

TRABAJOS ORIGINALES

Observaciones acerca de la morbilidad por enfermedades carenciales en el medio rural de Venezuela durante los años 1954 y 1955

ARMANDO CASTILLO PLAZA, FERMÍN VÉLEZ BOZA
Y ALBERTO CONTRERAS A.
Instituto Nacional de Nutrición

INTRODUCCION

Desde hace varios años el Instituto Nacional de Nutrición se ha preocupado por seguir la evolución y distribución de las enfermedades carenciales en todo el país. Con este fin fueron analizados y estudiados los informes suministrados por la División de Estadística Vital, que cooperó grandemente en esta labor.

A base de estos datos fueron publicados los siguientes estudios: uno por Vélez (1), que comprende el período de 1940-1945, y otro por Bengoa, Vélez y Shelly Hernández (2), que abarca desde 1940 hasta el año 1949.

Con la cooperación de la División de Sanidad Rural y de los Médicos Rurales, Bengoa efectuó en 1949 un estudio sobre la Incidencia de Carenciales en el Medio Rural (3).

El presente estudio se basa en datos que han sido obtenidos de los informes de los Médicos Rurales (5 M. R.) que mensualmente envían a la División de Sanidad Rural, y ésta nos facilitó los correspondientes a los años 1954-1955.

La finalidad de estos estudios es determinar la incidencia de desnutrición, su grado y las zonas que afecta, indispensables para el desarrollo de un plan de política de la alimentación y es necesario el mantenerlos al día con objeto de poder comparar unas épocas con otras, determinar la influencia de las medidas sanitarias empleadas en la solución de los pro-

blemas, como son el uso de alimentos enriquecidos, terapéutica específica, yodización de la sal, etc.

Este trabajo tiene también como objeto establecer una base que sirva de comparación con el "Plan de Estudio de Enfermedades Carenciales" que se está llevando a cabo desde el mes de junio de 1956, mediante un método de criterio diagnóstico y de sistema de denuncia distinto al llevado hasta la fecha y que creemos muy superior al actual.

Por todos los estudios hechos hasta el presente, el problema de la desnutrición y enfermedades carenciales muestra un aspecto importante, especialmente en la infancia y clases sociales bajas, que puede ser grandemente mejorado a través de futuros estudios y programas educacionales, que son muy necesarios para el país, ya que en Salud Pública está comprobado que la alimentación es en la actualidad uno de los primeros problemas que existen.

OBJETIVO

Recopilar las cifras de morbilidad rural de cada Estado en dicho período y compararlas entre sí, a fin de obtener unas observaciones que sirvan de base para comprobar la evolución de estas enfermedades en los años próximos, teniendo en cuenta el nuevo "programa de control" de las enfermedades carenciales, que ha comenzado a actuar desde el 1º de junio de 1956.

MATERIAL DE ESTUDIO

Para determinar la situación del problema de enfermedades carenciales en el medio rural durante los años 1954 y 1955 se utilizaron únicamente los informes mensuales (5 M. R.) que enviaron los Médicos Rurales a la División de Sanidad Rural en ese lapso.

Es conveniente recordar que estos informes proceden de Medicaturas Rurales enclavadas por lo general en la capital de los municipios y no están incluidos los datos del resto de las organizaciones sanitarias del país, tales como: Unidades Sanitarias, Centros de Salud y en parte las Medicaturas Hospitalares, ya que controlan población de tipo urbano.

CRITERIO GENERAL

Deseamos señalar que consideramos de un valor estadístico relativo los datos que se han encontrado, pues debe tenerse en cuenta que posiblemente algunos de ellos no reflejen la realidad de los hechos estudiados, lo que no quita su interés como dato comparativo ni la impresión general alcanzada. Por otra parte, no podrían estas cifras ser obtenidas de otro modo; las razones en que nos basamos son las siguientes:

1º *Con respecto a los datos sobre población Rural.*—Las Medicaturas están, por lo general, situadas en la capital del municipio, siendo unas cuatrocientas para todo el país.

