

40
AÑOS

UH

UNIVERSIDAD
HISPANOAMERICANA

DE LIDERAZGO, PRESTIGIO Y CALIDAD ACADÉMICA



SALUD EN 
PERSPECTIVA UH
07

INFORMACIÓN VERAZ
PARA PROMOVER BIENESTAR

**PREVENCIÓN
POR MORTALIDAD DE HIPERTENSIÓN
Y CÁNCER GÁSTRICO** 

**COORDINACIÓN DE
INVESTIGACIÓN UH**
CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

ESTAMOS
CON **VOS**

SALUD EN PERSPECTIVA 7

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE MEDICINA. COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dr. Ronald Evans-Meza, MSc. Roger Bonilla-Carrión. Dr. Roberto Salvatierra-Durán. MSc. Laura González Picado.

INTRODUCCIÓN

El primer punto que abordará esta nota epidemiológica es el de la mortalidad por hipertensión arterial, siguiendo la línea que trazamos en los anteriores números de esta publicación, de actualizar el conocimiento de la mortalidad por las principales enfermedades cardiovasculares, por ser la primera causa de muerte en Costa Rica y en la gran mayoría de los países del mundo. Por otra parte, la hipertensión es el principal factor de riesgo de las enfermedades crónicas e incluso, cuando se toma en cuenta su aporte a la carga de la enfermedad (discapacidad más años de vida perdidos), se considera a la presión arterial elevada como el factor de riesgo de enfermedad global número uno .

Cada año fallecen 1.6 millones por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La prevalencia de la hipertensión se ubica entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. África es el continente que presenta las cifras más elevadas (entre el 40 y 50 % con excepción de Egipto). La hipertensión mata anualmente 7,5 millones de personas en el mundo, que representa alrededor del 13 % de todas las defunciones, de acuerdo con la OMS y uno de cada tres adultos la padece.

En la última encuesta que hizo la CCSS (2014) para la vigilancia de los factores de riesgo cardiovasculares, se encontró una prevalencia de hipertensos en Costa Rica de 36,5 % (37,5 % mujeres 34,8 % en varones). Aunque hubo un pequeño descenso con respecto a la primera encuesta realizada en el año 2010, es de presumir que, con el incremento de la población adulta mayor, la prevalencia continuará en ascenso, a menos que se modifiquen substancialmente sus factores de riesgo. Se debe recordar, como elemento importante, que un tercio

de los hipertensos desconocen que lo son y otra tercera parte, aunque reciben tratamiento, su control resulta totalmente irregular.

En un trabajo previo que hicimos dos de nosotros (REM, RBC), encabezado por la Dra. Emilia Quesada médico egresada de nuestra institución y con la colaboración del Dr. Jorge Fallas, investigación que cubrió los años 1970-2014, al estudiar el lapso por quinquenios encontramos que a partir de los años 1985-89, la tendencia absoluta de la mortalidad por hipertensión arterial fue hacia el ascenso hasta el quinquenio 2005-2009, ya que en el siguiente descendió, pero luego retornó su tendencia al ascenso. Ahora, para esta publicación, nosotros hicimos el estudio de la mortalidad para los años 2000-2021 y tenemos que, de acuerdo con el cuadro 1, utilizando tasas promedio cada cinco años, se observa que igualmente se produce una elevación de las tasas entre los dos primeros quinquenios y luego hay un descenso de las mismas en el lapso 2010-2014, para luego volver a incrementar su valor en el quinquenio 2015-19, (16,6) hasta retomar la cifra del lapso 2005-09. Pero lo importante a resaltar es lo que ocurre en el bienio 2020-2021, ya que las tasas se disparan a 22,6 y 32,7 por cien mil habitantes, para un promedio bianual de 27,65. Es decir, durante ese breve lapso de dos años, que coincide con la aparición y desarrollo del covid-19 en el país, se produce ese fortísimo incremento que alcanza en porcentaje la cifra de 71,1 %. Ver también el gráfico 1.

Tenemos aquí un tema de sumo interés para investigar. ¿Qué factores determinantes intervinieron para que se diera ese cambio tan drástico? De entrada, pudiéramos mencionar uno que se puede cuantificar. La reducción de la actividad física. Durante la pandemia, disminuyó en todos los sentidos la movilidad personal. La gente no salió a pasear, caminar, visitar los parques y alamedas, la visita a los gimnasios descendió brutalmente, se hizo menos deporte, hasta disminuyó las compras personales en supermercados, farmacias, centros comerciales, etc.

El segundo factor que también pudo haber aumentado la prevalencia de la hipertensión arterial es el de la obesidad, que igualmente tiene mucha relación con la inactividad física, pero que, en sí, se puede atribuir el aumento de peso, al hecho de que fueron dos años en que se realizó en un gran porcentaje el trabajo virtual, en el hogar, por lo que las personas y las familias tuvieron la oportunidad de comer más de la cuenta.

El tercer factor interviniente es el estrés, que sabemos afectó a un gran número de personas durante la pandemia, con incremento de la ansiedad, la depresión, que muchas veces los afectados tratan de combatir comiendo más.

El segundo punto que abordaremos en esta publicación será el análisis y actualización de la mortalidad por cáncer gástrico, otro significativo problema de salud de los costarricenses, continuando así, con el análisis epidemiológico al día, de algunas de las causas que originan la mayor morbi-mortalidad del país.

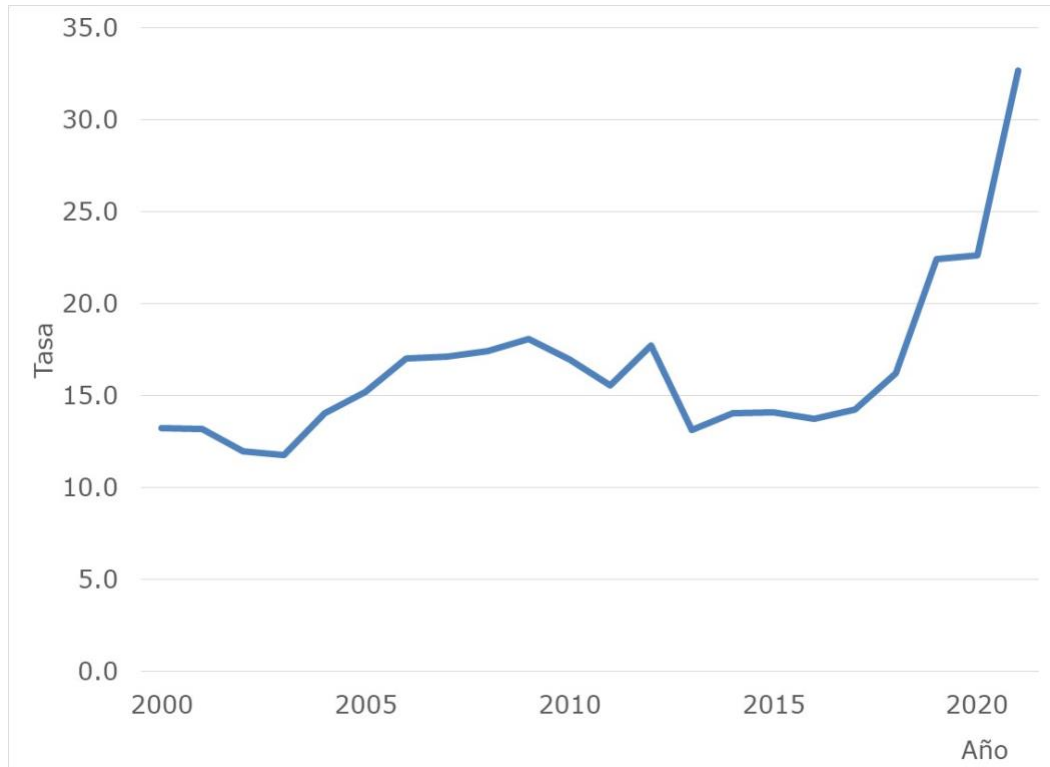
DISTRIBUCIÓN EN EL TIEMPO.

