



Panorámica de la Lepra en Matanzas. 2010-2019

Autores:

Mora Alpizar, Dra. Maria del Carmen; MsC ⁽¹⁾

Alpizar Navarro, Dra. Jackeline; MsC ⁽²⁾

Guerra Castro, Dra. Myra Margarita; MsC⁽³⁾

Vega Rodriguez, Lisy MsC ⁽⁴⁾

¹ Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Departamento de Enfermedades Transmisibles, Matanzas. Cuba. mora.mtz@infomed.sld.cu

² Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Matanzas. Cuba, jackeline.mtz@infomed.sld.cu

³ Hospital Faustino Pérez, Profesor consultante Servicio Dermatología, Matanzas, Cuba

⁴ Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Matanzas. Cuba, vacuna.mtz@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: La lepra, una de las enfermedades más antiguas conocidas, eliminada como problema de salud pero que se diagnostica tardíamente y con algún grado de discapacidad.

Objetivos: Caracterizar la enfermedad en la provincia de Matanzas en los últimos 10 años.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal en el período de enero de 2010 a diciembre de 2019, incluimos variables demográficas, medidas de frecuencia e indicadores conocidos de la enfermedad establecidos en el programa de control, se estratificó el riesgo de lepra según nivel de endemia y se estimó la prevalencia oculta en el último año estudiado. El universo estudiado fue el total de pacientes notificados en el período.

Resultados: La mayor incidencia de casos fue en el año 2013 con 9 y la menor en 2016 con 1, predominó el sexo masculino, la lepra lepromatosa y la forma multibacilar, el 35,5% de los diagnósticos se realizó de forma tardía, apareció algún grado de discapacidad en el 27,1 % de los pacientes relacionado con un 31,2 % de aparición de estados reaccionales, Según la estratificación 11 municipios, 44 áreas de salud resultaron endémicas, 24 en silencio operacional, 7 no endémicas y 1 sin historia de transmisión, la prevalencia esperada fue de 12 pacientes con 7 casos como prevalencia oculta.

Conclusiones: Predomino el sexo masculino y la lepra lepromatosa multibacilar, los estados reaccionales relacionados con la aparición de discapacidad. Resultaron endémicos el 84,6 % de los municipios, se dejaron de diagnosticar 7 casos en los últimos 5 años.

Palabras clave: lepra lepromatosa, estratificación, prevalencia oculta.

I INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica de curso lento estigmatizante en lo social y que provoca discapacidades importantes que comprometen la calidad de vida de las personas que la padecen sobre todo si son diagnosticadas tardíamente.

Provocada por el *Micobacterium leprae* descubierto en 1873 por Hansen en Noruega, microorganismo intracelular obligado con afinidad por las células de Schawn y las del retículo endotelial. Afecta la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos. Afecta a personas de cualquier edad y de ambos sexos ⁽¹⁾.

En su epidemiología intervienen diferentes factores: Mecanismo de transmisión no bien definido, necesita de un contacto estrecho y prolongado, se plantea que la vía respiratoria tiene mayor fuerza también el contacto de piel no intacta. En general, la mayoría de las personas no desarrollan la enfermedad después de la exposición. El desarrollo de la enfermedad depende de una variedad de factores, incluyendo el estado inmunológico y las influencias genéticas ⁽²⁾.

Los primeros síntomas de la enfermedad pueden percibirse en la piel. Aparecen manchas (máculas) con disminución o pérdida de la sensibilidad, del vello y/o de la transpiración. Según la forma clínica pueden presentarse nódulos (lesiones tubérculo – nodulares llamadas lepromas) y engrosamiento de la piel (placas, infiltración) y/o nervios periféricos con dolor espontáneo o a la compresión. Se puede presentar una obstrucción nasal persistente, con o sin hemorragia nasal de causa no justificada. Además hormigueos (disestesias, parestesias) en pies y manos. A consideración del doctor Villalba, la gravedad de ésta endemia radica en la posibilidad de quedar con una secuela neuromuscular por afección de nervios periféricos, amputaciones y deformaciones. ⁽³⁾

Durante el año 2018 se diagnosticaron en el mundo 208619 casos nuevos de Lepra con una tasa de detección de 2.7×10^4 hab. Incrementan el número de casos las Américas, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental ⁽⁴⁾ 3 Países aportan el 95% de los casos nuevos India (1260 334), Brasil (28 660) e Indonesia (17 017).

