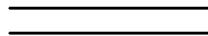


# BOLETIN

Información general del  
problema actual de la

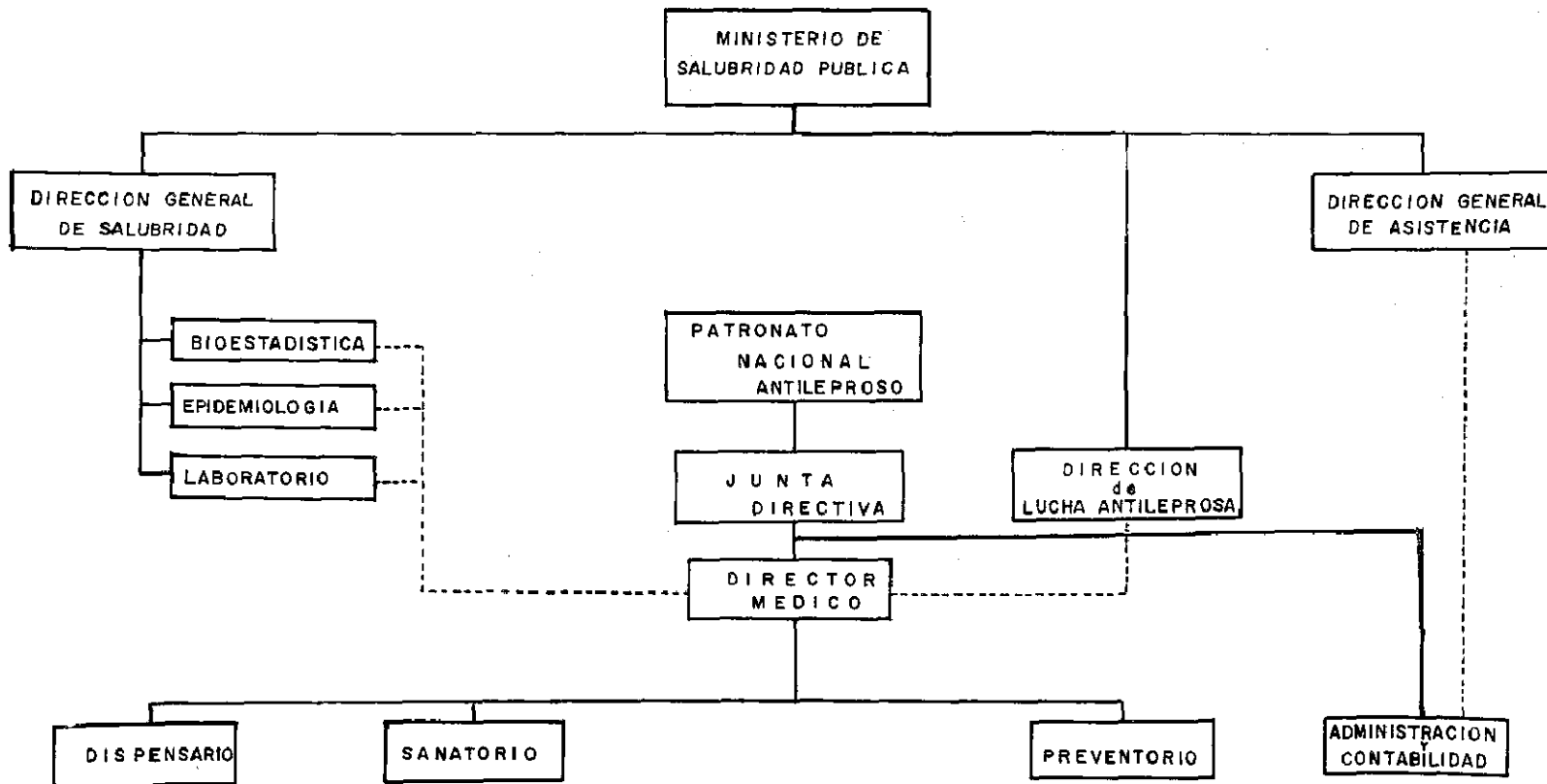
## LEPRA

en nuestro país



1958

# ORGANOGRAMA DE LA CAMPAÑA ANTILEPROSA EN COSTA RICA



## INTRODUCCION

*Con el presente trabajo se pretende dar al cuerpo médico y profesionales afines una información general del problema actual de la lepra en nuestro país.*

*La situación de esta enfermedad por los alcances obtenidos en su curación, hace que se le considere en forma muy diferente de como por tradición se le aprecia, tanto en el orden clínico como en el orden médico-social.*

*Es un hecho no discutido que en la actualidad el mal es curable en un período que está en relación directa con el grado de infección y de evolución de la enfermedad*

*El conocimiento por el mayor número de personas a quienes pueda interesar lo que como Campaña Contra la Lepra se está realizando, se juzga de gran provecho por lo que se logre de cooperación efectiva, mediante sugerencias nacidas de la sana crítica o en forma directa con la labor de consulta de todos los médicos del país.*

*Se aspira a que la lectura de estas páginas pueda ser interesante y si así resulta nos sentiremos muy complacidos.*

Dr. Delfin Elizondo S.  
DIRECTOR LUCHA CONTRA LA LEPROSIA

## RESEÑA HISTORICA DE LA LUCHA CONTRA LA LEPRO EN COSTA RICA

A pesar de que se han hecho investigaciones históricas, amplias y minuciosas, no se ha podido hallar referencia ni leyenda que permita asegurar o negar la existencia de enfermos de lepra en la población indígena de Costa Rica en la etapa anterior al Descubrimiento de América.