Cuadro 1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA) Costa Rica. Población, defunciones y tasas de mortalidad, 2000-2021. (Por cien mil habitantes)

Año	Población	Defunciones	Tasa	Año	Población	Defunciones	Tasa
2000	3 872 343	513	13.2	2011	4 592 147	714	15.5
2001	3 953 387	521	13.2	2012	4 652 451	826	17.8
2002	4 022 426	483	12.0	2013	4 713 164	620	13.2
2003	4 086 400	481	11.8	2014	4 773 119	670	14.0
2004	4 151 819	584	14.1	2015	4 832 227	682	14.1
2005	4 215 244	641	15.2	2016	4 890 372	673	13.8
2006	4 278 653	728	17.0	2017	4 947 481	706	14.3
2007	4 340 387	744	17.1	2018	5 003 393	811	16.2
2008	4 404 089	767	17.4	2019	5 057 999	1 134	22.4
2009	4 469 336	809	18.1	2020	5 111 221	1 156	22.6
2010	4 533 894	771	17.0	2021	5 163 021	1 688	32.7

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Gráfico 1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA) Costa Rica. Tasas de mortalidad, 2000-2021. (Por cien mil habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

VARIACIONES PERSONALES

SEXO

En el estudio realizado entre 1970 y el año 2014, en todos los quinquenios, salvo en el 2000-2004, las tasas fueron más elevadas en el sexo femenino.

GRUPOS DE EDAD

Al obtener las tasas de 0 a 14, de 15 a 29, de 30 a 44, de 45 a 59 y de 60 y más años durante el periodo anteriormente citado, las tasas se fueron incrementando al avanzar la edad, con la salvedad del grupo de 15 a 29 años, ya que entre el 2000 y el 2014 sucedió que no hubo tal aumento.

Por otra parte, al obtenerse las tasas de mortalidad en el grupo etario de 35 a 74 años de edad, se observa que las tasas fueron mayores en los varones con respecto a las de las mujeres.

VARIACIÓN GEOGRÁFICA

En promedio, durante el lapso 2000-2021, las tasas más altas de mortalidad por enfermedad cardíaca hipertensiva las tuvieron las provincias de Guanacaste, Puntarenas, Alajuela y San José, en este orden. Por el contrario, las más bajas correspondieron a Cartago, Heredia y Limón. Durante el siglo XX, mientras se obtuvo constancia, Limón tuvo las tasas más elevadas, pero ha cedido ese lugar a Guanacaste, durante las últimas dos décadas. Ver cuadro 2 y mapa 1.

Iguales resultados se obtuvieron en el estudio nuestro previo al que hicimos referencia anteriormente. En esta última investigación, obtuvimos las tasas quinquenales ajustadas durante el largo periodo 1970-2014, para las distintas regiones socioeconómicas de Costa Rica, obteniendo el primer lugar la región Chorotega (Guanacaste).

En el cuadro 3 aparecen el número de defunciones y las tasas promedio por cien mil habitantes de enfermedad hipertensiva por cantones de Costa Rica. Las tasas más elevadas se encontraron en los cantones:

San Cruz	30,6
Bagaces	30,6
Nicoya	28,6
Cañas	28,4
San Ramón	26,2
Carrillo	27,5

Las tasas más bajas correspondieron a

Sarapiquí	8,6
Talamanca	9,6
Garabito	9,9
El Guarco	10,6
Santa Ana	11,4
Alajuelita	12,1
La Unión	12,4
San Rafael (Heredia)	12,4

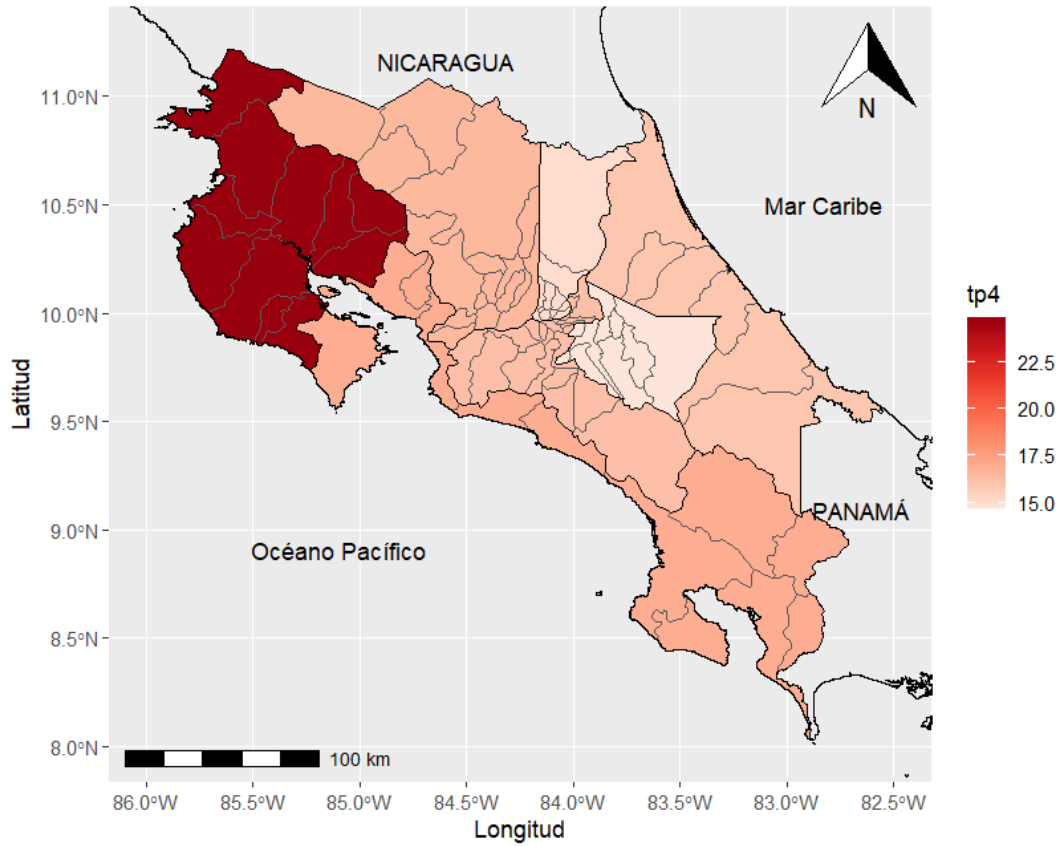
Ver mapa 2

Cuadro 2. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA) Costa Rica. Tasas de mortalidad promedio según provincia, 2000-2021. (Por cien mil habitantes)

Provincia	Población	Defunciones	Tasa
COSTA RICA	4 548 394	758	16.7
San José	1 524 120	247	16.2
Alajuela	892 198	147	16.5
Cartago	497 267	73	14.7
Heredia	452 802	68	15.0
Guanacaste	337 339	84	24.9
Puntarenas	436 998	74	16.9
Limón	407 670	65	15.9

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Mapa 1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA) Costa Rica. Tasas de mortalidad promedio según provincias, 2000-2021. (Por cien mil habitantes)