En Cuba la lepra dejó de ser un problema de salud en 1993, lográndose a partir de entonces el propósito de la OMS de tener menos de 1 caso por 10000 hab (5) se diagnostican alrededor de 200 casos anualmente lo que la convierte en un país de endemicidad media.

Al cierre del año 2018 se notificaron 220 nuevos diagnósticos contra 190 en el 2017. Predominio de casos en las provincias Orientales: Granma, Santiago de Cuba, Ciego de Ávila, Camagüey y Guantánamo. La tasa de detección se mantiene en 1.7×10^4 hab. Incremento de los diagnósticos tardíos y de las discapacidades G-II. Se mantiene diagnóstico de lepra infantil lo que indica que se mantiene la transmisión activa de la enfermedad.

Aunque en la provincia de Matanzas la enfermedad no constituye un problema de salud de hecho es una provincia de baja endemicidad con diagnóstico entre 3 y 5 casos anuales, existen algunos problemas en el diagnóstico en cuanto a forma de detección, diagnóstico tardío y presencia de discapacidades lo que nos motiva a realizar este trabajo.

Con el objetivo de Caracterizar el comportamiento de la enfermedad en la provincia de Matanzas en los últimos 10 años, estratificar el riesgo de lepra por municipio, área de salud y CMF y estimar la prevalencia real de la enfermedad para el último año estudiado.

II.MÉTODO

Se realizó un **estudio**: observacional descriptivo de corte transversal en el periodo comprendido de enero de 2010 a diciembre de 2019. El universo lo constituyo la totalidad de pacientes notificados en el periodo: 48 pacientes.

I. Para dar salida al objetivo No 1: Se usaron variables demográficas, medidas de frecuencia e indicadores de la enfermedad establecidos en el programa de control.

II. **Para dar salida al objetivo No.2:** se identificaron los siguientes estratos teniendo en cuenta la incidencia de casos de lepra

Estrato 1: No de Policlínicos y CMF donde se han diagnosticado casos en los últimos 5 años.

Estrato 2: No de Policlínicos y CMF donde se han diagnosticado casos e/ 6-10 años.

Estrato 3: No de Policlínicos y CMF donde no se han diagnosticado casos en los últimos 10 años.

Estrato 4: No de Policlínicos y CMF donde nunca se han diagnosticado casos de Lepra.

Según el **NIVEL DE ENDEMIAS**

Área Endémica: Evidencia de trasmisión en los últimos 5 años. Evidencia de trasmisión entre 6-10 años.

Área No Endémica : No evidencia de trasmisión en los últimos 10 años.

Área sin Historia de Transmisión: Nunca se han detectado casos.

III. **Para dar salida al objetivo No 3:** Se utilizó un indicador conocido de prevalencia oculta recomendada por la OPS:

| Indicador/Año | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | TOTAL |
|--|------|------|------|------|------|-------|
| a) Casos Nuevos | | | | | | |
| b) Evaluados | | | | | | |
| c) Incapacitados Grado 1 y 2 | | | | | | |
| d) Porcentaje de incapacitados (c / b) x 100 | | | | | | |
| e) Estimado de casos no detectados (d x a) / 100 | | | | | | |

Prevalencia real estimada=Prevalencia conocida + Prevalencia oculta

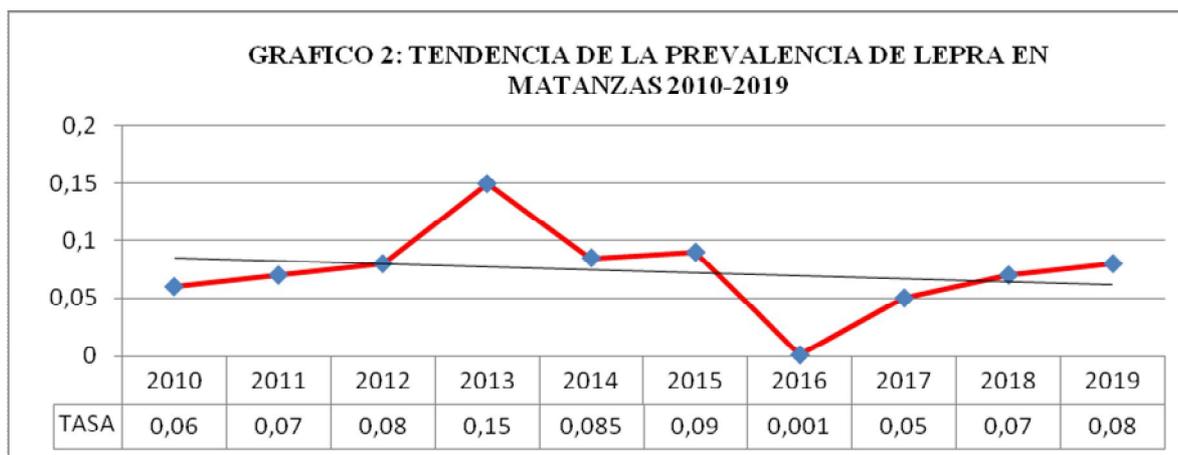
Se usaron tablas y gráficos para una mejor comprensión

