

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento de la lepra en la provincia de Las Tunas, 2003-2012

Behavior of Leprosy in Las Tunas province, 2003-2012

Autores: Dra. Martha O. León Cabrales*, Dra. Ángela I. Leyva León**, Dr. Ricardo Ramírez Oquendo***, Dr. Vicente de Jesús Álvarez Yabor****, Dra. Isabel Escalona Pérez*****

* Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Las Tunas, Cuba.

** Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Asistente. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Las Tunas, Cuba.

*** Especialista de I Grado en Epidemiología. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Las Tunas, Cuba.

**** Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba.

***** Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Las Tunas, Cuba.

Correspondencia a:

Dra. Martha O. León Cabrales

Correo electrónico: martacabrales@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, para determinar algunas características epidemiológicas de la incidencia de la lepra, que es una enfermedad transmisible, tan antigua como el hombre mismo. El universo estuvo constituido por los 103 casos notificados con lepra en la provincia de Las Tunas, en el período de enero de 2003 a diciembre de 2012. La información se obtuvo por las encuestas epidemiológicas existentes en el Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud y en el Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Se creó una base de datos en Epiinfo versión 3.3.3, donde se tabularon los datos de las encuestas. El análisis de los resultados se expresó en números absolutos, tasas y porcentajes para su mejor interpretación, obteniéndose como resultado que la tasa de detección de casos tiene un comportamiento irregular, el año de mayor incidencia fue el 2009, con 20 casos. Se notificaron tres casos de lepra infantil; las formas paucibacilares representaron el 51,5%; el modo de detección más frecuente fue el espontáneo. Existe transmisión activa y todo ello puede ser reflejo de la ausencia de un trabajo consolidado en el programa de control de la enfermedad.

Palabras clave: LEPROA; CORTE TRANSVERSAL; INCIDENCIA; PAUCIBACILAR; MULTIBACILAR.

Descriptores: LEPROA/epidemiología; LEPROA MULTIBACILAR; LEPROA PAUCIBACILAR.

ABSTRACT

A descriptive, cross sectional study was carried out to determine some of the epidemiological characteristics of the incidence of leprosy, which is a transmissible disease, as old as humankind. The universe was made up of the 103 notified leprosy cases in Las Tunas province from January, 2003 to December, 2012. The information was obtained from the epidemiological surveys in the Statistic Department of the Provincial Direction of Health in Las Tunas, and in the Provincial Epidemiology and Microbiology Hygiene Center. A data base was created in Epiinfo version 3.3.3, where the information from the surveys was arranged in tables. The analysis of the results were expressed in absolute numbers, rates and percentages for its better interpretation, getting as results that the rate detection of the cases has an irregular behavior, and 2009 was the year with a greater incidence, with 20 cases. Three cases of infantile leprosy were notified; the paucibacillary forms represented the 51,5%; the most frequent way of detection was the spontaneous one.



There is active transmission of the disease, which can be because of lack of a consolidated work in the program for control of the disease.

Key words: LEPROSY; CROSS SECTIONAL; INCIDENCE; PAUCIBACILLARY; MULTIBACILLARY.

Descriptors: LEPROSY/epidemiology; LEPROSY, MULTIBACILLARY; LEPROSY, PAUCIBACILLARY.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad transmisible, tan arcaica como el hombre mismo, fue una de las primeras descritas en el mundo antiguo, por lo que los primeros médicos griegos y romanos se preguntaron si ésta era comunicable o hereditaria y durante muchos siglos se especuló sobre las dos teorías. (1)

Ha afligido a la humanidad desde tiempos inmemorables, afectando a todos los continentes. (2) Es una enfermedad infecciosa, transmitida de persona a persona a través de la convivencia con enfermos sin tratamiento, con un tiempo medio de incubación de dos a cinco años. Es producida por la bacteria *Micobacterium leprae* (Bacilo de Hansen) que afecta, principalmente, la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores, los ojos y, ocasionalmente, otros órganos y sistemas. (3-4) Al parecer, es traída a las Américas fundamentalmente por la trata de esclavos africanos procedentes de Guinea, Senegal, Nigeria y el Congo, donde existían grandes focos leprógenos; se señala que los españoles también participaron en su introducción en América, pero en menor medida. Se cree que las Antillas debió ser el primer asentamiento de la lepra en las Américas; (5) hay varias versiones sobre su desenvolvimiento en Cuba. La endemia leprosa se inicia en nuestro país en el siglo XVII, año 1616, en la Ciudad de la Habana, y en el oriente del país se detecta en el año 1692, en las ciudades de Santiago de Cuba y de Guantánamo. (6)