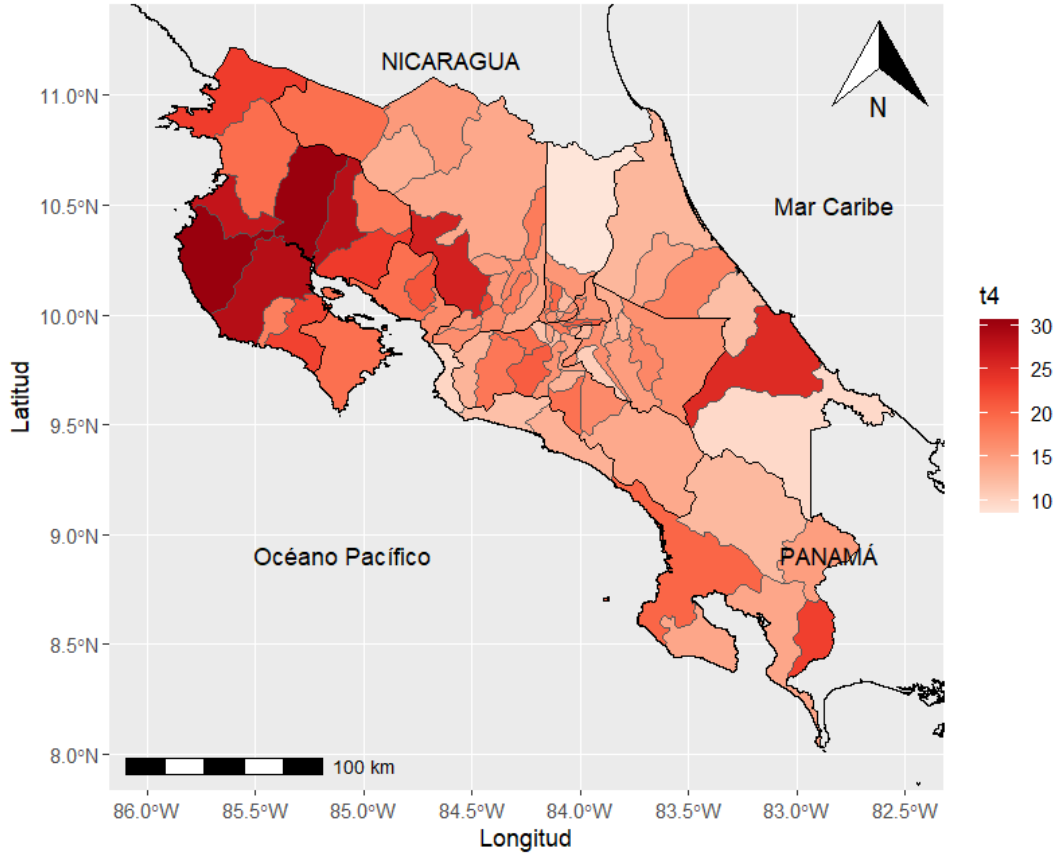
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Cuadro 3. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA) Costa Rica. Población, defunciones y tasas de mortalidad promedio según cantón, 2000-2021. (Por cien mil habitantes)

Provincia/ cantón	Población	Defunciones	Tasa	Provincia/ cantón	Población	Defunciones	Tasa
COSTA RICA	4 548 394	758	16.7				
SAN JOSÉ	1 524 120	247	16.2	GUANACASTE	337 339	84	24.9
S José	326 890	59	18.2	Liberia	63 559	12	19.2
Escazú	62 769	9	14.3	Nicoya	50 607	14	28.6
Desamparados	222 258	32	14.4	Sta Cruz	56 707	17	30.6
Puriscal	34 281	6	18.4	Bagaces	20 530	6	30.6
Tarrazú	16 837	3	18.9	Carrillo	37 469	10	27.5
Aserrí	57 571	9	15.9	Cañas	28 958	8	28.4
Mora	27 002	5	19.2	Abangares	18 433	4	23.4
Goicoechea	128 067	27	20.8	Tilarán	20 195	4	18.2
Sta Ana	50 544	6	11.4	Nandayure	11 154	3	22.8
Alajuelita	82 787	10	12.1	La Cruz	22 308	5	23.2
Coronado	64 475	10	15.4	Hojancha	7 419	1	17.8
Acosta	20 425	4	20.7	PUNTARENAS	436 998	74	16.9
Tibás	78 865	13	16.1	Puntarenas	122 135	23	19.1
Moravia	57 908	10	17.4	Esparza	32 238	5	16.6
M de Oca	58 523	11	19.3	B Aires	47 306	6	12.4
Turrubares	6 003	1	12.9	M de Oro	12 904	3	21.5
Dota	7 357	1	16.7	Osa	29 136	6	20.0
Curridabat	72 128	10	13.8	Quepos	27 693	4	13.1
P Zeledón	136 791	19	13.9	Golfoito	40 543	6	14.1
León Cortés	12 639	2	12.9	Coto Brus	43 036	6	14.9
ALAJUELA	892 198	147	16.5	Parrita	16 573	2	11.8
Alajuela	273 916	39	14.1	Corredores	46 185	11	23.0
S Ramón	82 758	22	26.2	Garabito	19 249	2	9.9
Grecia	81 360	15	18.0	LIMÓN	407 670	65	15.9
S Mateo	6 392	1	15.6	Limón	96 150	24	25.1
Atenas	26 292	4	16.8	Pococí	129 700	16	12.7
Naranjo	43 739	7	15.4	Siquirres	59 875	10	17.5
Palmares	36 048	8	22.3	Talamanca	35 328	3	9.6
Poás	29 677	4	14.6	Matina	40 661	5	12.0
Orotina	20 330	3	16.3	Guácimo	45 956	7	14.2
S Carlos	168 615	24	14.0				
Zarcoero	12 793	2	14.9				
Sarchí	19 667	3	16.9				
Upala	46 850	9	19.1				
Los Chiles	27 121	4	15.3				
Guatuso	16 640	2	13.4				
CARTAGO	497 267	73	14.7				
Cartago	150 732	25	16.4				
Paraíso	58 189	9	15.0				
La Unión	99 298	12	12.4				
Jiménez	15 554	3	16.9				
Turrialba	72 287	12	16.2				
Alvarado	14 160	2	13.2				
Oreamuno	45 566	6	13.5				
El Guarco	41 481	4	10.6				
HEREDIA	452 802	68	15.0				
Heredia	126 625	20	15.6				
Barva	40 596	8	19.8				
S Domingo	43 412	7	16.8				
S Bárbara	36 839	6	17.0				
S Rafael	47 806	6	12.4				
S Isidro	20 360	3	15.6				
Belén	23 794	4	16.8				
Flores	21 134	4	18.5				
S Pablo	27 648	4	14.0				
Sarapiquí	64 588	6	8.6				

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Mapa 2. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA) Costa Rica. Tasas de mortalidad promedio según cantón, 2000-2021. (Por cien mil habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Es

CARGA DE LA ENFERMEDAD

En el cuadro 4 se puede apreciar la importante cuota que tiene la hipertensión arterial sobre la carga de la enfermedad en Costa Rica. Durante el lapso 2000-2019, se obtuvieron anualmente los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), los Años de Vida con Discapacidad (AVD) y la suma de ambos que son los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD o DALYs en inglés).

Los AVAD aumentaron entre 1990 y el año 2019 de 3.285 a 8.518, siendo el aporte AVP el principal al variar de 3.055 en el primero de dichos años a 7.845 en el último de la serie, es decir, más que se duplicó en dicho lapso.

APORTE PORCENTUAL A LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR.

Entre 1990 y el 2014, el aporte de la mortalidad por enfermedad hipertensiva a la mortalidad cardiovascular fue incrementándose con el tiempo, estando los valores extremos entre un porcentaje de 3,33 en 1990, a uno de 15,26 en el año 2006. De hecho, a partir del año 2000, el porcentaje siempre ha estado por encima de diez.

En el caso del total de muertes por enfermedades cardiovasculares, su aporte a la mortalidad general durante el mismo lapso ha estado en cifras extremas entre un 27,24 % en 1990 y un 32,10 % en el año 2007. Durante los últimos años, dicho porcentaje ha estado alrededor de un 29 %.