III. RESULTADOS



Fuente: Historias Clínicas Comisión Provincial de Lepra

Se detectan anualmente como promedio 5 casos anuales teniendo en el periodo 2 años aberrantes, en 2013 9 casos y en 2016 solo un caso correspondiendo esta última etapa al comienzo de la etapa intensiva contra el aedes aegypti por incremento de casos de arbovirosis. La tasa de detección se mantiene en $0,69 \times 10^4$ hab por debajo de la tasa nacional ($1,7 \times 10^4$ hab.)



Tasa x 10 000 hab.

Fuente: Tarjetas de EDO e HC Consulta Prov. De Lepra

Se observa una ligera tendencia al descenso. Aunque la provincia de Matanzas tiene la característica de contar con gran cantidad de población flotante debido a que resulta atractiva por trabajo principalmente los municipios Cárdenas y Matanzas, personas provenientes de las Provincias Orientales y Villa Clara que aportan casos a la prevalencia.

TABLA 1: Grupo de edades según formas clínicas y sexo. Matanzas. 2010-2019

| GRUPO DE EDADES | FORMAS CLINICAS Y SEXO | | | | TOTAL |
|-----------------|------------------------|-----------|--------------|-----------|-------|
| | PAUCIBACILAR | | MULTIBACILAR | | |
| | FEMENINO | MASCULINO | FEMENINO | MASCULINO | |
| ENOR DE 15 AÑOS | | | | 1 | 1 |
| DE 16-24 AÑOS | | | | | 0 |
| 25-34 AÑOS | | | 2 | 2 | 4 |
| 35-44 AÑOS | | 1 | 4 | 1 | 6 |
| 45-54 AÑOS | 2 | 2 | 2 | 5 | 11 |
| 55-64 AÑOS | 2 | | 3 | 6 | 11 |
| 65-74 AÑOS | 1 | | | 7 | 8 |
| 75-84 AÑOS | | | 2 | 3 | 5 |
| 85 Y MAS | | | | 2 | 2 |
| TOTAL | 5 | 3 | 13 | 27 | 48 |

Fuente: Historias Clínicas Comisión Provincial de Lepra

Predomina la cuarta década de la vida con 12 casos para un 22,9% y el sexo masculino con 30 casos para un 62,5%. La forma paucibacilar fue más frecuente en el sexo femenino y para ambos sexos la forma multibacilar en el 83,3% de los casos comportamiento similar al presentado en nuestro país y tendencia mundial ⁽⁷⁾. Se notificó un caso en un menor de 15 años lo que traduce transmisión activa de la enfermedad.

TABLA 2: Clasificación de los casos de Lepra según OMS y Madrid. Matanzas 2010-2019

| CLASIFICACION OPERACIONAL OMS | CLASIFICACION MADRID | | | |
|-------------------------------|----------------------|---------------|---------|-------------|
| | TUBERCULOIDE | INDETERMINADA | DIMORFA | LEPROMATOSA |
| PB LESION UNICA | 2 | | | |
| PAUCIBACILAR | 4 | 2 | | |
| MULTIBACILAR | 2 | 5 | 12 | 21 |
| TOTAL | 8 | 7 | 12 | 21 |

Predomino la forma multibacilar y la forma Lepromatosa según clasificación de Madrid con 21 casos notificados (43,7%)