Los Anuarios de Estadística Vital indican la población de cada municipio para 1950, y aplicando las fórmulas de crecimiento puede determinarse la población para el 1º de julio de cualquier año, pero algunas zonas han experimentado profundos cambios demográficos por el hecho de la creación de explotaciones mineras, agrícolas e industriales y el desarrollo extraordinario de carreteras en todo el país, por lo que la utilización de la fórmula de crecimiento no es aplicable para todos.

El control que ejerce el médico sobre la población rural del municipio en que actúa es muy difícil de determinar y las cifras absolutas de enfermedades que denuncia en nuestro caso carenciales no pueden relacionarse simplemente con las cifras de población del municipio calculadas por el Anuario de Estadística Vital.

Por ello los coeficientes que nosotros calculamos por cien mil habitantes no van a ser publicados en esta información, sino que nos vamos a referir sólo a las cifras absolutas denunciadas.

2º *Con respecto al procedimiento de denuncia.*—El informe 5 M. R. (mensual) que reporta sobre la morbilidad, mortalidad y actividades sanitarias de la Medicatura, contempla el diagnóstico de las enfermedades que son objeto de la consulta y no las que acompañan en segundo término a la enfermedad.

Ahora bien, muchas de las enfermedades carenciales determinan por lo menos en grado poco avanzado una sintomatología impreciso y leve que no impulsa a nuestros campesinos

a ir a una consulta sino cuando presenta alguna afección muy ostensible, como gripe, amigdalitis, diarrea, reumatismo, etc., que es la que aparecerá denunciada en el informe.

Por esto es posible que muchas enfermedades carenciales existentes no sean denunciadas.

Además, en el informe 5 M. R. sólo están especificadas cinco enfermedades nutricionales, que son: beriberi, bocio, escorbuto, pelagra y raquitismo, mientras que las restantes carencias (y afecciones paranutricionales, diabetes), anemias, avitaminosis A, síndrome policarencial infantil, arriboflavinosis, cirrosis, esprue, espasmosfilia, cretinismo, obesidad, etc., pueden, si el médico cree necesario denunciarlas, anotarlas al final del informe en espacio ya dejado libre a propósito para estas y otras denuncias. Se comprende que pueda este detalle influir también en que las cifras obtenidas sean inferiores a las reales.

En este estudio englobamos con el nombre "otras carencias" a todo este último grupo denunciado en el informe 5 M. R. Incluimos los datos sobre diabetes por separado, por llevarse la denuncia de la misma controlada mensualmente y tener esta afección una gran relación con la alimentación. Estas denuncias corresponden al total de pacientes de primera y segunda consultas.

3º *Con respecto al criterio diagnóstico.*—El diagnóstico de una enfermedad carencial específica (por ejemplo, sprue, beriberi, etc.) es difícil por ser en muchos casos frecuente las policarencias.

Por otra parte, cada enfermedad carencial está en continua evolución y depende su cuadro clínico de múltiples causas, por una del grado o intensidad del déficit y la agudeza o cronicidad con que se haya presentado, y por otra del estado nutricional del paciente (reservas), edad, sexo y situación fisiológica en que se encuentra (crecimiento, embarazo, vejez, etc.).

La variación del cuadro clínico (que prácticamente consideramos en su fase de latente, frustra, evidente y grave) determina que unas veces se denuncien sólo las formas evidentes, mientras en otros lugares haya médicos que reporten los casos evidentes y los frustrados. Por ejemplo, unos denuncian como beriberi las mononeuritis y otros sólo las polineuritis, o formas húmedas con neuritis. Por otra parte, muchos cua-

drod clínicos de carenciales vienen enmascarados por procesos infecciosos intercurrentes, cuya sintomatología combinada con la carencial determina síndromes difíciles de catalogar y que suelen ser denunciados con la etiqueta de la enfermedad infecciosa o funcional que ocasiona la consulta.

Por ejemplo, las diarreas de los pelagrosos enmascarados por procesos parasitarios, la hiperqueratosis de la piel de los afectos por avitaminosis A, que viene enmascarada por pio-dermitis, etc.