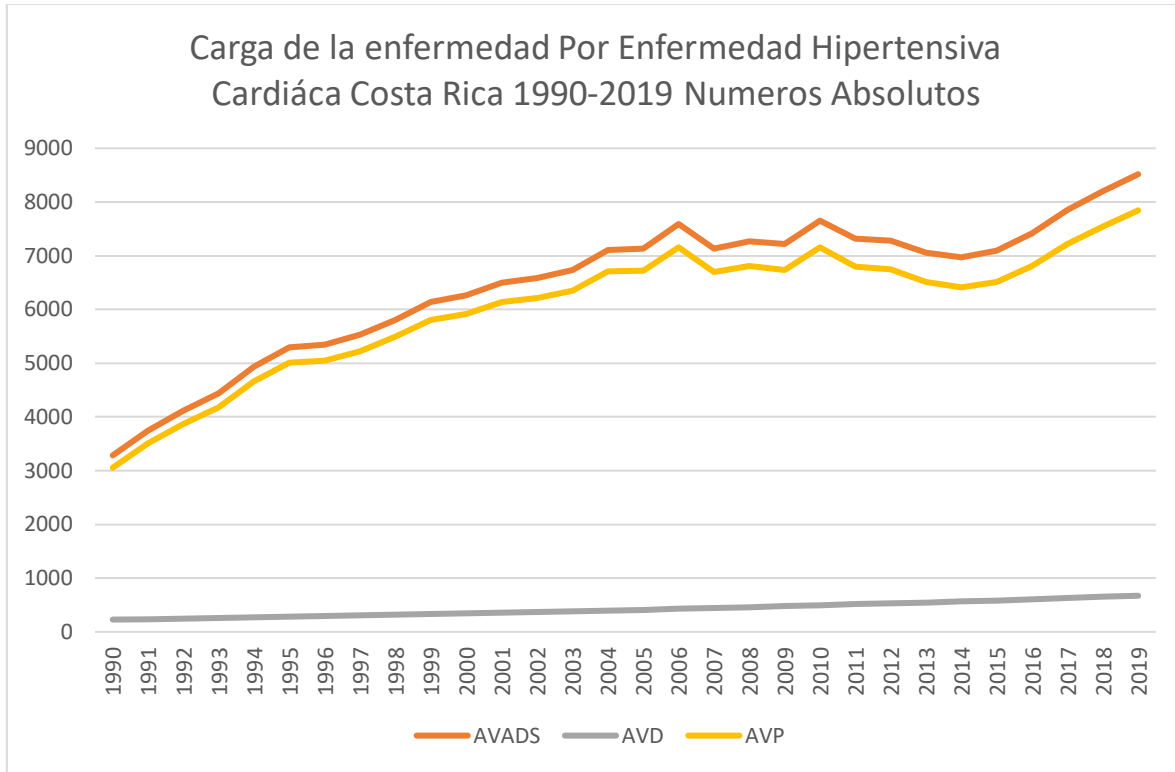
Cuadro 4

Carga de la enfermedad hipertensiva cardíaca en Costa Rica 1990-1029

Año	AVAD	AVD	AVP
1990	3284.845	229.1578	3055.687
1991	3750.98	239.3602	3511.62
1992	4113.338	249.8481	3863.49
1993	4443.428	260.8456	4182.582
1994	4932.603	271.8546	4660.749
1995	5295.324	282.8144	5012.51
1996	5340.594	294.5497	5046.045
1997	5528.235	306.9208	5221.314
1998	5808.977	318.8888	5490.088
1999	6133.827	331.7356	5802.092
2000	6262.87	344.7282	5918.141
2001	6498.316	356.9034	6141.413
2002	6588.516	370.8148	6217.701
2003	6739.844	383.8993	6355.944
2004	7113.799	397.1792	6716.62
2005	7132.587	412.3924	6720.194
2006	7586.391	428.2185	7158.173
2007	7138.19	443.8499	6694.34
2008	7265.548	461.3461	6804.201
2009	7215.75	479.7006	6736.049
2010	7654.529	497.2604	7157.268
2011	7316.763	515.1677	6801.595
2012	7278.147	532.2613	6745.886
2013	7055.714	549.1613	6506.552
2014	6974.815	566.7048	6408.11
2015	7095.952	586.314	6509.638
2016	7416.683	609.4163	6807.267
2017	7848.854	630.7898	7218.064
2018	8194.717	651.7109	7543.006

2019 8518.207 672.64 7845.567

Fuente: Elaboración personal con datos oficiales.



Fuente. Elaboración propia con datos oficiales.

CÁNCER GÁSTRICO. MORTALIDAD 2000-2021

Los malos hábitos alimenticios, la obesidad, el tabaquismo, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, infección por *Helicobacter pylori*, pólipos gástricos, la naturaleza de la tierra y del agua local, son algunas de las causas del cáncer gástrico que han cobrado la vida de 13.661 personas en los últimos 22 años en Costa Rica.

Las principales víctimas son los hombres con el 63% del total acumulado de los decesos y un 37% son mujeres. Un hecho que la Coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana llama a la reflexión con un análisis de variables epidemiológicas. Para ello, se consultó la base de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) bajo los códigos (C160) Tumor maligno del cardias, (C161) Tumor maligno del fundus gástrico, (C162) Tumor maligno del cuerpo del estómago, (C163) Tumor maligno del antro pilórico, (C164) Tumor maligno del píloro, (C165) Tumor maligno de la curvatura menor del estómago, sin otra especificación, (C166) Tumor maligno de la curvatura mayor del estómago, sin otra especificación, (C168) Lesión de sitios continuos del estómago y el (C169) Tumor maligno del estómago, parte no especificada.

Características o variables epidemiológicas de la mortalidad.

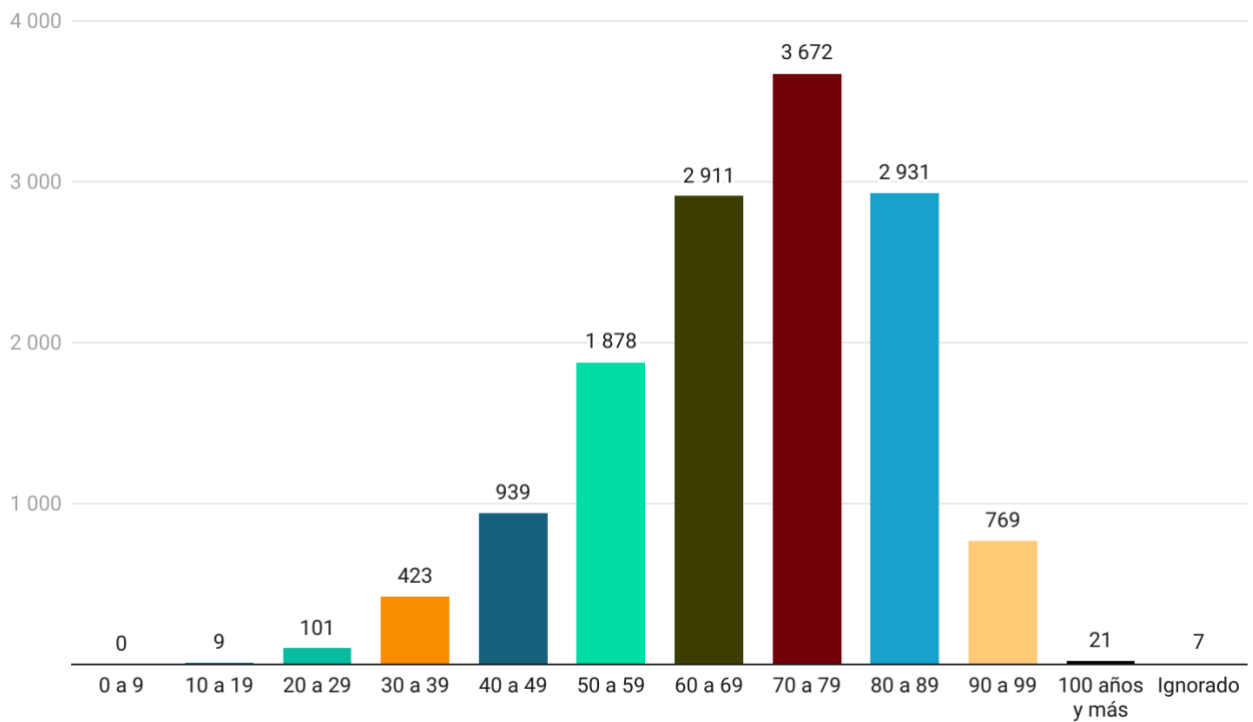
I. LA PERSONA. Edad

La mortalidad de cáncer gástrico se ubica principalmente en tres subgrupos que concentran el 70% de los casos. El subgrupo del 70 a 79 años participa con un 27% y está en el primer lugar. El subgrupo de 80 a 89 años aporta el 21.50% y el de 60 a 69 años representa el 21.31%. El cuarto lugar, lo ocupa las defunciones entre 50 a 59 años, sumando 1.878 casos, que representan el 13.78%.

Se hace la observación que entre las edades de 1 a 49 años suman 1.463 defunciones, no obstante, representan apenas un 10.70% del total acumulado. Este importante dato debe preocupar a la opinión pública al ser la población en edad más productiva, cuyos talentos y habilidades necesita el país.

Gráfico 3

Defunciones por cáncer gástrico por subgrupos de edades. Periodo del 2000 al 2021. Costa Rica.



Elaborado por la Coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Creado con Datawrapper

Sexo

En más de dos décadas analizadas, el cáncer gástrico ha cobrado la vida de un 67% de varones y un 37% mujeres. Una razón de 1.70 varón fallecido por cada mujer.