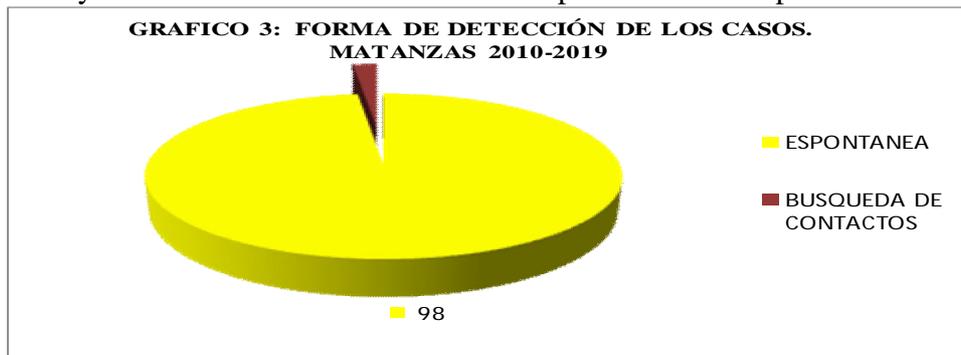
Fuente: Comisión Provincial de Lepra. Matanzas

Los casos se notifican precozmente en un 64,5% (31 casos). Ha ido disminuyendo la notificación tardía de los casos (35,5%) pero aun no se logra el propósito del Programa que es diagnosticar de forma precoz al 90% de los casos.

TABLA 3: Presencia de Discapacidad y Estados reaccionales. Matanzas 2010-2019

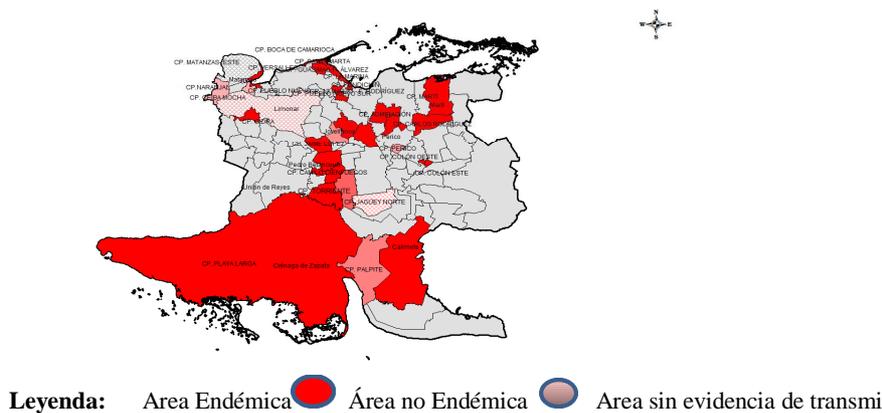
| PRESENCIA DE DISCAPACIDAD | ESTADOS REACCIONALES | | | | TOTAL | % |
|---------------------------|----------------------|--------------|--------|----------|-------|------|
| | NINGUNO | AL MENOS UNO | DE 2-5 | MAS DE 5 | | |
| GRADO 0 | 33 | 2 | | | 35 | 72,9 |
| GRADO I | | 2 | 2 | 1 | 5 | 10,4 |
| GRADO II | | 2 | 4 | 2 | 8 | 16,7 |

El 27,1 % de los casos presento algún grado de discapacidad (13 casos), de ellos el 16,7% presento discapacidad Grado II. Aun no se logra el propósito del Programa de Discapacidad Grado 0: 93%, GI-5% y GII-2%. La Discapacidad más frecuentemente encontrada en el Grado II fue el mal perforante plantar y en el GI las oculares. Asociado a presencia de algún evento de estado reaccional en el 31,2% de los casos (15casos). Fueron más frecuentes los estados reaccionales durante el tratamiento y la reacción de reversión de Tipo I. Según Agenda 2020 el 50% de los casos puede presentar algún estado reaccional y su aparición y no tratamiento se relaciona con la aparición de discapacidades



El 98% de los casos se detectó de modo espontaneo, lo que representa un fallo dentro del cumplimiento de las acciones del programa y las metas trazadas para el 2030, incluso cuando el 10,4% de los mismos tenia fuente de infección conocida. Solo uno se detectó en la pesquisa de contactos dentro de las acciones de control de foco.

GRAFICO 5: Estratificación de Riesgo de Lepra: Matanzas 2010-2019



Al concluir la Estratificación de Riesgo de Lepra quedaron como Endémicas: 11 Municipios (84,6%), 21 áreas de salud, 44 CMF de ellos 22 endémicas con evidencia de transmisión en los últimos 5 años y 24 en silencio operacional, 7 áreas de salud no endémica y 1 área de salud sin historia de transmisión: Los Arabos (Juan Gualberto Gomez).

