

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

COMPORTAMIENTO DE LA LEPRO EN LA PROVINCIA DE GUANTANAMO

*Dra. Nancy Mora Castillo¹, Lic. Nancy Pérez Mora², Lic. Carina Pulsán Lajé²,
Lic. Damaris Pérez Planes², Dra. Gloria Abijana Damién¹, Lic. Enerolisa
Frómeta Rodríguez, Dra. María Elena Ruiz de la Cruz³.*

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo de la lepra durante los últimos 20 años con el objetivo de caracterizar su comportamiento clínico epidemiológico en la provincia de Guantánamo. El universo de estudio está conformado por todos los casos notificados durante los años 1987-2007. Las variables analizadas son: los casos notificados por año y, a la vez, la tasa de incidencia y prevalencia, el comportamiento bacteriológico de los casos nuevos, así como de los menores de 15 años. Como indicadores estadísticos se utilizan: el número absoluto, el porcentaje y la tasa. Entre los principales resultados se muestran: la disminución de los casos nuevos, al igual que el número total de casos. Se analiza el total de casos de lepra en menores de 15 años, en lo cual se encontraron cifras bajas. Se presentan tablas de distribución de frecuencia y gráficos. Se arriba a conclusiones y recomendaciones.

Palabras clave: LEPRO/epidemiología.

INTRODUCCION

El inquietante incremento de casos de lepra, con el consiguiente aumento de las discapacidades y la inexistencia de una vacuna para prevenir la aparición de nuevos casos, obliga a plantear nuevas perspectivas de posible solución para este problema, ya que, aunque actualmente es imposible hablar de erradicación, sí es permisible alcanzar una disminución de nuevos casos que permita lograr que esta enfermedad no constituya un problema de salud. Nuestra provincia no

¹ *Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar.*

² *Máster en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Instructor.*

³ *Especialista de II Grado en MGI. Máster en Atención Integral a la Mujer.*

escapa a esta problemática y está considerada como una de las que más casos reporta a nivel nacional, con pobre reconocimiento de las manifestaciones clínicas por la atención primaria de salud y la población.¹

En la mayoría de los países de América es difícil calcular cuánto se gasta anualmente en los programas de prevención y control de esta enfermedad; los suministros, los equipos y el personal no están continuamente disponibles. La lepra es considerada como una de las enfermedades de mayor impacto económico, aunque son pocos los reportes que se refieren al costo. Si se analiza la magnitud de esta afección y todos los problemas que acarrea al paciente y al sistema de salud, puede inferirse su elevado costo. Considerando el número de individuos afectados, ya sean enfermos o trabajadores involucrados en las diferentes tareas de control, las afectaciones económicas en un país endémico de lepra son cuantiosas, tanto en lo referente a los gastos incurridos en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes, así como el pago a los trabajadores involucrados en este programa. Por tal motivo, si se logra disminuir el número de casos y las discapacidades, ello tendría un gran impacto económico y social.^{2,3}

En 1990 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2000, lo que se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a cifras inferiores a 1 por 10 mil habitantes; esta meta no significa la erradicación de la enfermedad ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que se considera que el potencial de transmisión es muy limitado.³

Para alcanzar la meta de eliminación de la lepra en las zonas endémicas del país fue necesaria la aplicación sostenida de las medidas de prevención, teniendo en cuenta las estrategias propuestas en el Plan de Acción Regional OPS/OMS.⁴

Según la OMS, para la consolidación de la eliminación de la lepra de las Américas es necesario: identificar el escenario, de acuerdo con la estratificación epidemiológica, extender la cobertura de la poliquimioterapia (PQT) de forma descentralizada e integrada en los servicios generales de salud, para poder realizar el tratamiento oportuno, regular y completo de las personas afectadas por esta enfermedad. También, es necesario el monitoreo y fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, la detección y el diagnóstico precoz de nuevos casos mediante criterios clínicos y epidemiológicos, lograr la activa participación de las comunidades en la

promoción de salud para la detección precoz y seguimiento de los casos hasta lograr su curación; y a la vez disminuir las discapacidades.^{4,5}