Se pueden apreciar altibajos durante todo este periodo en ambos sexos. Al revisar los datos anuales, los varones han tenido un promedio de 354 hasta un máximo 446 muertes en el 2020. El

comportamiento en mujeres está entre 185 hasta 269 muertes por año. Este último indicador se dio en el 2021.

Al analizar por tasas por mortalidad en varones se ubican entre 15.15 hasta 19.86 decesos por cada 100 mil hombres. Esta alta cifra se dio en el 2003, mientras que en el último quinquenio (2017 al 2021), los indicadores se han ido reduciendo hasta llegar a un piso de 15.15 muertes por cada 100 mil hombres, registrado el año pasado.

En el caso de las mujeres el rango es de 9.13 hasta un máximo de 11.89 decesos por cada 100 mil mujeres, el cual se registró en el 2001.

Cuadro 5

Tasas de mortalidad por cada 100 mil habitantes por cáncer gástrico en el país. Periodo del 2000 al 2021.

Año	Tasas Hombres	Tasas Mujeres	Año	Tasas Hombres	Tasas Mujeres
2000	18,25	11,25	2011	16,28	9,51
2001	19,58	11,89	2012	17,44	11,21
2002	17,38	10,27	2013	16,09	9,95
2003	19,86	9,42	2014	16,47	9,65
2004	18,70	11,61	2015	17,71	9,45
2005	17,48	9,94	2016	15,72	11,15
2006	16,35	9,61	2017	16,35	10,36
2007	16,67	8,63	2018	17,04	10,12
2008	16,16	10,29	2019	16,51	9,13
2009	16,64	9,87	2020	17,31	9,74
2010	15,70	11,01	2021	15,15	10,50

Elaborado por la Coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

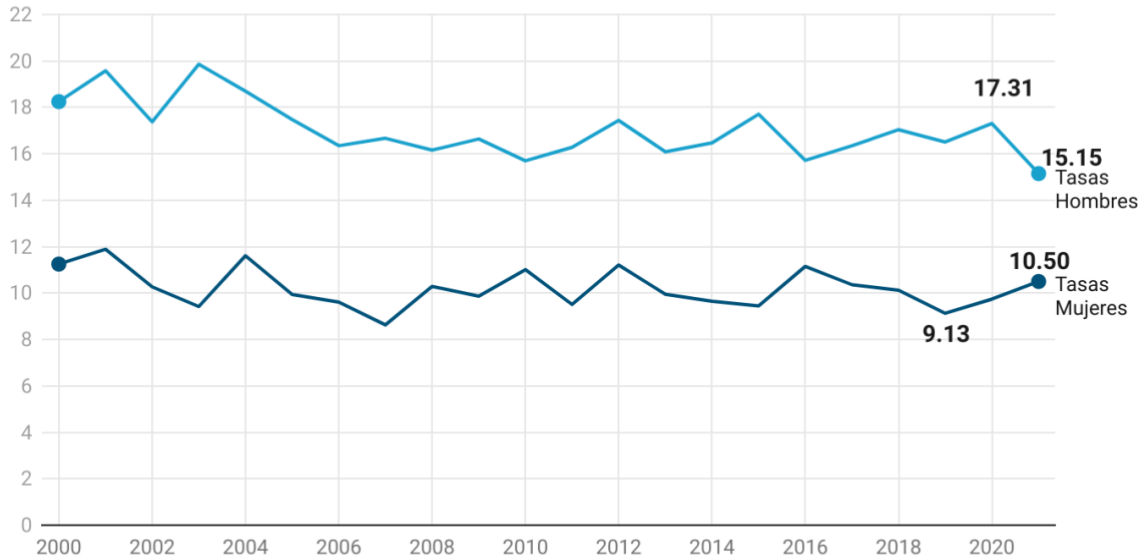
Creado con Datawrapper

En el siguiente gráfico se puede apreciar más fácilmente como las tasas de mortalidad de los hombres superan a los indicadores femeninos. Llama la atención que entre 2020 y 2021, este dígito sufrió leves descensos, cae de 17.31 a 15.15 muertes por cada 100 mil hombres.

Mientras que , el comportamiento de las tasas de mortalidad en las mujeres ha mantenido un leve crecimiento constante entre el 2019 al 2021, al pasar del 9.13 a 10.50 fallecidas por cada 100 mil féminas.

GRÁFICO 4

Tasa anuales de mortalidad provocada por cáncer gástrico agrupadas según el sexo. Periodo del 2000 al 2021]



Elaborado por la Coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

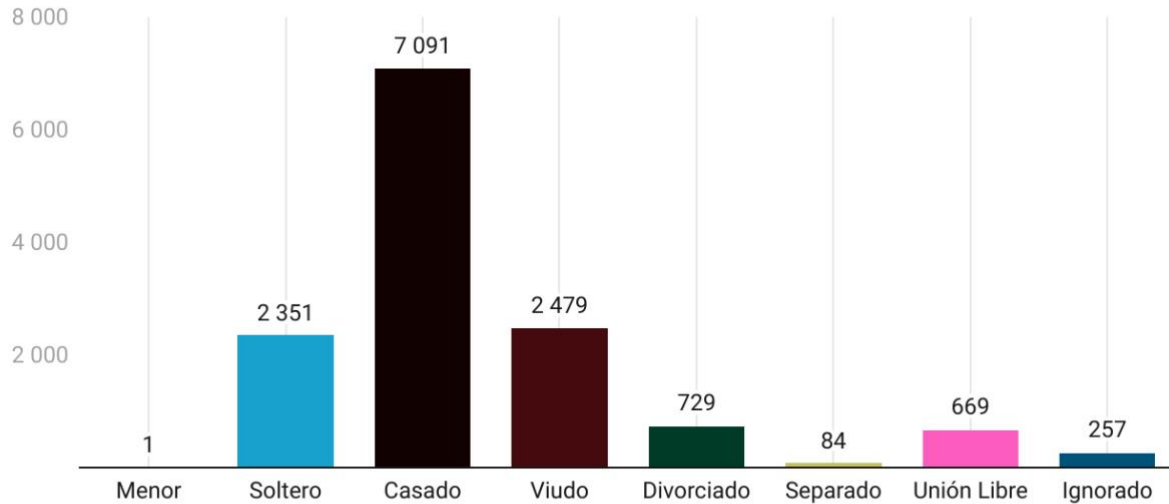
Creado con Datawrapper

ESTADO CIVIL

Unos 7.091 (52%) de los fallecidos eran casados. Le siguen los viudos con 2.479 (18%) y los solteros con 2.351 (17.20%). Las personas en unión libre contabilizaron 669 muertes, apenas un 4.90% del total. Los separados tienen la cifra más baja con apenas 84 defunciones (0.61%). Se incluyen 257 casos en cuyas las actas de defunción se anotó como ignorado el estado civil.

GRÁFICO 5

Número acumulado del estado de civil de los fallecidos por cáncer gástrico en Costa Rica. Periodo 2000-2021



Elaborado por la coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del INEC.

Creado con Datawrapper

TIEMPO

El comportamiento de las tasas de mortalidad por cáncer gástrico a nivel nacional refleja un descenso sostenido en más de dos décadas. Entre el 2000 y 2004, este indicador experimenta pequeños altibajos, aunque alcanza las cifras más altas de 15.20 y 15.78 muertos por cada 100 mil habitantes. A partir del 2005 se puede apreciar como este indicador tiene fluctuaciones entre 12 a 13 muertos por cada 100 mil habitantes. En el 2021, el registro es de 12.86, el segundo dígito más bajo entre el 2000 al 2021.