Los primeros informes documentales sobre este asunto no tienen garantía de exactitud y suelen ser de perfiles muy vagos: datan del siglo XVI y citan una afección de la piel que padecían los vecinos de Ujarraz y de Orosí, conocida vulgarmente por "mal de las bubas" que se manifestaba por úlceras y que tullía a los enfermos.

Vamos a suministrar, a continuación, una lista de las fechas más importantes en la historia de la Lucha Contra la Lepra en Costa Rica.

1784.- Don Juan Flores, Gobernador interino de la Provincia de Costa Rica, informa a la Real Audiencia de Guatemala que en el año 1738 (según referencias tradicionales) enfermó de lepra una criada de doña Josefa Pérez del Muro, vecina de Cartago.

1798.- Don Tomás de Acosta, Gobernador titular, ratifica y amplía el informe anterior; da cuenta de que la enfermedad se ha propagado de manera alarmante y propone aislar a los pacientes en el Valle de la Candelaria. Las gestiones de este Gobernador idóneo sobre el problema de la lepra en Costa Rica fueron importantísimas, numerosas y sabias; no las vamos a enumerar en esta ocasión.

1810 a 1819.- Bajo el mandato del Gobernador don Juan de Dios de Ayala, sucesor de don Tomás, se fundó en Cartago la Hermandad Caritativa de San Juan de Dios con el fin de recoger fondos para construir el primer lazareto; también se trasladó el confinamiento para enfermos de lepra de Choruca o Chircagres, hoy San Rafael de Oreamuno, a Pavas.

1831.- El tesorero don Anselmo Sáenz, el 27 de agosto, firma recibo de las "casas y cocinas del Lazareto" construidas en el potrero de "La Sangre de Cristo", confluencias de los ríos Virilla y Tiribí. Censo de enfermos reclusos en este Lazareto al 6 de setiembre de aquel año: Cartago, 13 varones y 5 mujeres; la Uruca, 3 varones y una mujer; Alajuela 3 varones; San José, 1 varón y 2 mujeres; Escazú, 1 varón y 2 mujeres; Heredia 1 varón. Total de varones, 22; Total de mujeres 10; Total de censo 32.

1833.- En fecha 19 de marzo, se inaugura un lazareto más amplio y mejor dotado en el mismo potrero de "La Sangre de Cristo"

El 11 de mayo se promulga una ley que obliga a la Iglesia Católica a tributar 28 pesos mensuales, para mantener el Lazareto, de acuerdo con el siguiente prorrateo entre los curatos: San José 10 pesos; Heredia 8, Alajuela 6 y Cartago 4.- La Ley de 29 de setiembre de este mismo año dispone aplicar la pena de muerte a los enfermos que se

fuguen del Lazareto. (Los edificios se trasladaron luego a la calle de la Sabana y las dos leyes que se promulgaron en 1833 tuvieron consecuencias infaustas: la de mayo produjo desacuerdo entre la Iglesia y el Estado desde el principio y, más tarde, una pugna declarada que culminó con el destierro del señor Obispo Llorente en 1858; la ley de setiembre privó de la vida a tres fugitivos enfermos, en 1840 y 1841, de manera implacable y estéril porque las evasiones continuaron.)

1845 a 1848.- Período de ensayos para ocupar la ayuda altruista de los vecinos capaces en el manejo del Lazareto por medio de Juntas Administrativas. (Este sistema de Juntas Semi-Autónomas se suspendió por dos plazos cortos — en 1860 y en 1923 — pero las dos veces se volvió a implantar y se mantiene vigente desde 1942 porque ha dado resultados satisfactorios).

1862.- En 31 de octubre se vota la suma de 6.000 pesos del Tesoro Público para construir un Lazareto más cómodo. (no se cumplió esta ley).

1863.- Ley de 3 de diciembre que dice: "El Tesoro Público contribuirá anualmente con una renta fija de 1.200. pesos para el sostenimiento del Lazareto".

1865.- Ley de 9 de noviembre que vota 10.000 pesos para construcciones y ya no limita a 1.200 pesos la renta anual sino que "los gastos del Lazareto correrán enteramente a cargo del Erario Nacional".

1871.- El 13 de mayo fallece el Benemérito Presbítero don Cecilio Umaña y deja cláusula testamentaria destinando 150.000 pesos para el Lazareto y el Hospital San Juan de Dios. (A partir de este suceso, el Gobierno suspendió el suministro de sus rentas anuales).