Con esta investigación nos proponemos incrementar y, a la vez, reforzar el conocimiento de los profesionales de la salud, con lo que lograremos realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar así las discapacidades, y ofrecer al paciente una mejor calidad de vida e incorporación a la sociedad sin ningún estigma. El impacto social constituye el factor fundamental de esta investigación, ya que, al realizar todas estas acciones, se logrará disminuir el número de casos, la transmisión y, por lo tanto, existirán menos enfermos deformados.

En nuestro país, el control de esta enfermedad se sustenta en las siguientes premisas: el permanente compromiso político, técnico y financiero que garantice la viabilidad armónica de las acciones para el control de la lepra en las zonas endémicas, el reconocimiento de la lepra como problema de salud pública para alcanzar la meta de eliminación en algunas zonas que aún no lo han logrado; fortalecimiento de la capacidad de gerencia por niveles para el manejo eficiente y eficaz de las acciones de control, y la activa participación comunitaria en la vigilancia y control de la enfermedad, entre otros.⁵⁻⁷

Se realiza este trabajo con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico de la lepra en la provincia de Guantánamo, durante los años 1987-2007.

METODO

Se realiza un estudio sobre el comportamiento de la lepra en la provincia de Guantánamo durante el período 1987 al 2007.

El universo de trabajo lo constituyeron todos los casos de lepra diagnosticados en el período de estudio.

La información se obtuvo de las encuestas epidemiológicas realizadas a cada caso registrado en la Dirección Provincial de Estadísticas, el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología y las historias clínicas de los pacientes, que se encuentran en las consultas de dermatología de las diferentes áreas de salud.

Los resultados se expresaron en números absolutos, tasas y porcentajes, y se representan en tablas de distribución de frecuencia y gráficos.

RESULTADOS Y DISCUSION

Los años con mayor riesgo de enfermar resultaron ser 1989, 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, respectivamente, con tasa de $0.8 \times 10\ 000$ habitantes. Es apreciable la disminución en la detección de casos por año desde 1987-2006. Se encontró una tendencia descendente (Gráfico 1). El comportamiento de las tasas de prevalencia entre los años 1987 a 1995 se mantuvo entre 1.9, 1.8 y 1, con la implantación de la PQT, que permite dar el alta clínica luego de terminado el tratamiento, y origina un descenso de 0.8 en el año 1987, hasta 0.2 en el 2007, último año analizado.

Este análisis muestra el descenso, tanto en las tasas de prevalencia, como de incidencia. Si se compara con el período que media entre 1977 y 1986, en que las tasas de incidencia oscilaron de 2.0 a $1.8^{4,5}$, resalta que la tendencia de la enfermedad es a la disminución de casos.

En 1986 se comenzó la terapia multidroga, a corto plazo, que garantiza la recuperación total de los efectos y permite dar alta clínica en todas las formas clínicas de la lepra; se tienen en cuenta, además, los nuevos aspectos de control de la enfermedad desde el punto de vista epidemiológico, como: el control de los 50 contactos y la prueba de ELISA para el diagnóstico de la infección subclínica. Asimismo, se consideró la vigilancia, con más detalles, al examinar a la población en riesgo, para lograr el diagnóstico precoz, lo que origina la ruptura de la cadena de transmisión tempranamente y, por ende, disminuye la posibilidad de contaminación, y la de provocar las discapacidades vistas en estos casos principalmente cuando se realiza un diagnóstico tardío. Por todo lo planteado se han modificado los conceptos de incurabilidad y contagiosidad de la enfermedad. Investigaciones realizadas por Gonzalo de Canelis, en Huelva, España, y otros autores⁶ señalan que la prevalencia no es un buen indicador para determinar precozmente la regresión de la endemia.