En nuestro país se ha desarrollado un programa nacional, orientado a prevenirla, diagnosticarla oportunamente y tratarla de forma adecuada. (4) Los programas de control de la lepra establecen, como una de sus prioridades, la detección y el tratamiento tempranos de los pacientes con formas clínicas aún leves, con la finalidad de disminuir sus incapacidades físicas. (7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó la ocurrencia en el año 2012 de 232 857 casos nuevos de lepra mundialmente; por regiones, 16 países reportaron más de 1000 casos: Bangladesh, China, Brasil, Costa de Marfil, R D Congo, Etiopia, India, Indonesia, Madagascar, Myanmar, Nepal, Nigeria, Filipinas, Sri Lanka, Sudan y Tanzania. En las Américas la mayor carga de la enfermedad ocurre en Brasil, donde se informaron 33 303 casos nuevos en 2012 y no se ha eliminado la lepra como problema de Salud. (8) En Cuba, y en esta provincia, la lepra se eliminó como problema de salud pública; en el año 2012 se detectaron en el país 258 casos nuevos, cuatro menos que en el año 2011 y una tasa

de 2,3 por 10⁵ habitantes. En la provincia de Las Tunas, en el decenio 1993-2002, se diagnosticaron 101 casos, con una media anual de diez casos. (9)

Esta investigación tiene como objetivo describir algunas características epidemiológicas de la incidencia de la lepra en la provincia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo universo estuvo constituido por la totalidad de los pacientes notificados con lepra (103 casos) en la provincia de Las Tunas, desde enero de 2003 hasta diciembre de 2012, según la clasificación de Madrid y la operacional o sanitaria: (4)

1. Clasificación de Madrid: lepra lepromatosa (LL); lepra dimorfa (LD); lepra indeterminada (LI); lepra tuberculoide (LT).

2. Clasificación operacional o sanitaria, de acuerdo al número de lesiones en los pacientes: enfermos de lepra paucibacilar de lesión única (una lesión cutánea); enfermos de lepra paucibacilar (dos a cinco lesiones cutáneas); enfermos de lepra multibacilar (más de cinco lesiones).

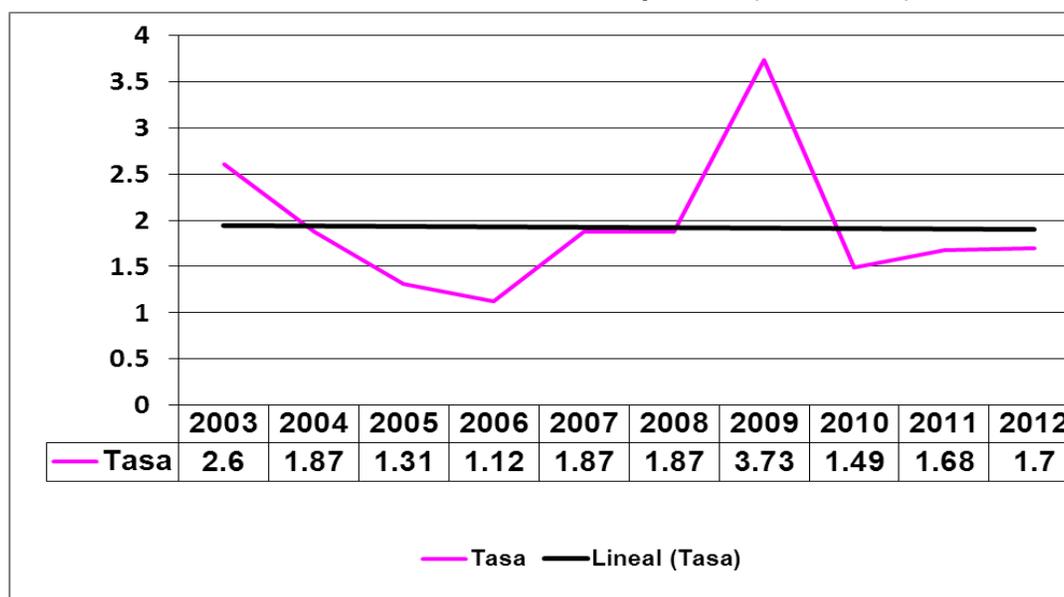
La información se obtuvo por las encuestas epidemiológicas, existentes en el Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud y en el Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Se creó una base de datos en Epiinfo versión 3.3.3, donde se tabularon los datos de las encuestas. En la operacionalización de las variables se tuvo en cuenta: la incidencia por años y por municipios, las formas clínicas, el sexo, los grupos de edades y el modo de detección. El análisis de los resultados se expresó en números absolutos, tasas y porcentajes para su mejor interpretación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la **tabla 1** se puede observar la incidencia de lepra en el decenio 2003-2012 por municipio y por años de notificación, con un total de 103 casos; el municipio que tuvo mayor porcentaje de notificación fue el de Las Tunas, con el 47,6%, seguido del de Amancio Rodríguez con el 28,2%. Ambos municipios notificaron casos en todos los años del estudio, esto puede estar relacionado con una mejor cobertura dermatológica y gestión epidemiológica en el programa de control de la enfermedad y con una transmisión activa de la misma, mientras que los municipios de Manatí, Jesús Menéndez, Majibacoa y Colombia notificaron caso sólo en dos años.