Todo ello se refleja muy diversamente en los 398 informes mensuales de las Medicaturas Rurales, determinando, al tratar de analizar los datos obtenidos, una variación en la intensidad y distribución de las enfermedades carenciales sumamente irregular.

MORBILIDAD CARENCIAL RURAL EN TODO EL PAIS (cifras absolutas) años 1954-1955

La morbilidad de enfermedades carenciales en todo el país, a base de las denuncias de 5 enfermedades carenciales, un grupo que comprende "otras carencias" y otro de diabetes, se presenta en el cuadro N° 1.

Los datos revelan:

a) El total de denuncias carenciales para todo el país fué:

Año 1954	53.475 denuncias
Año 1955	56.403 "

Hubo, por lo tanto, un aumento de 2.928 denuncias.

Esto revela la existencia de un problema nutricional constante que tenía una tendencia al aumento, en especial en las formas más bien de policarencia y de anemias, que llaman la atención del médico hacia esas afecciones sin haber habido ninguna campaña previa de propaganda que pudiera haberle influido.

b) La incidencia en cifras absolutas aumentó en el grupo de "Otras carencias":

Año 1954	29.291 denuncias
Año 1955	34.870 "

CUADRO N° 1
DENUNCIAS DE LAS MEDICATURAS RURALES DE VENEZUELA DE LAS ENFERMEDADES CARENCIALES
OCURRIDAS DURANTE LOS AÑOS 1954 Y 1955, ESPECIFICADAS POR ENFERMEDADES, ENTIDADES Y
POBLACION ESTIMADA

ESTADOS	N° Med. Rurales	POBLACION		ENFERMEDADES CARENCIALES												DIABETES		TOTALES	
		1954	1955	BERIBERI		BOCIO		ESCORBUTO		PELAGRA		RAQUITISMO		O T R A S		1954	1955	1954	1955
				1954	1955	1954	1955	1954	1955	1954	1955	1954	1955	1954	1955				
Anzoátegui	26	276.859	286.283	17	6	77	43	215	3	16	11	689	2.101	1.122	513	11	0	2.147	2.677
Apure	14	96.307	98.356	31	11	96	107	128	122	27	15	390	466	720	593	10	0	1.402	1.314
Aragua	14	210.599	216.358	0	0	108	45	12	5	4	0	308	97	470	668	6	0	908	815
Barinas	17	86.753	88.647	31	13	269	274	43	32	7	29	435	284	748	919	0	1	1.533	1.552
Bolívar	18	140.631	144.300	59	28	15	16	65	21	1	0	172	227	282	783	75	0	669	1.075
Carabobo	19	263.561	269.300	32	6	178	373	112	85	8	2	982	884	1.291	2.440	28	10	2.631	3.800
Cojedes	9	53.050	53.311	13	3	32	31	182	5	4	3	242	212	558	1.423	0	0	1.031	1.680
Falcón	27	269.228	272.139	38	6	33	30	80	141	51	89	655	759	977	1.212	25	5	1.868	2.242
Guárico	17	176.323	179.604	18	0	32	41	69	32	12	5	512	558	775	719	0	3	1.418	1.358
Lara	27	382.278	386.202	72	6	467	192	45	47	791	446	1.000	1.004	2.170	3.201	2	6	4.547	4.902
Mérida	27	218.372	220.392	14	4	790	558	25	39	37	18	619	924	1.403	1.888	18	0	2.906	3.431
Miranda	27	295.784	301.209	92	2	221	155	80	89	24	40	1.938	1.850	2.845	3.851	0	3	5.206	5.390
Monagas	15	196.670	202.541	3	2	51	70	133	87	3	4	332	310	934	678	1	0	1.457	1.151
Nva. Esparta	18	78.587	79.334	0	0	18	11	41	43	294	198	207	104	901	801	19	17	1.480	1.174
Portuguesa	8	136.184	140.087	0	0	100	99	22	35	0	58	549	344	1.960	1.195	5	0	2.636	1.731
Sucre	23	350.506	355.206	14	0	125	34	384	100	37	86	1.358	427	3.513	3.645	16	54	5.447	4.346
Táchira	17	327.617	334.134	2	0	442	481	83	15	21	19	955	1.000	1.233	737	7	3	2.743	2.255
Trujillo	26	277.787	278.863	44	26	999	1.040	272	142	492	626	1.489	1.116	4.652	4.660	16	10	7.964	7.620
Yaracuy	14	134.603	135.206	0	4	166	116	145	103	140	95	794	552	1.598	2.490	2	0	2.845	3.360
Zulia	30	646.393	670.324	0	0	91	78	152	145	18	22	945	1.063	994	2.196	40	27	2.232	3.331
Dto. Federal	5	841.695	878.429	—	—	—	—	—	—	—	—	8	6	—	—	—	—	8	6
T. Amazonas	3	13.329	14.093	15	—	—	1	—	1	2	3	36	28	145	223	27	5	225	261
D. Amacuro	2	35.847	36.458	—	—	—	—	—	—	—	—	182	100	0	32	—	—	182	132
TOTALES	398	5.508.763	5.640.776	495	117	4.300	3.795	2.303	1.282	1.981	1.769	14.797	14.416	29.291	34.870	308	144	53.475	56.403
SUMA TOTAL																			
54 - 55				612		8.095		3.595		3.750		29.213		64.161		452		109.878	