CUADRO 6

Comparativo de las tasas anuales de mortalidad por cáncer gástrico en Costa Rica. Periodo del 2000 al 2021

Año	Tasas	Año	Tasa
2000	14,80	2011	12,94
2001	15,78	2012	14,36
2002	13,87	2013	13,05
2003	14,71	2014	13,09
2004	15,20	2015	13,68
2005	13,76	2016	13,45
2006	13,02	2017	13,38
2007	12,69	2018	13,61
2008	13,26	2019	12,85
2009	13,29	2020	13,56
2010	13,39	2021	12,86

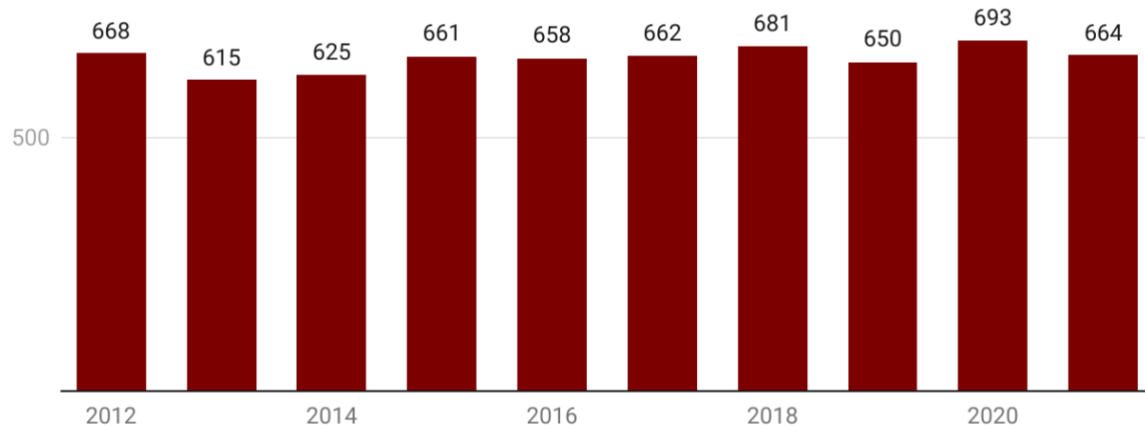
Elaborado por la Coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Creado con Datawrapper

Otro detalle importante es que del 2012 al 2021, el promedio anual no fue menor a 600 defunciones. En el 2020, se registraron 693 muertos, la cifra más alta de la última década. Luego, descendiendo un 4.18%, ubicándose en 664 muertes. Un promedio diario de casi 2 fallecimientos por día.

GRÁFICO 6

Número anual de muertes por cáncer gástrico. Periodo del 2012 al 2021.



Elaborado por la Coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del INEC.

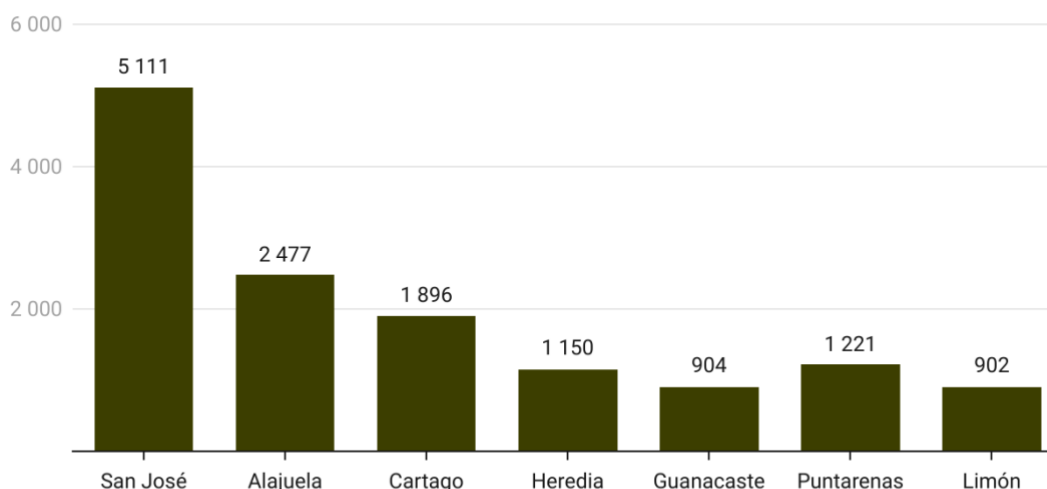
Creado con Datawrapper

ESPACIO

Las estadísticas del INEC por casos revelan que en números absolutos la provincia de San José ocupa el primer lugar con 5.111 (37%) muertes acumuladas por cáncer gástrico. Alajuela se ubica en la segunda posición con 2.477 (18%). Le sigue Cartago con 1896 (1.3.87) defunciones. Entre las provincias costeras, Puntarenas encabeza con 1221 decesos (8.94%)

GRÁFICO 7

Número acumulado de defunciones por cáncer gástrico organizadas por provincias. Periodo del 2000 al 2021.



Elaborado por la Coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Creado con Datawrapper

Para poder dimensionar el impacto real de esta enfermedad se calcularon las tasas de mortalidad por cada 100 mil habitantes de cada provincia durante los últimos 22 años.

A nivel de las provincias del Gran Área Metropolitana (y también de todo el país), Cartago ha liderado durante este periodo. Así, para el 2000, la tasa era de 21.38 muertos por cada 100 mil cartagineses, el cual sufre algunas bajas, para que a finales del 2020 y 2021, se ubica entre 18.11 a 18.18 decesos por cada 100 mil cartagineses.

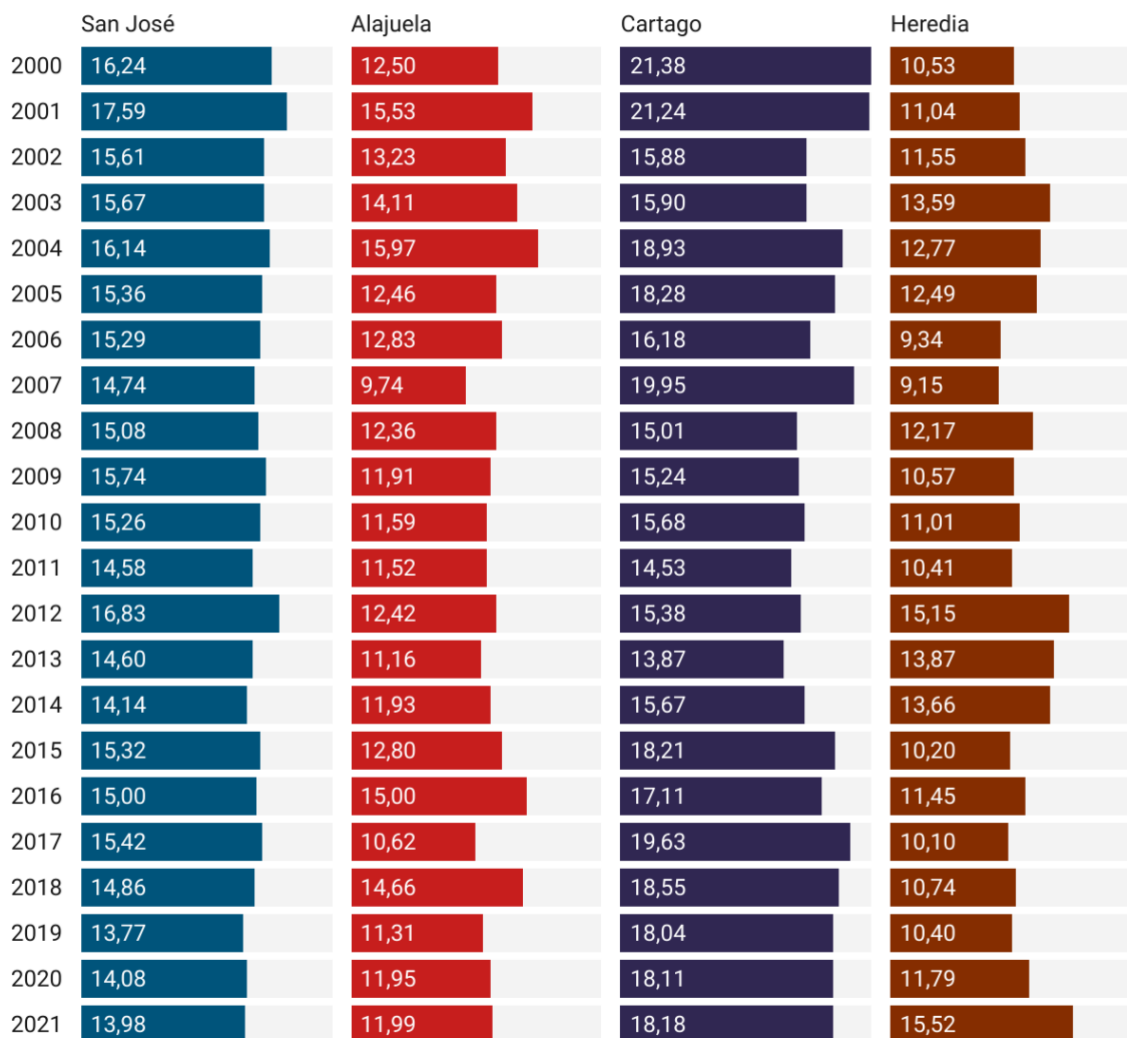
En el segundo lugar se encuentra San José, que en más de dos décadas ha venido descendiendo de 17.59 a 13.77 muertes por cáncer gástrico por cada 100 mil josefinos. Esta última cifra es la más baja del periodo. Mientras, que en el 2021 contabilizó 13.98 casos.