TABLA 1. Incidencia de lepra por municipios, Las Tunas, 2003 - 2012

Municipios	Años de estudio										Total de casos	%
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
Manatí							1			2	3	2,9
Puerto Padre					1	1	2		1	3	8	7,8
Jesús Menéndez			1						1		2	1,9
Majibacoa									1	3	4	3,9
Tunas	4	6	5	4	6	5	10	4	3	2	49	47,6
Jobabo	2	1			1	1					5	4,9
Colombia		2			1						3	2,9
Amancio	8	1	1	2	1	3	7	2	2	2	29	28,2
Provincia	14	10	7	6	10	10	20	8	9	9	103	100

GRÁFICO 1. Tasa de detección de nuevos casos por años, Las Tunas, 2003 - 2012

La tasa de detección de casos nuevos de lepra (**gráfico 1**) tiene un comportamiento irregular, con una mayor tasa de detección en el año 2003, con 2,6 por 10^5 habitantes y en el año 2009 se detectaron 20 casos nuevos, para tasa de 3,73 por 10^5 habitantes.

Al analizar la incidencia de la enfermedad según sus formas clínicas de presentación (**tabla 2**), se puede observar que existe un ligero predominio de las

formas paucibacilares, con 53 pacientes (29 LI y 24 LT), que representan el 51,5% con relación a las formas multibacilares, con 50 pacientes (27 LD y 23 LL), el 48,5%. Cuando la lepra se introduce en una comunidad y existe transmisión activa de la enfermedad, se eleva la detección de casos nuevos a expensas de las formas menos agresivas de la enfermedad (LI y LT). (10)

TABLA 2. Incidencia de lepra por formas clínicas, Las Tunas, 2003 - 2012

Año	LL	%	LD	%	LI	%	LT	%	TOTAL
2003	2	14,3	1	7,1	7	50,0	4	28,6	14
2004	0	0,0	1	10,0	6	60,0	3	30,0	10
2005	2	28,6	4	57,1	1	14,3	0	0,0	7
2006	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	6
2007	2	20,0	5	50,0	2	20,0	1	10,0	10
2008	2	20,0	3	30,0	3	30,0	2	20,0	10
2009	4	20,0	6	30,0	5	25,0	5	25,0	20
2010	1	12,5	2	25,0	3	37,5	2	25,0	8
2011	3	33,3	1	11,1	2	22,2	3	33,3	9
2012	4	44,4	1	11,1	0	0	4	44,4	9
Total	23	22,3	27	26,2	29	28,2	24	23,3	103