Sin duda, el mejor indicador epidemiológico para evaluar los resultados de los programas de lucha contra esta enfermedad, es el descenso anual de casos nuevos. En nuestro trabajo, podemos enfatizar, la lepra tiene un pronóstico favorable, lo cual puede mantenerse si se continúa trabajando en el diagnóstico y tratamiento precoz, al igual que en el control de foco, con una vigilancia

epidemiológica estricta, es decir, intensificar y controlar el trabajo del programa.

La eliminación de la lepra como problema de salud pública (tasa de prevalencia inferior a 1 caso por 10 000 habitantes) dependerá de una adecuada utilización de la terapéutica actualmente disponible, asociada a la detección precoz de los casos.^{7,8}

Se investigaron las formas clínicas por grupos de edades de los casos notificados (Tabla 3); dada la importancia que tienen los menores de 15 años como indicadores del programa, se toma como escala menor y mayor de 15 años y se señala que, de los 505 casos notificados, 456 son multibacilares y, de ellos, 6 son menores de 15 años. Entre los 49 enfermos paucibacilares, solamente 2 son menores de 15 años. Obsérvese que las cifras de menores de 15 exhiben un total de 8 casos, que representan el 0.53 %.

En esta tabla se muestra que los casos multibacilares tienen mayor representatividad; de la misma forma, se observa en otros estudios realizados en el país y en otras latitudes, hecho explicado porque al existir un mayor control, y una poliquimioterapia eficaz, se provoca una ruptura precoz de la cadena de transmisión y las personas con un sistema inmunitario de mediana resistencia no reciben grandes cantidades de bacilo, con lo que se logra no desarrollar la enfermedad, incluso aunque sean infectados; solamente llegarán a enfermar aquellas personas con defensa inmunitaria nula, en concordancia con algunos investigadores del tema⁸ que señalan que a medida que disminuye la endemia en un territorio, predominan las formas multibacilares.

Se observa la incidencia de los menores de 15 años, según años analizados; el número de casos no es significativo, pero en 1992 se diagnosticaron 2 casos, que significaron el 1.4 de tasa (Tabla 4). La lepra infantil es un indicador directo de la magnitud de la transmisión de la enfermedad y de la eficacia de las acciones de los programas de control en una población determinada. La proporción de menores de 15 años entre los casos nuevos de lepra depende de:

- a) la cobertura e intensidad de la detección activa de casos en diversos grupos de edades y en grupos seleccionados, como escolares.
- b) el grado o magnitud de la transmisión de la enfermedad que están en relación directa con la proporción de fuentes de infección (formas

multibacilares) que existen en la población sin diagnosticar y, por ende, sin tratamiento.

En países donde las cifras de lepra infantil son muy similares a las encontradas en adultos, indican o refleja una importante transmisión activa y una baja cobertura e intensidad de las acciones de control, principalmente de la detección y el tratamiento precoz, de especial trascendencia si se tiene en cuenta que el diagnóstico precoz y la poliquimioterapia, prácticamente, curan la enfermedad en el infante, previene las secuelas y la infecciosidad.¹⁵

En nuestra investigación, la incidencia de menores de 15 años no constituye un problema para la provincia ni para el país, pues los casos notificados representan cifras mínimas; durante el período estudiado se notificaron 8 casos con tasas que oscilaron desde 0.6 a 0.7, exceptuando el año 2002, que mostró 2 casos, con una tasa de 1.4.

Estos resultados concuerdan con estudios realizados en Matanzas y Villa Clara, que exhiben cifras mínimas en casos de menores de 15 años. Esto puede explicarse porque en Cuba el sistema de salud exige que todos los niños al nacer sean vacunados con BCG, vacuna que confiere cierta inmunidad celular que les permite defenderse contra la agresión bacilar en caso de ponerse en contacto con un enfermo de lepra bacteriológicamente positivo.^{16,17}

Al examinar el comportamiento bacteriológico en los casos nuevos por año (Tabla 5), encontramos el mayor número de casos positivos, en el año 2004 (75 %); en el resto de los años el estudio bacteriano resultó positivo en más del 50 % de los casos.