Alajuela está en tercer lugar con tasas entre los 9.74 hasta 15.97 muertos por cada 100 mil alajuelenses. A partir de los años 2019 se aprecia un comportamiento no mayor a los 12 decesos por cien mil habitantes.

En la cuarta posición ubicamos a Heredia con rangos muy similares a la provincia anterior. Llama la atención que, en el 2021, la tasa fue de 15.52 decesos por cada 100 mil heredianos, este dato es el más alto en más de dos décadas.

CUADRI 7

Tasas de mortalidad por cada 100 mil habitantes de cada provincia del Gran Área Metropolitana provocadas cáncer gástrico. Periodo 2000-2021



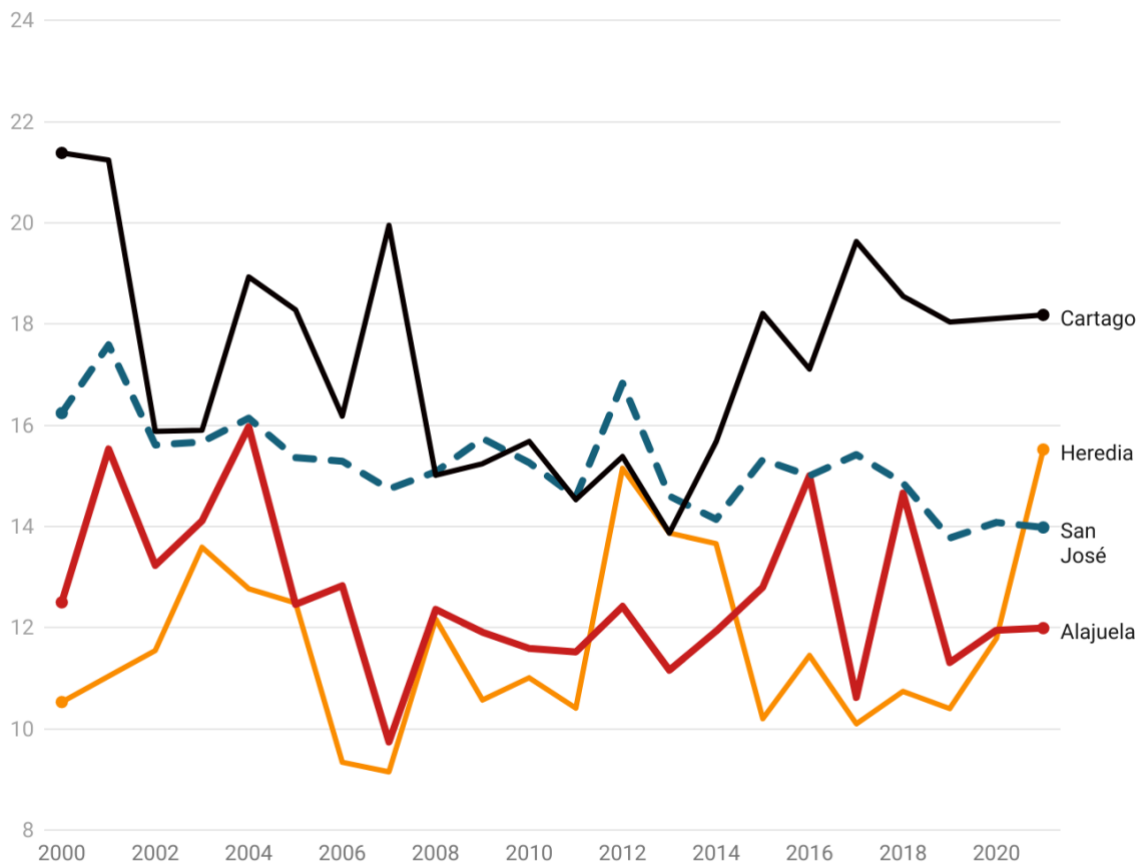
Elaborado por la coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del INEC.

Creado con Datawrapper

En este gráfico se puede apreciar que pese algunas fluctuaciones, Cartago lidera las altas tasas de mortalidad por cáncer gástrico, la línea demuestra que del 2018 al 2021 se ha mantenido en comportamiento constante no menor a los 18 decesos por cien mil habitantes por año. También, se puede notar como muy llamativo, el incremento en la tasa que ha tenido Heredia al pasar de 11.79 a 15.52 fallecidos por cada 100 mil heredianos.

GRÁFICO 8

Tasas de mortalidad por cada 100 mil habitantes de cada provincia del Gran Área Metropolitana provocadas cáncer gástrico. Periodo 2000-2021



Elaborado por la coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del INEC.

Creado con Datawrapper

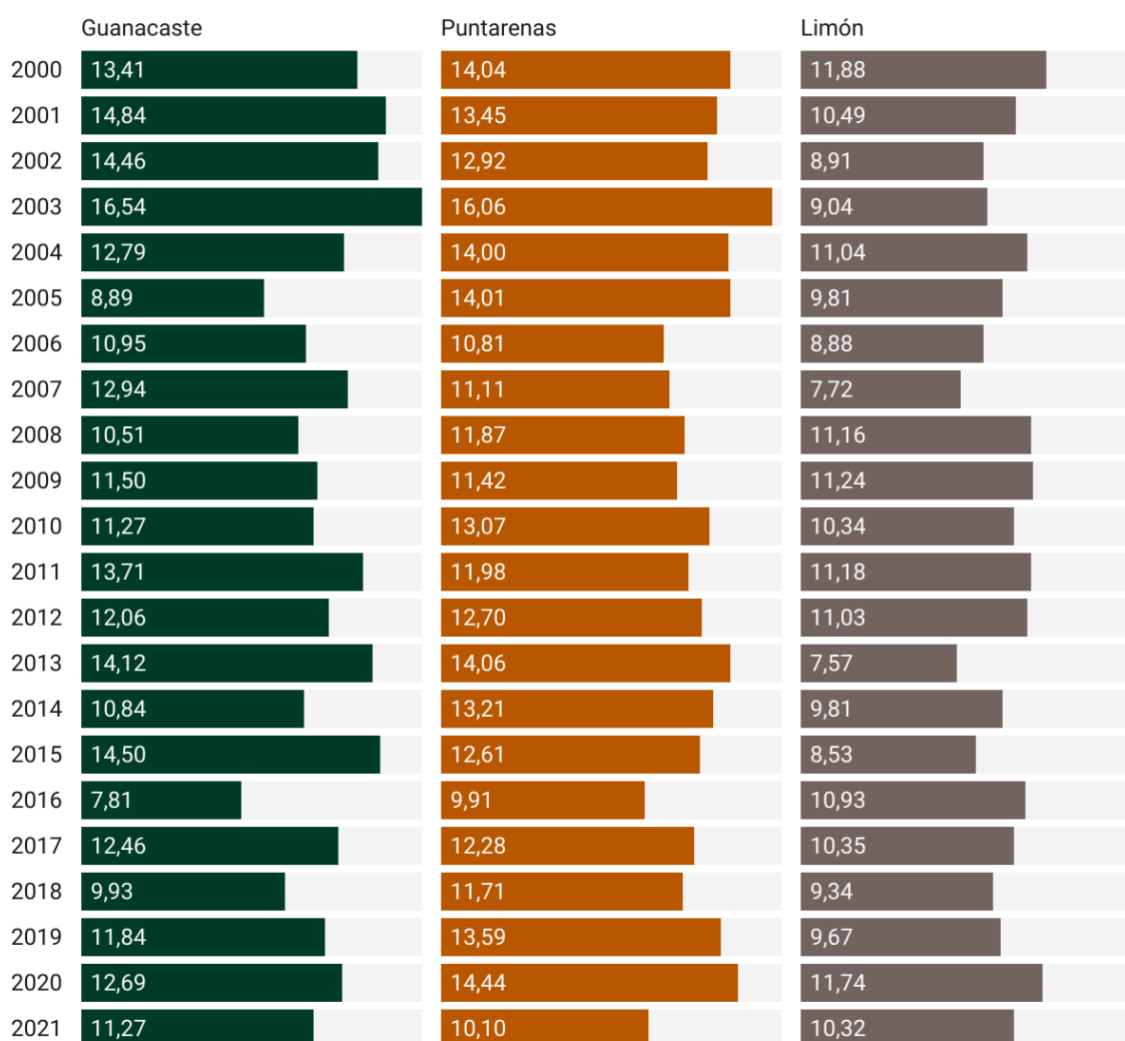
A nivel de las provincias costeras los números evidencian constantes fluctuaciones. Guanacaste tiene tasas de mortalidad de 7.81 hasta 16.54 muertos por cada 100 mil guanacastecos. Llama la atención que entre el 2019 al 2021, este indicador ha estado en rango de 11.27 hasta 12.69 muertos.