1895.- Con fecha 3 de abril, el Presidente don Rafael Iglesias Castro decreta la organización de la Facultad de Medicina de Costa Rica en forma autónoma. (Al terminar el siglo ya había 200 profesionales médicos en nuestro país y, como Cuerpo Técnico Asesor, la Facultad se hizo cargo de la orientación sanitaria del Gobierno).

1896.- En 4 de abril se declara "Nacional" la Institución del Lazareto y se ordena incluir sus gastos generales en el Presupuesto de la República. Se intentó trasladar el Lazareto a una de las islas del Golfo de Nicoya, pero la Facultad de Medicina se opuso resueltamente.

1903.- En 23 de Agosto y por consejo de la Facultad de Medicina, el Gobierno dispone trasladar el Lazareto de la calle de la Sabana a la Finca "Las Mercedes", donde todavía permanece. (Esta disposición se ejecutó en 1909; los libros oficiales registran sólo 13 nombres de enfermos reclusos en aquella fecha).

1923.- Decreto Ejecutivo de 5 noviembre que dicta Reglamento para el Asilo y ordena la aprehensión y reclusión de los pacientes por medio de las autoridades.

1939.- Se crea, por Ley, La Guarnición de Vigilancia del Asilo de Las Mercedes "para que guarde el orden de la Institución y para que impida que los enfermos se fuguen".

1943.- Fecha 23 de diciembre, se encarga la administración del Asilo a un Patronato que delegará sus funciones en una Junta Directiva; además, se asegura la estabilidad económica de la Institución por medio de un impuesto especial sobre las empresas de transportes aéreos y terrestres. (Todo esto, por gestiones de la Junta de Vigilancia del Asilo, constituida el año anterior).

1948.- Decreto Ley de 11 de junio que cambia el nombre de "Asilo" por el de "SANATORIO NACIONAL DE LAS MERCEDES". El 10 de setiembre, por Decreto Ley No. 163, créase el "DEPARTAMENTO DE LUCHA CONTRA LA LEPROA, encargado de su profilaxis, dependiente del Ministerio de Salubridad Pública."

## "EPIDEMIOLOGIA"

La Sección de Epidemiología del Departamento de Lucha Contra la Lepra tiene como principal función:

- a) Estudios de todos aquellos factores económicos, sociales, climáticos, raciales, de sexo, edad y otros que puedan participar en la ocurrencia de la enfermedad.
- b) La confección de censos que permiten evaluar la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.
- c) Estudios epidemiológicos que sirvan como base de evaluación y orientación a las medidas profilácticas.

El estudio epidemiológico de la lepra presenta grandes dificultades por las razones que se pueden resumir en el siguiente párrafo:

- a) La enfermedad tiene gran cronicidad, de manera que el enfermo permanece infectante durante largo tiempo.
- b) La enfermedad no ha podido ser transmitida a los animales en los laboratorios, ni se ha descubierto método alguno de cultivo del bacilo que la produce
- c) Los factores considerados como fundamentales en la ocurrencia de la enfermedad en un determinado país, no son los mismos en otros.
- d) Los complejos psíquicos del enfermo y familiares y los prejuicios sociales dificultan mucho los estudios de investigación epidemiológica.

### ...DATOS ESTADISTICOS Noviembre 1957

Total de enfermos internados en el Sanatorio .....	162
Total de enfermos asilados .....	26
Enfermos en Alta Condicional .....	161
Enfermos en Tratamiento Ambulatorio .....	86
Número de Altas Definitivas .....	80
Número de Convivientes .....	3968
Número de Convivientes menores de 14 años .....	803
Número de familias afectadas .....	282
Número de localidades afectadas .....	90
Promedio anual de Altas Condicionales .....	24
Ingresos por año .....	28

### "PROFILAXIS"

#### CONTROL : (contactos)

El tamaño de nuestro país, las condiciones geográficas, las vías de comunicación, el grado relativamente bajo de la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio, son factores que permiten realizar un control en forma completa y no selectiva.

Los estudios de lepromina en la población de contactos muy posiblemente obligará a orientarse por el sistema selectivo de control, teniendo como base el resultado de la reacción y el grado de contagiosidad del foco. .

Dos unidades móviles encargadas de este control visitan periódicamente los focos leprógenos en las diferentes regiones del país y verifican exámenes clínicos y de laboratorio a los contactos de esos focos. A cada grupo familiar se le hace un estudio epidemiológico que incluye: Historia clínica epidemiológica del grupo, estudio geográfico de la localidad e informe general. Los datos que se obtienen de las historias epidemiológicas, junto con los geográficos, sirven de base para estudio de factores en la epidemiología de la lepra en Costa Rica.

#### **CONTROL :** (enfermos)

El Comité de Expertos en Lepra de la Organización Mundial de la Salud, y el informe epidemiológico del Sexto Congreso Internacional de Leprología en España, recomiendan el aislamiento selectivo de los enfermos de Hansen.

Costa Rica, en materia de control de enfermos, siempre ha tenido este criterio, haciendo un aislamiento selectivo de los casos contagiantes. El aislamiento es obligatorio para pacientes que sufren de una forma comunicable de la enfermedad; esto es, lepra lepromatosa u otra forma que por la clínica y el laboratorio sea considerada contagiosa.

