

Comportamiento Clínico-Epidemiológico de la Lepra en el departamento de Cochabamba durante la década 2000-2010

Clinical - Epidemiological pattern of Leprosy in the department of Cochabamba during the decade 2000-2010

Ximena Maita García¹, Lilibeth Mejía Loma¹, Lizet Carolina Maraño Mendoza¹, Silvia Luiza-ga Panozo¹, Dra. Ana Santander López²

¹Estudiante de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

²MPH – MSc. Epidemiología. MSc. Educación Superior.

Correspondencia a:

Ximena Maita García
ximex_100@hotmail.com

RESUMEN

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica que afecta la piel y los nervios periféricos.

El objetivo es conocer el comportamiento clínico-epidemiológico de la lepra, para lo cual se realizó un estudio longitudinal retrospectivo en el Departamento de Cochabamba durante la década del 2000 al 2010 representado por 54 casos.

La fuente de obtención de datos es a través de la ficha clínica epidemiológica de los pacientes, se usó el programa de Microsoft Excel para el procesamiento de datos y el paquete estadístico SPSS 19, como medida de resumen se empleó el porcentaje.

El año 2009 constituye el de mayor incidencia con 5.50 casos $\times 10^6$; el grupo etáreo más afectado es el de 57 a 66 años, el sexo masculino fue el más afectado con 61 %, 20,37% corresponde al interior. En 16.7% se identifica como lugar de probable contagio a la provincia de Carrasco, la Lepra Lepromatosa es la forma clínica más frecuente con 59%, el examen bacteriológico fue positivo en 63% (24 casos); el 79.6% (43 casos) son casos índices con respecto al foco y en relación a los primeros síntomas se encontró que el 20.4% presentaron nódulos. Concluimos que las tasas de incidencia más altas se ha dado en el año 2009, más de la mitad de los pacientes fueron clasificados como lepra lepromatosa, con baciloscopia positiva y la mayoría se consideran como caso índice en relación al foco de infección.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease that affects the skin and peripheral nerves.

The Objectives to evaluate the clinical and epidemiological behavior of leprosy for which we performed a retrospective longitudinal study in the Department of Cochabamba during the decade from 2000 to 2010 represented by 54 cases.

The source of data collection is through epidemiological clinical records of patients, we used the program Microsoft Excel for data processing and SPSS 19, as a summary measure we used percentage.

The year 2009 shows the highest incidence with 5.50×10^6 ; the most affected age group is 57 to 66 years, male sex was the most affected with 61%, 20.37%. In 16.7% of the cases, Carrasco province is identified as a probable contagion place. Lepromatous leprosy is the most common clinical form with 59%; bacteriological examination was positive in 24 cases, 63%, 79.6% (43 cases) are index cases with respect to the focus and in relation to the first symptoms we found that 20.4% had nodules.

We conclude that the highest incidence rates has occurred in the year 2009, more than half of the patients were classified as lepromatous leprosy untha positive-smear and most are considered as the index case in relation to the source of infection.

Palabras claves: Lepra, Lepra lepromatosa, Epidemiología, *Mycobacterium leprae*

Keywords: Leprosy, Lepromatous leprosy, Epidemiology, *Mycobacterium leprae*.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación:
04 de junio de 2012
Aceptado para publicación:
26 de agosto de 2012

Citar como:
Rev Cient Cienc Med
2012;15(1): 6-10

INTRODUCCIÓN

La lepra es causada por el bacilo ácido alcohol resistente: *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen, se define como una enfermedad infecciosa, crónica, no hereditaria, curable y controlable que infecta a la piel y los nervios periféricos y que produce de-

formidades incapacitantes¹. *M. Leprae* se halla, en su mayor parte, en la piel, pero la lepra probablemente se transmite de persona a persona por aerosoles de las lesiones del tracto respiratorio superior². El nombre lepra en lugar de enfermedad de Hansen o hanseniasis se mantiene en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Sa-

lud/World Health Organization (OMS/WHO)³. La WHO en 1991 consideró en sus planes, que la lepra debía ser eliminada como un problema de salud pública en el año 2000, a pesar de su baja contagiosidad, la lepra sigue siendo endémica en una población estimada de 10 a 15 millones de personas que viven en países tropicales pobres².

A nivel mundial, la prevalencia notificada de lepra ha descendido en más de un 90% desde 1985 y se ha logrado curar a más de 15 millones de enfermos⁴, la tasa de prevalencia en la Región de las Américas a la fecha nos indica que a nivel regional, la lepra ha sido eliminada, por lo que se debe seguir realizando esfuerzos para consolidar la eliminación y llegar a la interrupción de la enfermedad, ya que ella contribuye a la perpetuación de la pobreza en las áreas donde la población discapacitada continúa siendo una carga económica y social⁶, esta enfermedad tiene una tasa de mortalidad baja, pero causa pérdidas cuantiosas de años de vida sana⁴.