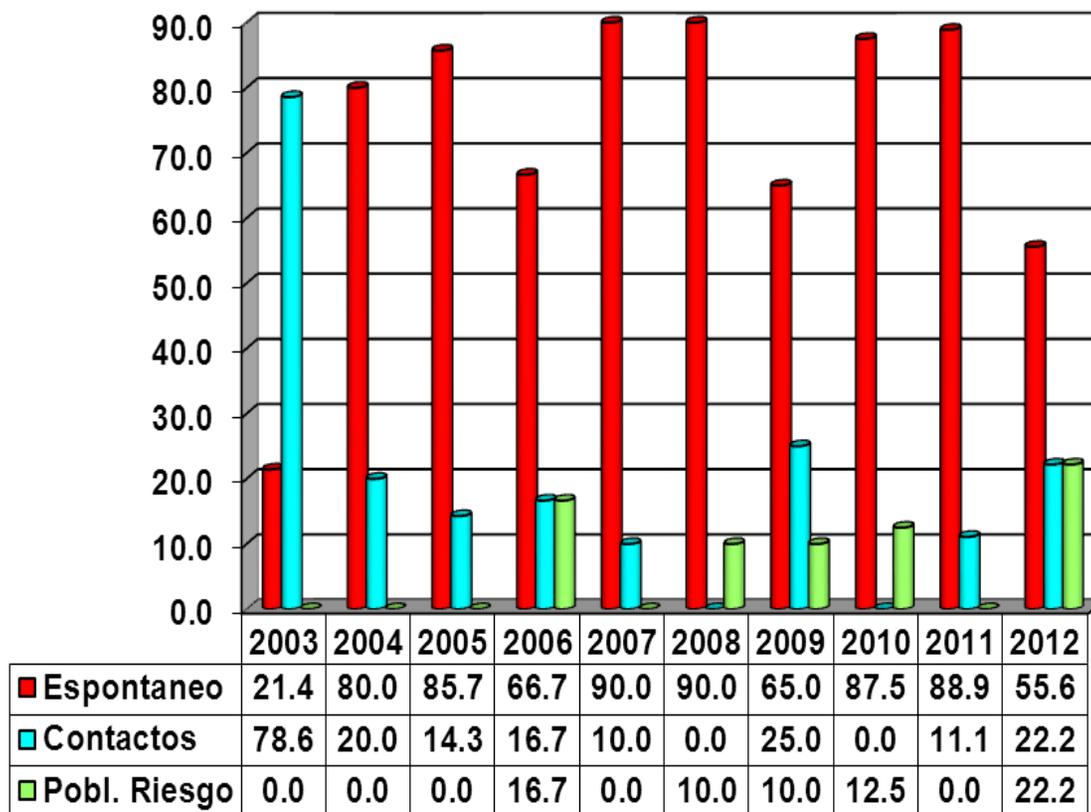
TABLA 3. Incidencia de lepra por sexo y edad, Las Tunas, 2003 - 2012

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No. de casos	%	No. de casos	%	No. de casos	%
Menos de 15	0	0,0	3	100,0	3	2,9
Entre 15-29	7	63,6	6	54,5	11	10,7
Entre 30-49	15	42,9	21	60,0	35	34,0
50 y más	27	50,0	27	50,0	54	52,4
Total	49	47,6	54	52,4	103	100,0

Cuando se analiza la distribución de la incidencia de la lepra por edad y sexo (**tabla 3**), se observa que el grupo de edad más afectado fue el de 50 años y más con 54 casos, para un 52,4% del total, lo que guarda relación con una mayor susceptibilidad, propio de un sistema inmunitario que declina y de un largo tiempo de contacto con la enfermedad. Se reportaron tres casos en menores de 15 años, que representaron el 2,9%. Los niños por definición deben haber sido infectados recientemente, lo que es un signo de transmisión activa de la enfermedad. Esto es un importante indicador epidemiológico. (11)

En relación al sexo, predominaron las mujeres, con el 52,4% (54), esto puede deberse a las propias características demográficas de la provincia, donde prevalece el sexo femenino. Algunos autores plantean que es más frecuente en el sexo masculino y otros, que pueden afectarse ambos sexos. (12,13)