La hospitalización se verifica hasta obtener la regresión clínica y negativización bacteriológica reiterada por un año, conseguido lo cual pasa en carácter de Alta Condicional a control de Dispensario.

Tratamiento Ambulatorio se realiza en aquellos casos Tuberculoideas e Indeterminados Negativos.

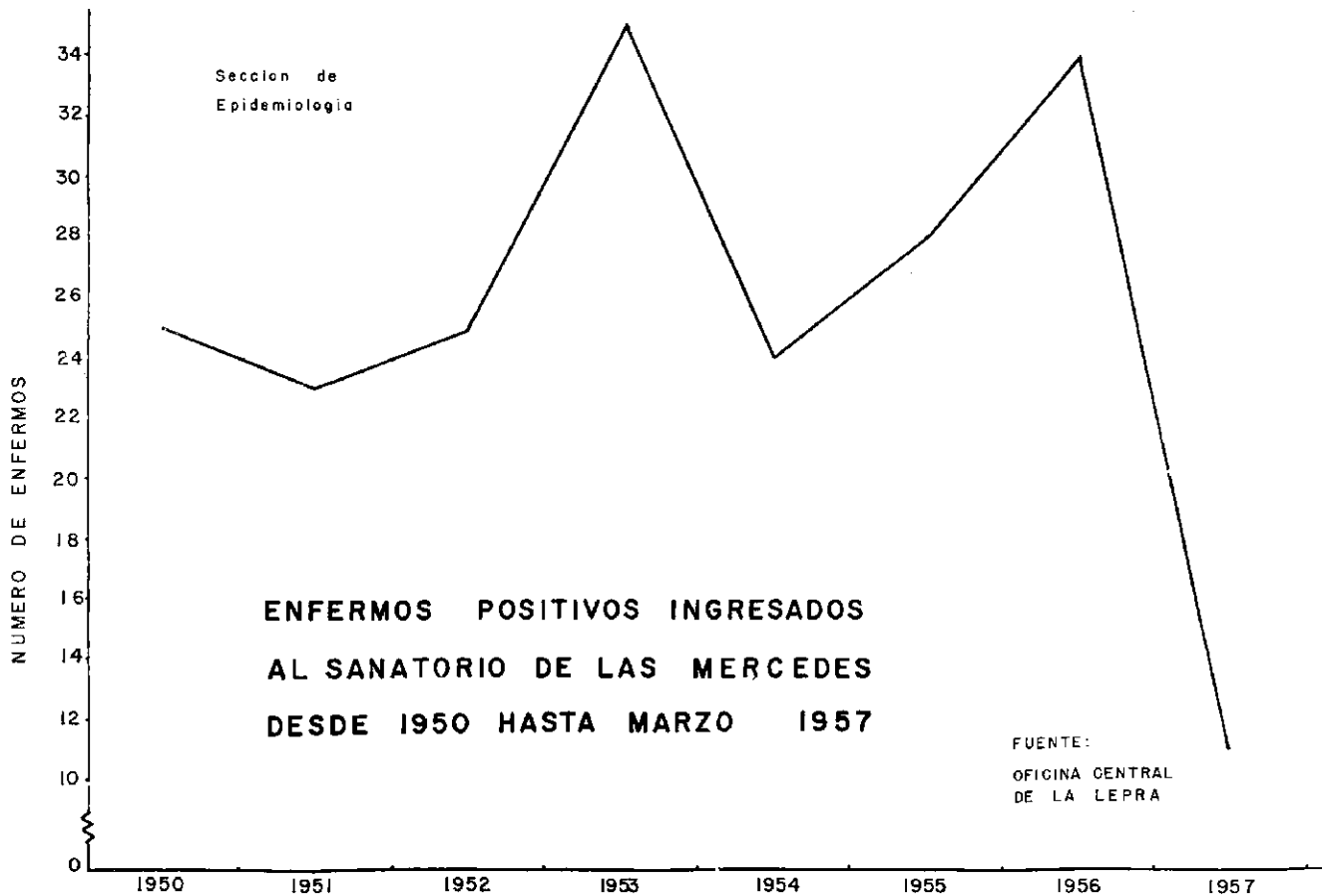
### **PROTECCION**

Estudios de la leprominorreacción se realizan como pruebas indicadoras del grado de resistencia del organismo al *Mycobacterium Leprac*. Dos localidades han sido escogidas en el siguiente criterio.