NOTA: Las poblaciones estimadas que figuran en este cuadro se refieren al total de cada Entidad Federal, mientras que los casos de enfermedades carenciales y diabetes corresponden sólo al área de las Medicaturas Rurales. La población estimada de Venezuela y de las Entidades Federales, según datos proporcionados por la División de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Por lo tanto, ocurrió un aumento de 5.579 denuncias.

c) Hubo una disminución en la denuncia de las siguientes enfermedades carenciales: beriberi, bocio, escorbuto, pelagra, raquitismo y diabetes.

d) Los Estados que en cifras absolutas dieron mayor incidencia de enfermedades carenciales fueron:

1954		1955		
Beriberi . . .	Miranda	92 denuncias	Bolívar	28 denuncias
Bocio	Trujillo	999 "	Trujillo	1.040 "
Escorbuto . .	Sucre	384 "	Zulia	145 "
Pelagra . . .	Lara	791 "	Trujillo	626 "
Raquitismo . .	Miranda	1.938 "	Anzoátegui	2.101 "
Otras carencias	Trujillo	4.652 "	Trujillo	4.660 "
Diabetes . . .	Bolívar	75 "	Sucre	54 "

e) En las enfermedades carenciales ordenadas en forma decreciente se observa:

Total (1954 y 1955)

Otras carencias	64.161
Raquitismo	29.213
Bocio	8.095
Pelagra	3.750
Escorbuto	3.595
Beriberi	612
Diabetes	452

Según esto, el grupo de Otras Carencias es el más importante y es necesaria su discriminación para determinar cuáles son sus componentes.

En las enfermedades carenciales que son objeto de denuncia especial, la más importante fué el raquitismo, le sigue el bocio; en cambio, diabetes y beriberi ocupan los últimos puestos.

f) Ordenadas por años en forma decreciente, las cuatro Entidades Federales que denunciaron mayor número de casos fueron:

1954		1955	
Trujillo	7.964 casos	Trujillo	7.620 casos
Sucre	5.447 "	Miranda.	5.990 "
Miranda.	5.206 "	Lara	4.902 "
Lara	4.547 "	Sucre	4.346 "

Obsérvase que, aunque el puesto varió un poco en los dos años, fueron, sin embargo, las mismas entidades las que dieron cifras más elevadas.

g) La Entidad Federal que presentó en ambos años mayor número de denuncias de enfermedades carenciales fué Trujillo, con un promedio de 7.750 casos anuales.

h) Se observan algunas Entidades, como el Distrito Federal, en que aparecen cifras bajas de denuncias; esto es debido a múltiples factores, tales como densidad de población rural, número de Medicaturas, etc., que requieren su estudio para determinar si existe o no una real disminución en la incidencia.