En la región de las Américas para el año 2009 el número de casos notificados fue de 40. 474. En 1994, Bolivia registró 1.029 casos de lepra, en el año 2009 se presentaron 141 casos⁴.

La Lepra en Bolivia se encuentra geográficamente distribuida en el área rural de las zonas tropicales y sub-tropicales de los departamentos de La Paz, Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca⁵, los primeros estudios e intervenciones sobre esta patología se realizaron desde la década del 70 a través de investigaciones nacionales⁵.

La lepra es considerada una enfermedad que se puede erradicar por lo que la notificación de los casos es esencial para garantizar que las labores de erradicación se dirijan a las zonas afectadas⁶.

El estudio del problema de la Lepra permitirá mantener y avanzar en la tendencia actual y en un futuro alcanzar la meta de eliminar esta enfermedad. Para eso nos hacemos la interrogante ¿Cuál será el comportamiento de clínico-epidemiológico de la lepra en el departamento de Cochabamba durante la década 2000-2010?

El objetivo general es conocer el comportamiento clínico-epidemiológico de la lepra en el departamento de Cochabamba durante la década 2000-2010.

Entre los objetivos específicos tenemos:

- Determinar la tasa de incidencia de la Lepra según años.
- Identificar el grupo etéreo y sexo más afectado por la enfermedad.
- Determinar el número de casos de lepra por lugar de procedencia.
- Identificar el lugar de probable contagio.
- Identificar la forma clínica más frecuente y el grado

de discapacidad al momento del diagnóstico.

- Determinar la gravedad en la morbilidad de Lepra según Índice bacteriológico:

* Determinar el número de casos de Lepra presentados según situación en relación al foco.

* Determinar la frecuencia de primeros síntomas en los casos estudiados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo para conocer el comportamiento clínico-epidemiológico de la Lepra en el departamento de Cochabamba durante la década del 2000 al 2010.

El universo de estudio estuvo representado por 54 casos de Lepra notificados durante este periodo.

Criterios de Inclusión

Fueron estudiados los casos de Lepra notificados al Servicio Departamental de Salud (SEDES) en el departamento de Cochabamba durante la década del 2000 al 2010.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los casos cuyas fichas clínico epidemiológicas no contaban con todos los datos necesarios para el estudio.

La fuente de obtención de datos es la Ficha clínica epidemiológica de Lepra de cada caso.

Abreviaturas utilizadas en este artículo:
SEDES= Servicio Departamental de Salud.
AVAD= Años de vida ajustados por discapacidad.

AÑOS	TOTAL	
	Nº	Tasas x 10 ⁶ Hab
2000	3	2.06
2001	6	4.12
2002	5	3.43
2003	5	3.43
2004	2	1.37
2005	6	4.12
2006	7	4.81
2007	7	4.81
2008	4	2.75
2009	8	5.50
2010	1	0.68

Tabla 1: Tasas de incidencia de la Lepra. Cochabamba. Década 2000 hasta el 2010
Fuente: Ficha clínica epidemiológica de Lepra. SEDES Cochabamba

El material proviene del Servicio Departamental de Salud del departamento de Cochabamba, se solicitó la información correspondiente al periodo de 10 años. Se encontraron 58 casos registrados, de los cuales 54 casos contaban con fichas epidemiológicas

que contenían los datos necesarios para el estudio. Los métodos utilizados fueron análisis – síntesis. Las variables usadas fueron tasa de incidencia, sexo, edad, procedencia, lugar de probable contagio, forma clínica, grado de discapacidad, índice de baciloscopia, situación en relación al foco y primeros síntomas.

Para el análisis de la información se utilizaron dos enfoques: el clínico que comprende el examen físico y las pruebas de laboratorio y el epidemiológico.

EDAD POR RANGOS	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Recuento	%	Recuento	%
7-16	2	4%	0	0%
17-26	3	6%	6	11%
27-36	2	4%	8	15%
37-46	1	2%	4	7%
47-56	5	9%	4	7%
57-66	6	11%	7	13%
67-77	2	4%	4	7%
Total	21	39%	33	61%

Tabla 2: Casos de Lepra según grupo etáreo y sexo. Cochabamba. Década 2000 hasta el 2010
Fuente: Ficha clínica epidemiológica de Lepra. SEDES Cochabamba