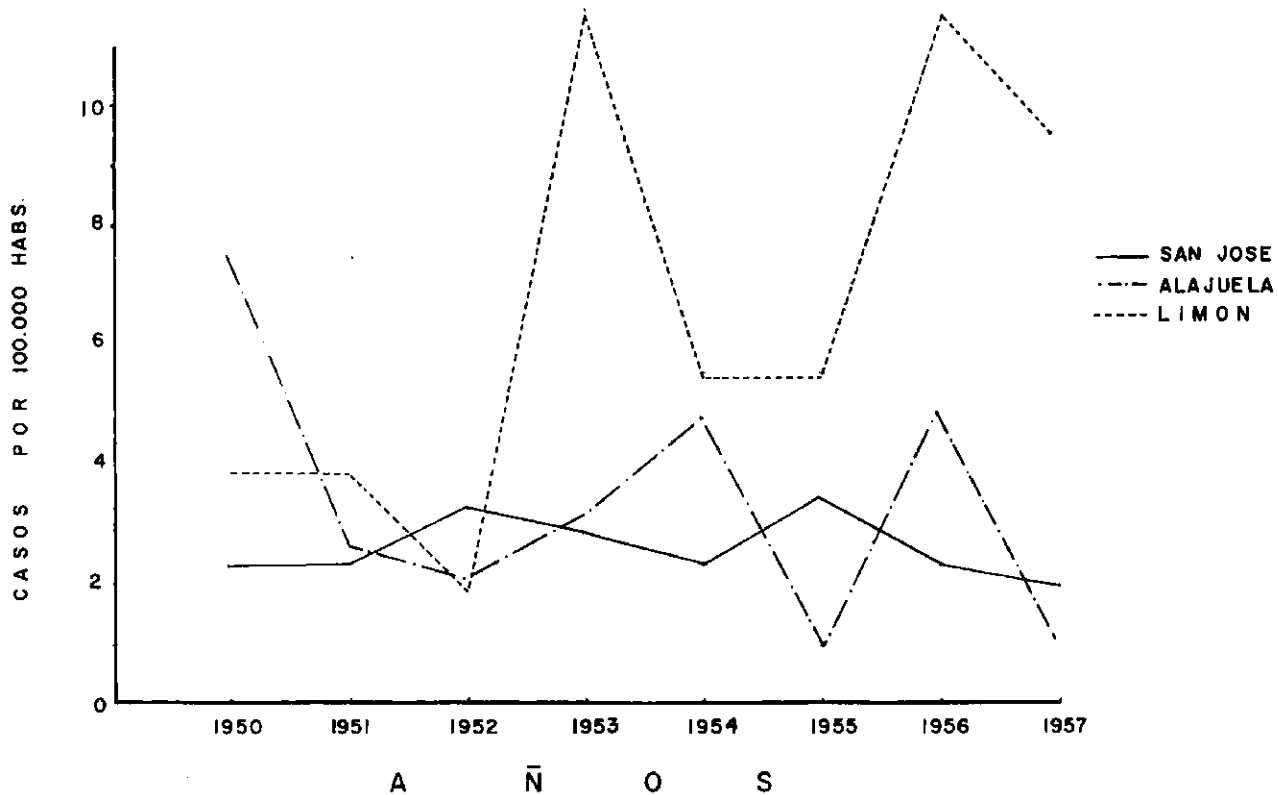
- A) Alto grado de incidencia leprógena.
- B) Cercanía a la ciudad capital.

Aquellas personas contactos con reacción negativa a la lepromina serán sometidas a vacunación con B.C.G., para conversión a la positividad. La evaluación de este método de prevención se hará con base en los resultados posteriores.

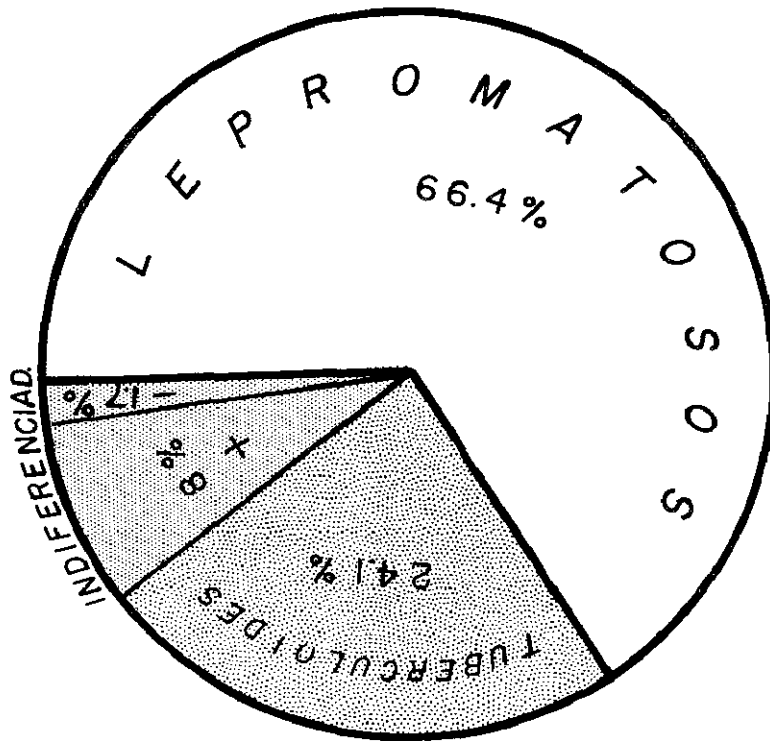
Se ha considerado la posibilidad de tratamiento preventivo a los contactos mayores de 10 años que permanecieren negativos a pesar de la vacunación con B.C.G.