La forma de detección de los casos nuevos de lepra (**gráfico 2**) que predominó fue la detección espontánea, en el 73,1% de los casos, además, en nueve de los diez años de estudio predominó esta forma, lo cual concuerda con otros autores que realizaron estudios en otras provincias del país, quedando demostrado que la forma de detección más frecuente fue la espontánea. Esto indica que hay deficiencias en el trabajo del programa de prevención y control, porque la detección espontánea puede ser la causa de un diagnóstico tardío de los casos nuevos. Hay que incrementar la localización de casos entre los contactos de los enfermos y en la población, definida previamente como en riesgo, manteniendo la vigilancia durante cinco años mediante el examen dermatoneurológico. (4, 14, 15, 16)

GRÁFICO 2. Proporción de casos nuevos de lepra según forma de detección, Las Tunas, 2003-2012**CONCLUSIONES**

En los municipios de Las Tunas y Amancio Rodríguez se mantiene la transmisión activa de la lepra. La tasa de detección de la enfermedad tiene un comportamiento irregular, existe un ligero predominio de las formas paucibacilares. Se notifican

casos que son menores de 15 años. La mayoría de los casos nuevos se diagnostican cuando el paciente acude de forma espontánea a los servicios de salud. No hay un trabajo consolidado en el programa de prevención y control de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OPS/OMS. El control de las enfermedades infecciosas en el hombre. Washington D.C: OPS; 2010.
2. Carrazana Hernández GB, Ferrá Torres TM, Pila Pérez R. Estudio de las incapacidades causadas por la lepra. Rev Leprol Fontilles. 1990; 17: 547-55
3. Fundación Alfredo Da Matta. Curso de Hanseniasis para dermatólogos y Centros Nacionales de Referencia. Manaus-Amazonas Brasil. Agosto 2013. Disponible en: <http://www.fuam.am.gov.br/evento.php?cod=25>.
4. Suárez Moreno, Odelaissy; Santín Peña, Manuel; Pesant Hernández, Olenia; Lobio Cárdenas, Zobeida; Alonso Gómez, María Elena; Abreu Daniel, Alfredo. Lepra. Normas técnicas para el control y tratamiento. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2008.
5. Manssur K, Díaz Almeida JG, Cortez Hernández M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
6. González Prendes MA. Historia de la Lepra en Cuba. La Habana: Publicaciones del Museo Histórico de las Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay"; 1963. p.39.
7. Cardona Castro N M, Bedoya Berrío G. Lepra: enfermedad milenaria y actual. Iatreia 2011; 24 (1): 51-64.

8. Organización Mundial de Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Enfermedades Infecciosas: Lepra. 2013. p. 83. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586spa.pdf>
9. García Polanco S, Ramírez Oquendo R. Lepra. [Artículo en línea] Edición especial del 2004. Disponible en: http://www.ltu.sld.cu/revista/articles/vol_24/
10. Hundeike M, Perusquia Ortiz MA, Bazukas Y. El futuro de la lepra: ilusiones y realidad. Dermatol Rev Mex. [revista en la Internet]. 2013; [citado 2014 Abr 05] 57: 491-495. Disponible en: http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/pdf/dermatologia/2013/nov-dic_2013/art_opinion_Futuro_lepra.pdf [consulta: enero 2014].
11. ILEP. Boletín técnico. La interpretación de los indicadores epidemiológicos en Lepra. Londres 2009. Web site: www.ilep.org.uk
12. Orozco González MI, Palú Orozco A, Batista Duharte A, Romero García I, Rodríguez Valdés A. Caracterización epidemiológica de familias con casos secundarios de lepra. [artículo en línea]. Medisan 2007; 11(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san07307.htm [consulta: enero 2014].
13. Oramas Fernández Diana Karina, Cruzata Rodríguez Larixa, Sotto Vargas Juan David, Poulot Limonta Santos. Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Abr 05]; 25(4): 77-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400008&lng=es.
14. Calviño-Vega Y, Escobar Pérez ME, Quevedo Leyva S, Rodríguez Rodríguez MN, Gutiérrez Mora M. Caracterización de la lepra en pacientes del municipio Holguín en el periodo 2005-2009. Correo Científico Médico [Internet]. 2013 [citado 2 Dic. 2011];1: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/viewfile/47/222>.
15. Reinaldo E. Gil Suárez; Rolando Ramirez Fernández; Manuel Santin Peña; Clovis Lombardi. Situación actual de la lepra en Cuba: será factible la interrupción de la transmisión. La Habana: MINSAP; 2008. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012>.