En nuestra investigación observamos que el mayor número de casos multibacilares fueron bacteriológicamente positivos al momento del diagnóstico, lo que coincide con la literatura revisada, que señala que las formas multibacilares muestran la presencia de muchos bacilos circulantes en la linfa. La cantidad de bacilos existentes originan la infiltración y las lesiones observadas en la lepra lepromatosa y dimorfa, así como las alteraciones neurales.

El estudio bacteriano es un indicador de mucha importancia, pues señala que la fuente de infección permanece activa, o sea, que aún se está transmitiendo la enfermedad. Se considera que el ser humano enfermo es la única fuente de infección; la enfermedad se transmite de la persona enferma bacilífera a

personas sanas susceptibles. La capacidad de infección de los casos multibacilares es de 4 a 11 veces mayor que la de los casos paucibacilares.^{11,12}

La principal fuente de infección la constituyen los casos multibacilares no tratados, que eliminan grandes cantidades de bacilos a través de las secreciones nasales. La eliminación por lesiones ulceradas es mucho menor y prácticamente nula por la piel no lesionada, dado que los bacilos se ubican por debajo de la epidermis. Pese a ser considerada una enfermedad exclusivamente humana, en los últimos años se han encontrado armadillos en los Estados Unidos de América y monos chimpancés en África con una enfermedad similar a la lepra, adquirida naturalmente.

A pesar de que el número de casos ha disminuido, aún en nuestra provincia la transmisión se mantiene y, por ende, deben seguir apareciendo enfermos con lepra.^{13,14}

CONCLUSIONES

1. La tasa de mayor incidencia correspondió al año 2002; los menores de 15 años no constituyen un problema de salud, al notificarse precozmente el mayor número de casos.
2. Los resultados bacteriológicos fueron positivos en el mayor número de pacientes, y se precisa más de un año para la negativización bacteriológica.
- 3- La poliquimioterapia, conjuntamente con la vigilancia epidemiológica y la estratificación, es el arma más poderosa para la lucha contra la lepra.

RECOMENDACIONES

- Mantener la vigilancia clínica y epidemiológica de lepra en municipios con tasas de la enfermedad superiores a 1 x 10 000 habitantes, para detectar precozmente casos clínicos, y contribuir así a la eliminación de la enfermedad como problema de salud.
- Continuar la capacitación sostenida al personal de salud, orientada al conocimiento de los procedimientos contenidos en el Programa Nacional de Prevención de la Lepra.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Saúl A. Lecciones de Dermatología. 10ªed. México: Méndez editores; 2001.
- 2- Steger JW, Barrett TL. Leprosy. En: Textbook of Military Medicine. New York: Office of the Surgeon General; 2004.
- 3- Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Ginebra: OMS; 1995.
- 4- Séptimo comité de experto de la OMS de lepra. Ginebra: OMS; 1997
- 5- Leprosy Elimination Monitoring (LEM). Guidelines for monitors. Ginebra : OMS; 2000.
- 6- Valdés L. Guía para el control del foco de un caso de lepra. Ginebra: OMS; 1995
- 7- Centro para el control de enfermedades. Hansen's disease (Leprosy). Technical information [monografía en Internet]. 2003[citado: 23 feb 2007]. Disponible en URL: http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/hansens_t.htm.
- 8- Molina Serpa I. El rol de la Geografía en los estudios de Salud [serie en Internet]. Bol IPK. 2004[citado: 23 feb 2007]; 09(33): 257. Disponible en: <http://www.ipk.sld.cu/bolepid/bol33-99.htm>
- 9- Íñiguez L, Barcellos C, Peiter P. Utilização de mapas no campo da Epidemiologia: Reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Inf Epidemiol. 2005;18(2):29.
- 10- World Health Organization. Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2005; 80(13):13-124.
- 11-Ricardo Dávila L. Fronteras confusas: impactos sociales de la migración [monografía en Internet]. [citado: 20 oct 2002]. Disponible en URL: <http://www.denison.edu/collaborations/istmo/n04/articulos/fronteras.html>
- 12- Osa JA. Hansen [monografía en Internet]. [citado: 20 oct 2002]. Disponible en URL: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/h/c18.html>
- 13- Eliminación de la lepra, Preguntas y Respuestas, WHO/CTD/LEP/93.7.
- 14- Hastings RC, Churchill L. La Lepra. 2ªed. Edimburgo: Winsley; 2003.
- 15- Administración de la atención primaria de salud: Una guía para personal de mando medio. Ginebra: OMS; 2005.
- 16- Programa Nacional de Control de la Lepra. Cuba 2003.
- 17.- Eliminación de la lepra, Preguntas y Respuestas, WHO/CTD/LEP/93.7.