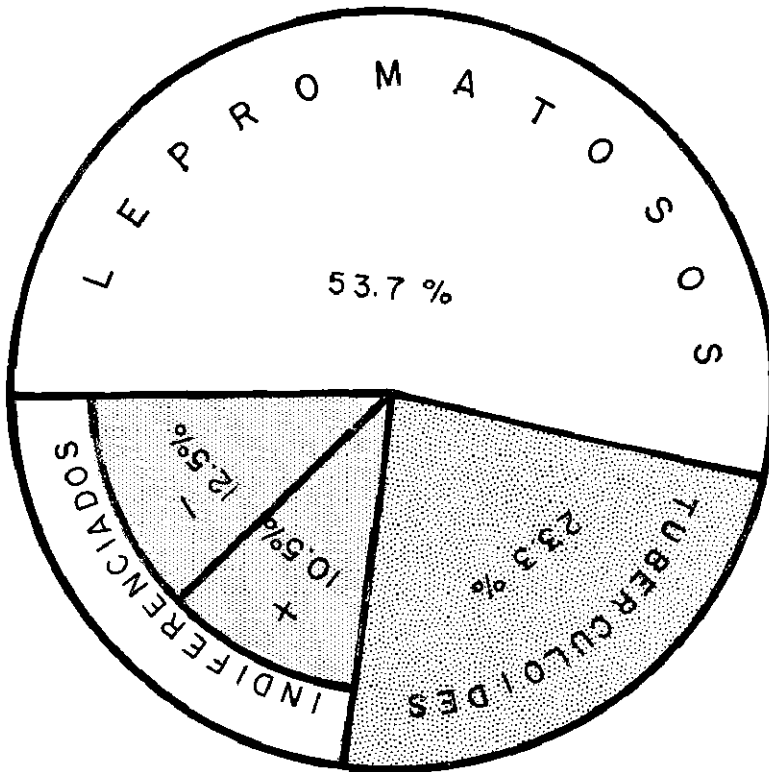
TASA DE INCIDENCIA DE LA LEPROA  
EN SAN JOSE, ALAJUELA y LIMON. AÑOS  
1950-1957



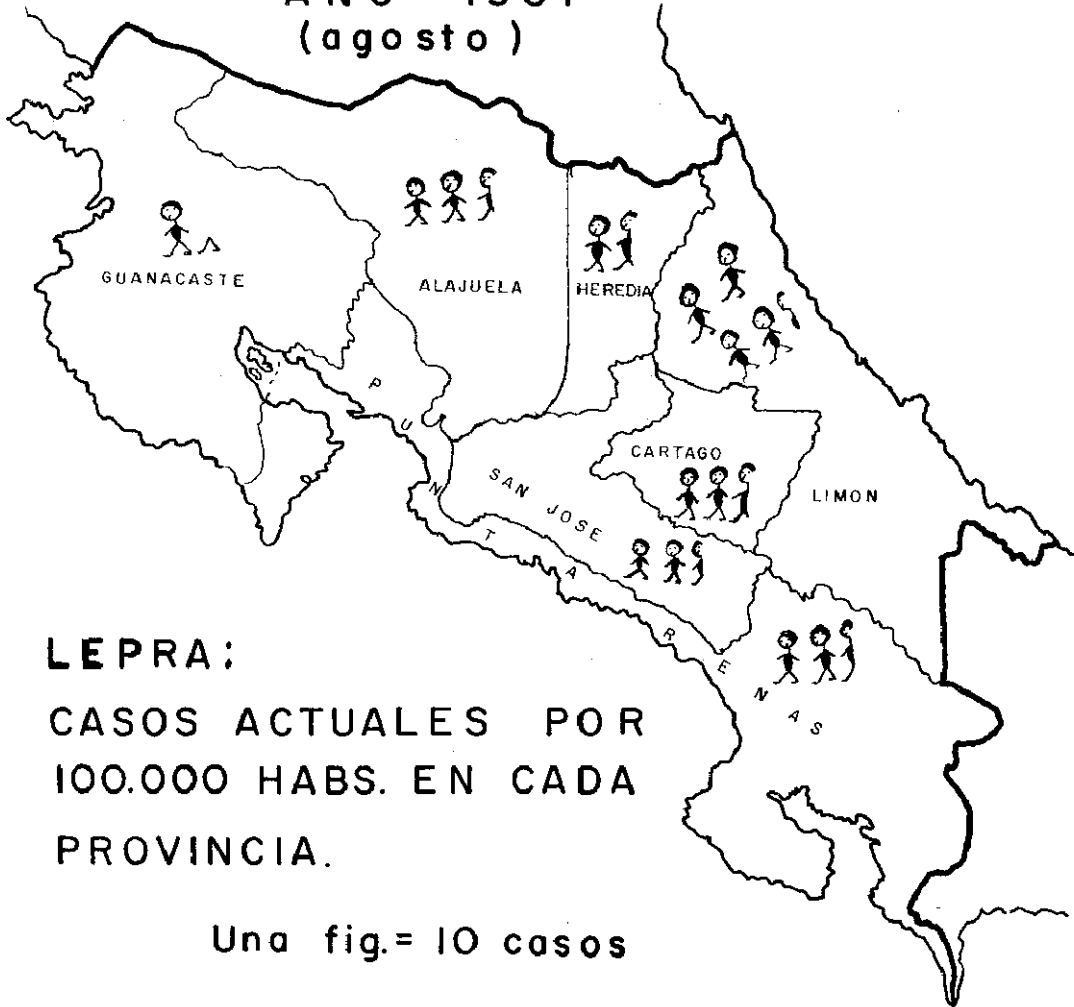
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE  
LOS CASOS DE LEPROA, SEGUN  
SU FORMA CLINICA, APARECIDOS  
EN LOS AÑOS 1955-1957 EN C.R.