Tabla 4: Estimado de la Prevalencia Oculta. Diciembre 2019.

| Indicador/ Año | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
|---|------|------|------|------|------|-------|
| a) Casos Nuevos | 6 | 1 | 4 | 4 | 5 | |
| b) Evaluados | 6 | 1 | 4 | 4 | 5 | |
| c) Discapacitados Grado 1 y 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 1 | |
| d) Porcentaje de Discapacitados (c/b)% | 0,5 | 0 | 0,2 | 0,2 | 0 | |
| e) Estimado de casos no detectados (d x a)/100 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 7 |

Prevalencia Real Estimada=: $5 + 7 = 12$

La Prevalencia real estimada fue de 12 casos para el año 2019 con una prevalencia oculta calculada de 7 casos en los últimos 5 años, o sea que se dejaron de diagnosticar 7 casos en los últimos 5 años.

IV. CONCLUSIONES:

Predomino la lepra multibacilar y la forma lepromatosa en pacientes del sexo masculino y en la cuarta década de la vida. En cuanto a la oportunidad del diagnóstico fue más frecuente el diagnóstico precoz. Se presentó discapacidad en el 27,1% de los casos asociados a la presencia de estados reaccionales en el 31,2% de los casos siendo el mal perforante plantar la forma más frecuente de presentación. En la estratificación de riesgo el 84,6% de los municipios resultaron endémicos, 234 áreas de salud en silencio operacional, 7 áreas de salud no endémicas y 1 sin historia de transmisión. Quedaron sin diagnosticar 7 pacientes en los últimos 5 años.

REFERENCIAS

1. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de control de la lepra. La Habana: MINSAP; 2008:11/11/2008 18:00:42.
2. Rodríguez L, Lockwood D. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges and research gaps. Lancet Infect Dis 2001; 11: 464-470.
3. Global leprosy situation, 2010. Wkly Epidemiol Rec 2010; 85:337. Moschella SL. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. J Am Acad Dermatol 2004; 51:417.
4. Almonacid Anabella. Prevalencia de Lepra en el Siglo XXI disponible en: <http://www.deperu.com/calendario/84/dia-mundial-de-la-lepra-dia-de-la-enfermedad-del-hansen>. Revisado:
5. Harrison A. Principios de Medicina Interna. Disponible en: <http://www.harrisonmedicina.com/content.asp> Consultado, 19 de marzo de 2007

6. OMS. Reporte de las discusiones técnicas de la XXI Asamblea General. La vigilancia de las enfermedades transmisibles. *Cron OMS*, 2000;22: 10. 10
7. WHO. Global leprosy strategy 2016–2020; accelerating towards a leprosy-free world. Geneva: World Health Organization; 2016 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225096_en.pdf?sequence=14&isAllowed=y, accessed August 2019).
8. OMS. Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. WHO/Lep. 1995; 95(1).
9. Lepra/Enfermedad de Hansen: Manejo de reacciones y prevención de discapacidades. Orientación técnica – 2020 disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy#cms>. Revisado 11 enero 2022
10. Lepra/Enfermedad de Hansen: Seguimiento de contactos y profilaxis posterior a la exposición. Orientación técnica – 2020 disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy#cms> Revisado 11 enero 2022
11. WHO. Expert Committee. Seventh Report. Geneva: WHO; 1998:23. 13. Gómez JR, Moll F. Lepra: enfermedad olvidada. Situación actual y trabajo en el terreno. *Enf Emerg*. 2005;7(2):110-9.
12. Global leprosy strategy 2016–2020; accelerating towards a leprosy-free world. Geneva: World Health Organization; 2016 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225096_en.pdf?sequence=14&isAllowed=y, accessed August 2019).
13. Pérez Betancourt YG, González Polanco L, Morales Pérez R, Torres Vega Y. Estratificación de territorios basada en indicadores de salud sobre el Sistema de Información Geográfica QGIS. *Rev Cubana Cienc Informat*. 2016; 10(Especial):163-75.
14. Colectivo de autores. Estratificación del Riesgo una herramienta para responder mejor a las necesidades de salud de las personas y de la población. Formación personal clínico. [Internet]. [s/l]: Osakidetza; 2015. [citado 26/5/2019]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/estratificacion_del_riesgo.pdf