18.-Benenson AS. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Washington: OPS; 2001.

GRAFICO 1. INCIDENCIA.

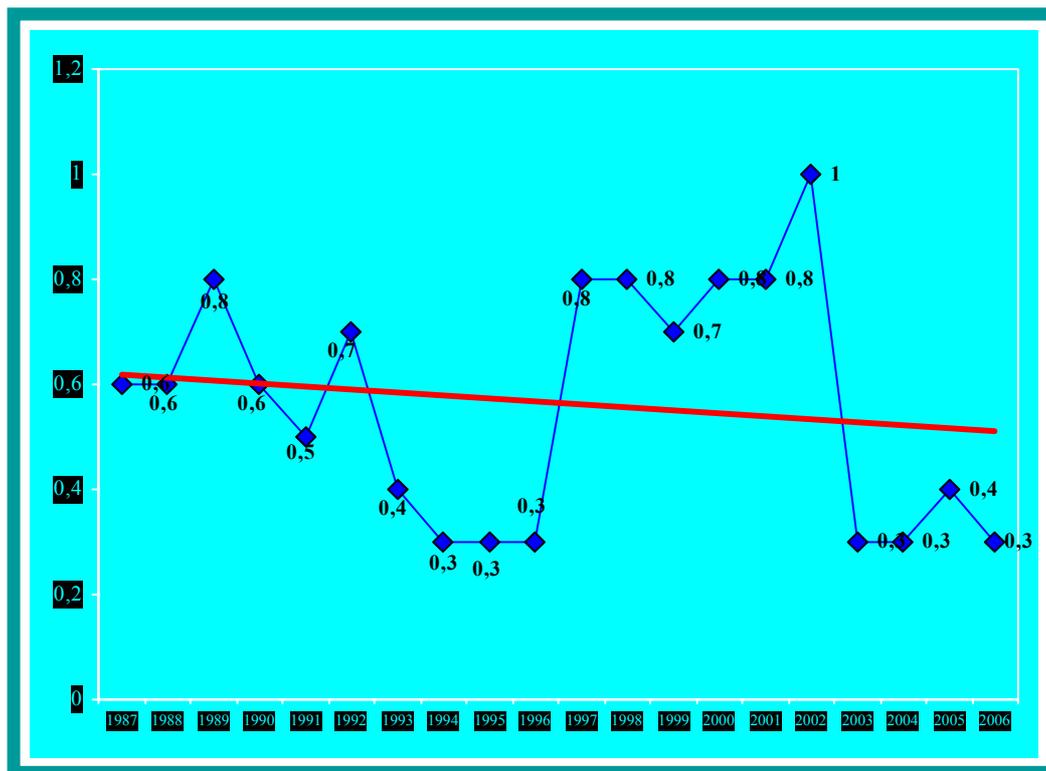


TABLA 1. PREVALENCIA Y TASA.

AÑOS	No.	TASA
1987	886	1.9
1988	876	1.8
1989	881	1.8
1990	867	1.8
1991	96	1.0
1992	114	1.2
1993	109	1.5
1994	79	1.2
1995	59	1.0
1996	58	0.8
1997	56	0.8
1998	43	0.8
1999	40	0.7
2000	44	0.8
2001	44	0.8
2002	56	1
2003	21	0.3
2004	20	0.3
2005	22	0.4
2006	14	0.3

GRAFICO 2. PREVALENCIA.