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE  
LAS FORMAS CLINICAS DE  
LEPRA EN COSTA RICA  
1957



AÑO 1957  
(agosto)



**LEPRA:**  
CASOS ACTUALES POR  
100.000 HABS. EN CADA  
PROVINCIA.

Una fig.= 10 casos

## DISPENSARIO DERMATOLOGICO

El Dispensario o Consulta Externa se establece como Centro de Diagnóstico y es el departamento de vanguardia en la Campaña contra el mal de Hansen. En Costa Rica funciona un Dispensario de tipo nacional que está en relación directa con la Consulta Externa de Piel del Hospital San Juan de Dios, ubicado en San José.

Los objetivos del Dispensario son los siguientes:

- a) Investigación epidemiológica.
- b) Búsqueda de casos nuevos.
- c) Selección de los casos para el aislamiento.
- d) Control y tratamiento de los casos Ambulatorios.
- e) Control y tratamiento de los casos trasferidos del Sanatorio.
- f) Control de los contactos.
- g) Ingreso al Preventorio de los hijos de padres contagiantes cuando sea necesario.
- h) Educación Sanitaria.
- i) Estadística.
- j) Alta final de los casos.

Se hace la consulta de los enfermos del mal de Hansen, en combinación con la consulta general de piel, porque así confundidos ellos entre los enfermos generales se logra el acercamiento más seguro a sus exámenes y se evita la discriminación creada por los prejuicios sociales.

El control persigue la erradicación de la enfermedad empleando todos los recursos que se tengan a mano, y todos los datos que la epidemiología descubra. Por eso la Epidemiología y el Control están íntimamente unidos, ya que los descubrimientos de una, influyen directamente en el otro recíprocamente; por ese motivo, nosotros tenemos las mismas personas y los mismos organismos a cargo del desarrollo de ambas actividades.

El enfermo negativo que se descubre es tratado ambulatoriamente por los médicos encargados de este servicio, y el positivo se envía al Sanatorio.

Los enfermos dados de Alta Condicional pasan a jurisdicción del Dispensario para que se les siga controlando; se les da tratamiento durante tres años, según el caso, se les deja dos años sin tratamiento y a los cinco se les da Alta Definitiva si sus condiciones lo ameritan.

Cuando hay un sospechoso o una denuncia, el Dispensario se encarga de los estudios correspondientes por medio del Servicio Social, que hace las investigaciones y posteriormente pasa a la Consulta Médica para la decisión definitiva. También, por medio del Servicio Social, se estudian todos los contactos y a los menores de edad dependientes de enfermos contagiantes que hayan quedado desamparados, se les tramita su ingreso al Preventorio; en la misma forma se hacen estudios correspondientes a los que se han evadido, para lograr convencerlos del beneficio de un tratamiento controlado en el Sanatorio.

## “SANATORIO NACIONAL DE LAS MERCEDES”

Un Sanatorio (leprosario) es un hospital para el aislamiento de los enfermos contagiantes principalmente, aunque también alberga enfermos no contagiosos que requieren asilo por razones sociales, económicas o de otra índole.

La función primordial del Sanatorio es curar al enfermo y separarlo de la población sana para eludir nuevos contagios y, en esta forma, evitar la propagación de la enfermedad.

Los servicios que el Sanatorio presta a los enfermos son completos y gratuitos. El tipo más recomendable de Sanatorio es el de colonia agrícola, en donde los enfermos puedan ocuparse en labores agropecuarias diversas.

El Sanatorio de Las Mercedes está situado a 10 kilómetros de la ciudad capital, ocupa una extensión de 115 manzanas y es del tipo de Colonia Agrícola.

El Sanatorio consta de enfermería de mujeres y hombres, completamente separados, de un servicio social, una administración, una Hermandad Religiosa, servicios de cocina, laboratorio, farmacia, dentistería, Rayos X, escuela, Inspección para el control de los trabajos que realizan los pacientes y una Guarnición de Vigilancia.

