia de puntos negativo. Uno de ellos es el bajo número pruebas PCR confirmatorias de la enfermedad. Al principio y hasta mayo, hubo un número satisfactorio de pruebas negativas por cada caso confirmado, superior a diez, como lo recomienda la OMS. Pero el aumento inusitadamente elevado de casos desbordó totalmente a las autoridades sanitarias. El testeo que se ha hecho ha sido totalmente insuficiente, llegando a extremos de solamente dos o tres casos descartados por cada caso positivo. Pareciera entonces, que hubo negligencia al no tener prevista la

cantidad de pruebas que se iba a requerir ni tampoco el número de personal calificado para efectuarlas.

Otro lunar en el accionar de quienes dirigen la campaña contra el COVID-19 en el país, ha sido el escaso porcentaje de pacientes que han sido declarados recuperados de la enfermedad, que para las últimas fechas ronda apenas el 33%. Se trata de una medida de solución administrativa, más que todo, que no tiene grandes implicaciones clínicas, pero que aumenta artificial e innecesariamente el porcentaje de casos activos.

La pandemia actual ha cambiado substancialmente el modo de vida de la humanidad y afectado gravemente la economía de todos los países, pero con extrema agresividad, la de los países pobres, a quienes les costará reponerse del golpe experimentado. Ya nada será igual que antes. La educación ha tenido que refugiarse en la virtualidad y los estudiantes de escasos recursos, están en condiciones de inferioridad para seguir esta clase de estudios. La economía globalmente se encuentra resentida. En nuestro medio, ha herido substancialmente la principal fuente de ingresos, el turismo. El comercio en general se ha visto golpeado, llevando a la quiebra a empresarios de todo tipo. El trabajador informal sufre demás para llevar el sustento a su hogar.

Como si lo anterior fuese poco, la pandemia ha afectado y empeorado también el grave problema de las enfermedades crónicas no transmisibles, la principal causa de mortalidad y carga de la enfermedad en el

mundo, formando así entre ambas, “la tormenta perfecta”. De igual manera, está incidiendo en el aumento de la subnutrición en el mundo y en la incidencia de otras enfermedades infecciosas y parasitarias.

Lo positivo de tan grave situación, es la intención de los gobiernos de los países desarrollados, para invertir cantidades incalculables de recursos económicos en la investigación biomédica. Ahora están enfocados en la producción de vacunas y búsqueda de medicamentos para frenar la pandemia, pero es indudable, que de estos desarrollos tecnológicos que se logren, se desprenderán grandes descubrimientos en el área de diagnóstico, curación y prevención de otras muchas enfermedades. Sería deseable también, que los más poderosos gobernantes piensen más en la humanidad y menos en sus propios y mezquinos intereses, para combatir el hambre, la miseria y las guerras.

Finalmente, en épocas de crisis, las universidades, indistintamente que sean públicas o privadas, tienen el deber de contribuir a las soluciones de las mismas, dentro de sus posibilidades. De hecho, lo hacen siempre creando y diseminando el conocimiento, pero en momentos como el actual, es más urgente y útil esa colaboración, tanto con las autoridades responsables del manejo de la pandemia, como con la comunidad en general, que debe estar enterada de la magnitud del problema y de las acciones que se toman para solucionarlo. En este sentido, la Universidad Hispanoamericana ha estado en la mejor disposición de prestar todo tipo de ayuda para el logro de estos fines; es así, como, por

ejemplo, desde que apareció el covid-19 en el país, la coordinación de investigación de la escuela de medicina ha venido publicando unas crónicas semanales sobre la evolución de dicha enfermedad, así como de algunas de sus características clínicas y epidemiológicas, que han sido denominadas “Una pandemia en perspectiva”. Hasta el momento actual (27/08/20), se han publicado veintiuna de ellas⁵. Se trata de un laborioso y modesto aporte, que esperamos seguir publicando hasta el cese de la pandemia.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de Interés

El autor niega tener conflictos de interés

Referencias Bibliográficas

1. Saxena SK, Kumar S, Maurya VK, Sharma R, Dandu HR, Bhatt MLB. Current Insight into the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). En: Saxena SK, editor. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics [Internet]. Singapore: Springer; 2020 [citado 30 de agosto de 2020]. p. 1-8. (Medical Virology: From Pathogenesis to Disease Control). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7_1
2. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet Lond Engl.* 22 de 2020;395(10224):565-74.
3. Kamps BS, Hoffmann C. COVID reference. Tradução Joana Catarina Ferreira Silva E Sara Mateus Mahomed Alem Steinhäuser Verl. 2020;
4. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections—More Than Just the Common Cold. *JAMA.* 25 de febrero de 2020;323(8):707-8.
5. Evans-Meza R, Bonilla-Carrión R, Salvatierra-Durán R. UH | Una pandemia en perspectiva (21) [Internet]. [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://uh.ac.cr/investigaciones/detalle/una-pandemia-en-perspectiva-21->

Correspondencia

Ronald Evans Meza

Email: roevansme@gmail.com