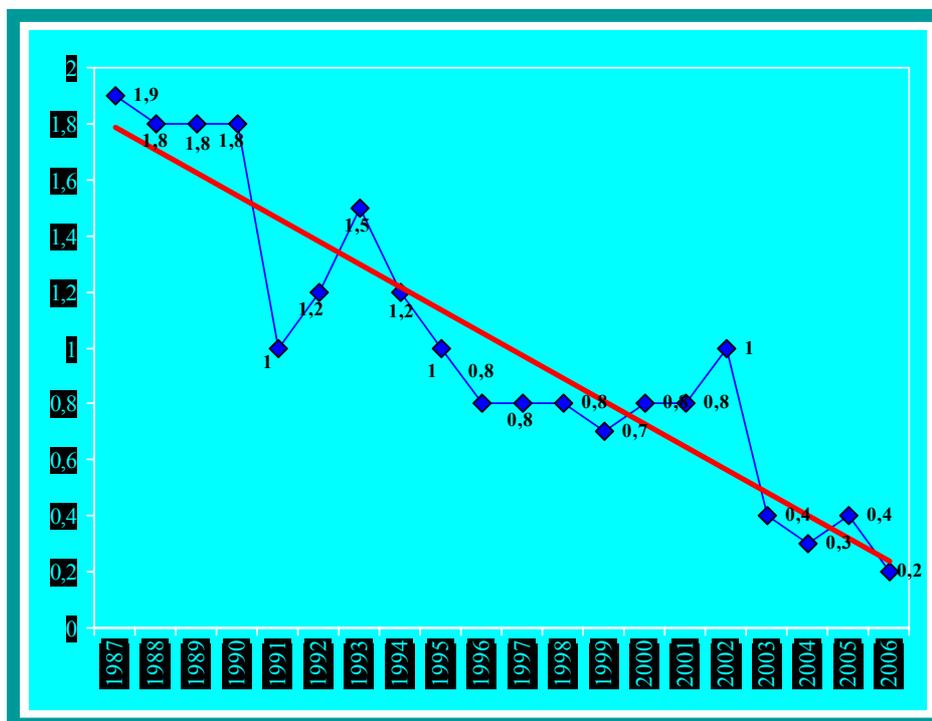


TABLA 2. EDAD Y FORMA CLINICA.

GRUPOS DE EDADES	MB	PB	PBLU	TOTAL
Menores de 15	6	2	-	8
15 y más	450	47	-	497
TOTAL	456	49	-	505

TABLA 3. CASOS DE MENORES DE 15 AÑOS.

AÑOS	No. CASOS	TASA
1987	1	0.7
1988	1	0.7
1989	-	-
1990	-	-
1991	-	-
1992	2	1.4
1993	-	-
1994	1	0.6
1995	-	-
1996	-	-
1997	-	-
1998	-	-
1999	-	-
2000	1	0.6
2001	1	0.6
2002	-	-
2003	-	-
2004	-	-
2005	1	0.6
2006	-	-

TABLA 4. INCIDENCIA Y COMPORTAMIENTO BACTERIOLOGICO.

AÑOS	No. CASOS	No. CASOS POSITVOS	%
1987	32	14	43.7
1988	32	17	53.1
1989	43	19	44.2
1990	31	13	41.9
1991	27	16	59.2
1992	35	20	57.1
1993	22	12	54,5
1994	16	11	68.7
1995	17	7	41.2
1996	16	10	62.5
1997	22	11	50.0
1998	19	11	58.0
1999	24	10	41.7
2000	33	10	30.3
2001	23	13	56.2
2002	34	21	61.8
2003	19	9	47,4
2004	20	15	75.0
2005	22	12	54.5
2006	18	9	50.0
TOTAL	505	260	51.4