CONCLUSIONES

Se ha determinado la morbilidad por enfermedades carenciales observadas en las Medicaturas Rurales en todo el país durante los años 1954-1955.

Del estudio de estos datos se observa la presencia constante de un considerable número de denuncias, con un promedio de unas 55.000 por año, que revela la existencia de un problema nutricional que exige la necesidad de un estudio más detallado y cuidadoso como, por ejemplo, el grupo que engloba "Otras Carencias" es de considerable magnitud, más de 32.000 casos promedio por año, y lo más importante es que esta situación es señalada por los Médicos Rurales sin haber sido influenciados por ninguna campaña previa, por lo que nos parece que estas cifras señalan un hecho muy real.

También se observa la existencia de Entidades Federales que están más afectadas que otras por problemas nutricionales.

Debido a estos hechos que corroboran los obtenidos en estudios anteriores, se utilizarán los resultados encontrados co-

mo base de comparación para estudios de mayor precisión y uniformidad que se han iniciado recientemente.

Los datos se han presentado en forma de cifras absolutas en el cuadro N° 1, no habiéndose hecho en forma de coeficientes debido a la dificultad de interpretar algunos factores.

Llama la atención el hecho de que algunas enfermedades carenciales dan cifras muy elevadas, por ejemplo, raquitismo y otras carencias; en el primer caso esto requiere un estudio cuidadoso para comprobarlo, ya que investigaciones preliminares anteriores daban valores más bajos, y en el segundo exige discriminar el conjunto de enfermedades que lo forman para conocer cuáles son las que influyen en sus altas proporciones.

El presente estudio servirá de base para comparar los datos que se obtengan en los próximos años, a base del nuevo sistema de denuncias que comprende mayor número de enfermedades carenciales y un sistema de control más detallado realizado por el Instituto Nacional de Nutrición.

RESUMEN

Se recopilan los datos de denuncias en enfermedades carenciales (de 1ª y 2ª consultas) de todas las Medicaturas Rurales de Venezuela durante dos años.

Se encuentra un promedio de cerca de 55.000 casos por año, y en los dos años un claro aumento en las cifras denunciadas. El grupo más considerable comprende "Otras Carencias", que abarca un promedio de 32.000 denuncias por año, siendo mayor la cifra del año 1955.

Hay una tendencia a disminuir el número de denuncias de los otros grupos de enfermedades carenciales.

Los Estados que presentaron mayor incidencia en cifras absolutas fueron Trujillo, Miranda, Lara y Sucre, y el grupo más afectado fué el de "Otras Carencias", al que siguieron raquitismo, bocio y pelagra.

SUMMARY

A recopilation of the denunciations of cases of deficiency diseases reported by the rural physicians of the Public Health Service during two years is presented.

The yearly reported number is about 55.000; most cases are from the group "other deficiencies". There was a slight increase in reported cases from 1954 to 1955.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird eine Zusammenfassung vorgelegt über die von den Regierungs-Landärzten in den Jahren 54 und 55 gemeldeten Fälle von Mangelkrankheiten. In beiden Jahren war die Anzahl dicht bei 55.000 Fällen. Am häufigsten wurde die Bezeichnung "andere Mangelkrankheiten" benutzt.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Fermín Vélez Boza. — "La Alimentación y Nutrición en Venezuela". Rev. S.A.S. Vol. XIII. Ene-Abril 1948. N°1-2. Cap. Frecuencia e Importancia de las Avitaminosis. Pág. 117-127.
- (2) J. M. Bengoa, F. Vélez Boza y R. de Shelly Hernández. — "Mortalidad por Enfermedades Carenciales". Arch. Ven. de Nut. Vol. IV, N° 1. Págs. 85-112.
- (3) J. M. Bengoa. — "Estimación de la Prevalencia de Enfermedades Carenciales en el Medio Rural de Venezuela". Arch. Ven. de Nut. Vol. I, N° 2. Dic. 1951. Págs. 298-303.
- (4) Anuario de Epidemiología y Estadística Vital.