Puntarenas presenta tasas que han estado entre 9.91 hasta 16.06 por cada 100 mil habitantes. Para el 2021, registra 10.10 muertos, la segunda cifra más baja.

Los limonenses han enfrentado una mortalidad de entre 7.72 hasta 11.88 decesos por cada 100 mil habitantes. Estos son los indicadores más bajos de las tres provincias. Precisamente, el 2021 cerró con 10.32 muertos por cada 100 mil limonenses.

CUADRO 8

Tasas de mortalidad por cada 100 mil habitantes de las provincias costeras provocadas por el cáncer gástrico. Periodo del 2000 al 2021.



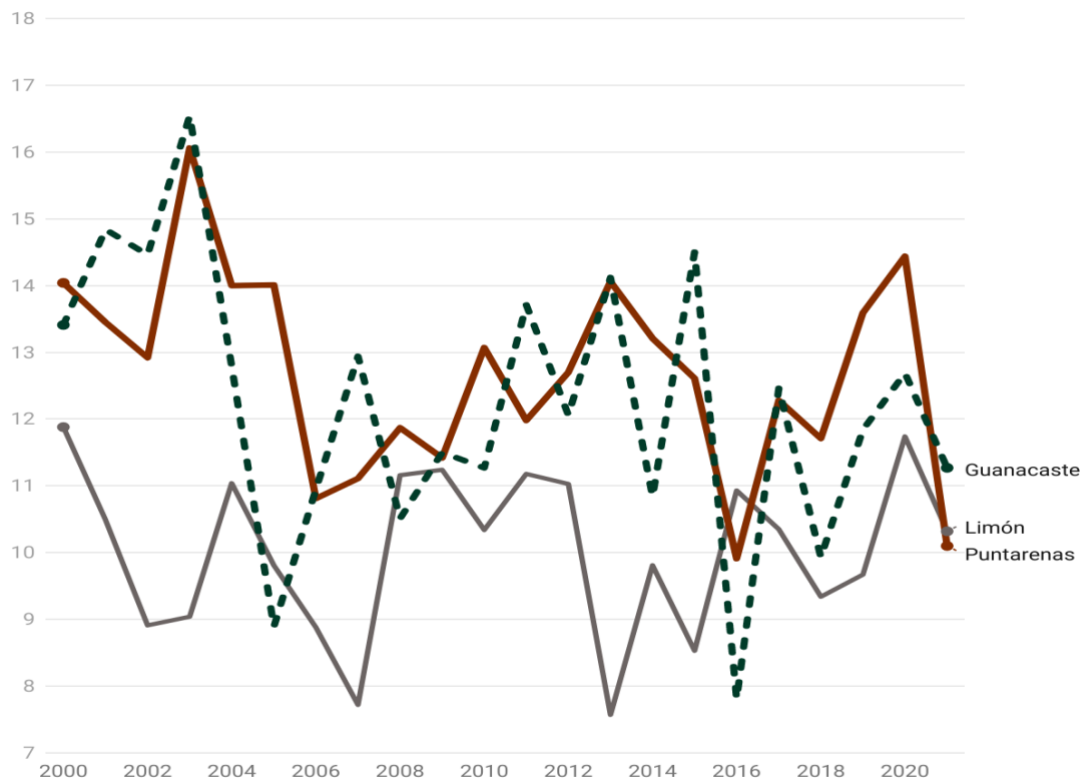
Elaborado por la coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del INEC.

Creado con Datawrapper

En el siguiente gráfico se evidencia como las tres provincias sufren altibajos bastante pronunciados en el mismo periodo, pero es Limón la que reporta las tasas más bajas.

GRÁFICO 9

Tasas de mortalidad por cada 100 mil habitantes de las provincias costeras provocadas por el cáncer gástrico. Periodo del 2000 al 2021.



Elaborado por la coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del INEC.

Creado con Datawrapper

AÑOS DE VIDA PERDIDOS

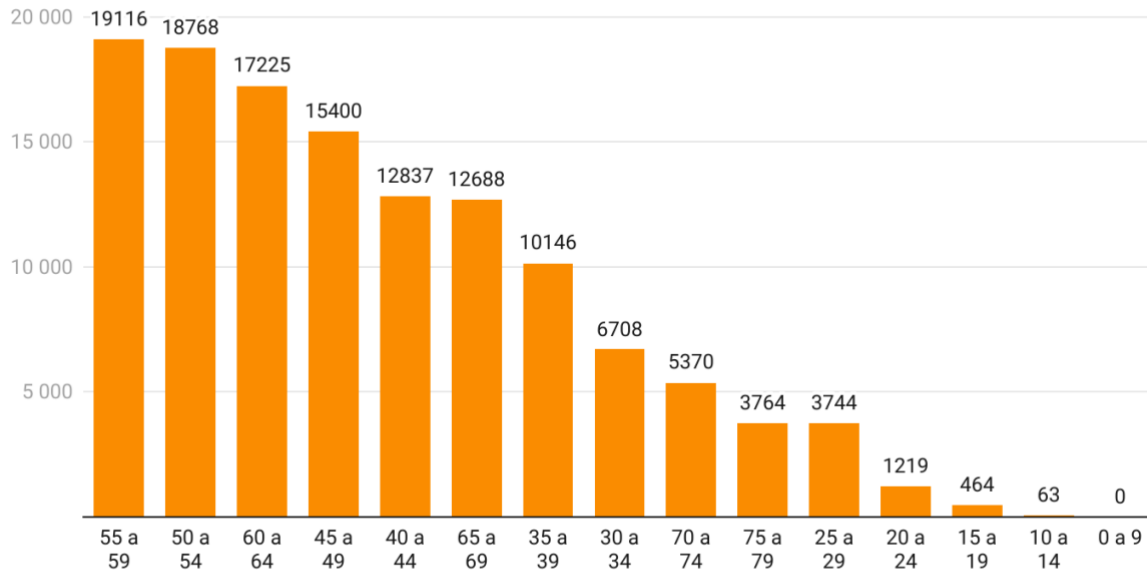
El cáncer gástrico sumó durante el lapso estudiado 127 mil 512 años de vida perdidos por muerte prematura. Dicho cálculo se realizó tomando como esperanza los 77 años.

En el primer lugar en relación a los grupos etarios, se ubica el de 55 a 59 años con 19.116 . Le siguen de 50 a 54 años con 10.768 y de 60 a 64 años con 17.225 años de vida perdidos.

Los subgrupos de 40 a 44 años y de 65 a 69 años tienen un promedio similar superior a los 12 mil años de vida perdidos por muerte prematura. Una situación parecida se da en los subgrupos de 75 a 79 años y de 25 a 25 años con un rango menores a 4 mil.

GRÁFICO 10

Años de vida perdidos acumulados por muerte prematura a causa del cáncer gástrico. Periodo del 2000 al 2021



Elaborado por la Coordinación de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Hispanoamericana con datos del INECC

Creado con Datawrapper

REM. 27/10/22