Cuando se descubre un caso contagiante se envía al Sanatorio y ahí se le hace un examen médico general completo, el estudio correspondiente de piel, y se le pone el diagnóstico de la forma clínica. De rutina se le hace un recuento, sedimentación, un esquema bacilosκόpico, heces y orina, biopsia, una radiografía pulmonar y pruebas de función hepática. Una vez que ha sido estudiado, si sus condiciones son buenas, se somete a un tratamiento general y al mismo tiempo específico. Al iniciarse el tratamiento se va graduando poco a poco la dosis para probar la tolerancia hasta la dosis normal de acuerdo con la droga que se emplea; actualmente usamos Diasona, Diamidin, Neustad, Promacetín, Promanida, Hidrazida, Estreptomina. Como estas drogas son anemiantes procuramos mantener al enfermo arriba de cuatro millones de glóbulos rojos siempre y cuando sea posible. La baciloscopia la clasificamos a priori por cruces, de un más-menos hasta tres cruces, de acuerdo con la cantidad de bacilos.

Hecho el estudio enumerado, se le hace una expediente social al enfermo lo más completo que se pueda y se somete a un proceso educativo por medio del Servicio Social para su adaptación a la vida sanatorial.

En ocasiones, cuando su condición lo permite, se les da trabajos remunerados para que vayan subsanando sus necesidades mínimas, y la escuela se encarga de impartir conocimientos para los analfabetos y para todos aquellos que lo deseen.

La pauta que seguimos con el enfermo una vez iniciado el tratamiento es la siguiente:

a) Baciloscopías cada mes, cada dos o tres meses, según si el resultado anterior ha sido negativo o más-menos, una cruz y dos cruces o más.

b) A los pacientes negativos se les practica esquema bacilosκόpico cada cuatro meses y si se mantienen en esta condición se les otorga Alta Condicional a los dos meses.

c) Las Altas Condicionales están sometidas a riguroso control periódico que se ejerce desde el Dispensario.

Aparte de estos trabajos que pudiéramos considerar de rutina, también se han iniciado algunas investigaciones de bioquímica y de orden epidemiológico.

Como fue mencionado anteriormente, hasta el momento y a partir de 1947 este Sanatorio ha dado de Alta a 295 personas; en el último año se otorgaron 40 Altas.

## PREVENTORIO

Tenemos un pequeño preventorio situado cerca del Sanatorio, de reciente creación, cuyo fin es el de recluir a niños menores de 14 años que han quedado abandonados de los padres por motivo de la enfermedad. De esta manera se mantiene un control médico sobre estos niños y, al mismo tiempo, se evitan fugas de sus padres enfermos con el pretexto de ir a verlos a sus hogares.

## SERVICIO SOCIAL

La Asistencia social del enfermo de lepra y de sus familiares constituye una necesidad fundamental en la Lucha contra la enfermedad.

El programa de asistencia social incluye las siguientes labores:

- a) Atiende al mantenimiento de los vínculos familiares y las relaciones humanas del enfermo en aislamiento.
- b) Asiste a los familiares de estos enfermos para que conserven la estimación y el respeto sociales sin peligro de ostracismo.
- c) Colabora en la solución de los problemas económicos que se les plantean a los familiares dependientes del enfermo con motivo del aislamiento de éste.
- d) Provee facilidades para la educación, recreo y vida devocional de los enfermos.
- e) Participa en la rehabilitación de los enfermos.

El Servicio Social, que tiene como función primordial, una vez descubierto un caso, hacerle un estudio socio-económico, personal y familiar a domicilio, trata de convencerlo por medios adecuados para que se interne en el Sanatorio. Visita a los enfermos que se fugan, con este mismo fin, empleando todos los recursos necesarios.

Visita a todos los enfermos en Alta Condicional y Tratamiento Ambulatorio con fines educativos para que se presenten a sus controles con la debida puntualidad. Atiende denuncias de sospechosos para que se sometan a examen médico y colabora en la Educación Sanitaria en Asambleas Populares, con todos los medios con que se cuenta actualmente.

También se encarga del enfermo internado para resolverle todos sus problemas y el de los hijos de éste, de carácter puramente social; tiene como función primordial la educación y adaptación del enfermo en el Sanatorio, lo mismo que colabora en los programas de diversión de los pacientes.

La Institución proporciona una pequeña ayuda a los familiares pobres, dependientes del enfermo internado, para la subsistencia, siempre y cuando la conducta del paciente sea correcta.

Todos los problemas de tipo económico son estudiados a domicilio con el fin de determinar la ayuda que se les debe prestar a los familiares cuando lo necesitan.

También, a todos aquellos enfermos en Alta Condicional, Ambulatorios y sospechosos se les dan los pasajes correspondientes para los viajes a sus respectivos controles y las medicinas gratuitas.

El control a domicilio de los contactos, la educación por el Servicio Social a estos es fundamental para la comprensión del problema por las familias afectadas.

La Hermandad Religiosa colabora ampliamente en cocina, farmacia, enfermería, servicio social y culto religioso de los pacientes que, por el tipo de enfermedad, necesitan de asistencia espiritual constante.

---

Impreso en los Talleres  
Editoriales de Tipografía Comercial  
1958