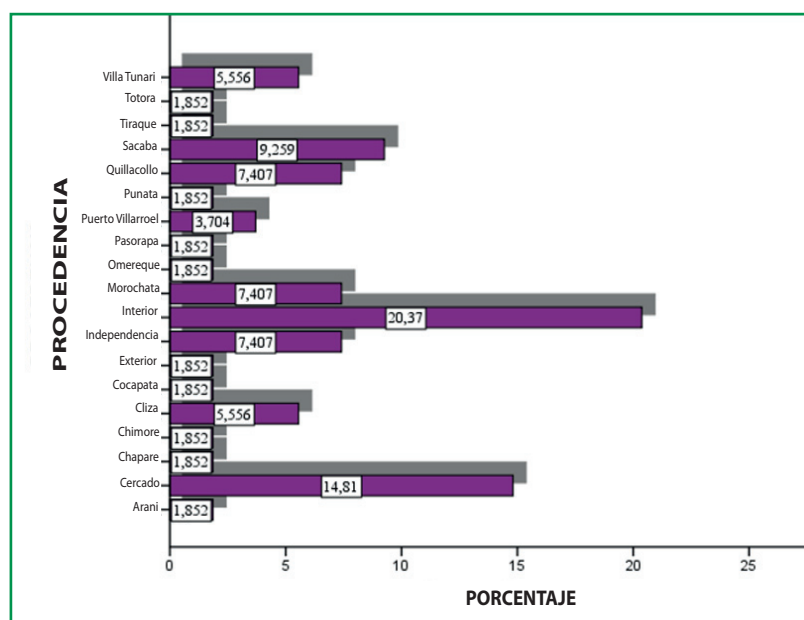


Gráfico 1: Casos de Lepra por lugar de procedencia. Cochabamba. Década 2000 hasta el 2010
Fuente: Ficha clínica epidemiológica de Lepra. SEDES Cochabamba

Como medida de resumen se empleó el porcentaje.

Se usó el programa de Microsoft Excel para el procesamiento de datos, el paquete estadístico SPSS 19 y se realizó la validación y revisión de la misma.

RESULTADOS

Se han notificado 54 casos de lepra en el departamento de Cochabamba durante el periodo comprendido entre el 2000 a 2010 (Tabla N° 1), el año 2009 presenta la mayor tasa de incidencia con 5.50 casos x 10⁶ habitantes.

Los grupos de edad más afectados fueron de 57 a 66 años con 22,41% (13 casos), el sexo masculino fue el más afectado, 61% (33 casos) (Tabla N° 2).

Los pacientes provienen de diferentes localidades del departamento y del interior, 20.37% (11 casos) corresponden al interior y los municipios de Cochabamba que presentan mayor número de casos son Cercado y Sacaba con 14.81% (8 casos) y 9.26% (5 casos) respectivamente (Grafica N°1).

En 16.7% (9 casos) se identifica como lugar de probable contagio a la provincia de Carrasco, 16.7% (9 casos) a Cercado, 14.8% (8 casos) a Chapare, en Cochabamba y 7.4% (4 casos) casos a la provincia de Andrés Ibáñez en Santa Cruz (Grafica N°2).

En cuanto a la forma clínica la forma Lepra Lepromatosa es la más frecuente con 59% (32 casos) seguido por la forma Lepra Tuberculoide con 28% (15 casos) (Tabla N° 3), el 50% de los pacientes no presentan ningún grado de discapacidad.

El examen bacteriológico fue positivo en 63% 24 casos, el índice de baciloscopia predominante fue Positivo (+) con 20.4% (11 casos).

El 79.6% (43 casos) son casos índices con respecto al foco, seguido por 11 casos con un 20,4% que son secundarios únicos. Con respecto a los primeros síntomas se encontró que el 20.4% (11 casos) presentaron nódulos y el 14.8% manchas (8 casos) (Gráfica N° 3).

DISCUSIÓN

Llama la atención la tasa de incidencia correspondiente al año 2009 elevado con respecto a años anteriores.

El mayor porcentaje corresponde a edades adultas y el sexo masculino fue el más afectado en coincidencia con Lastre⁷ y Ortega⁸ Oramas⁹, se encontró apenas 2 casos menores de 15 años a diferencia de estudios realizados en varios países^{8,10} que plantean que el pico de incidencia es en la infancia.

Los municipios de Cochabamba que presentan mayor número de casos son áreas subtropicales y

tropicales lo que coincide con Sanchez⁵, Cercado se sigue manteniendo con alto porcentaje desde hace 4 décadas, siendo superada por otros municipios del interior.

El riesgo de contagio por provincias es mayor en Carrasco, Cercado y Chapare en Cochabamba y en el interior del país la provincia de Andrés Ibáñez en Santa Cruz presenta el mayor porcentaje, cabe mencionar que en su mayoría se trata de aéreas extradomiciliarias.

La forma Lepra Lepromatosa es la más frecuente, dato que concuerda con la estadística nacional⁶ y otros autores internacionales⁷ en cambio Pérez¹¹ muestra un porcentaje mayor en la forma de Lepra Indeterminada, el 50% de los pacientes no presentan ningún grado de discapacidad, este resultado coincide con los datos revisados en la literatura.

El examen bacteriológico fue positivo en la mayoría de los casos de Lepra Lepromatosa como indica la literatura.

El mayor porcentaje son casos índices con respecto al foco lo que coincide con otros autores internacionales⁷⁻¹¹. Respecto a los primeros síntomas se encon-

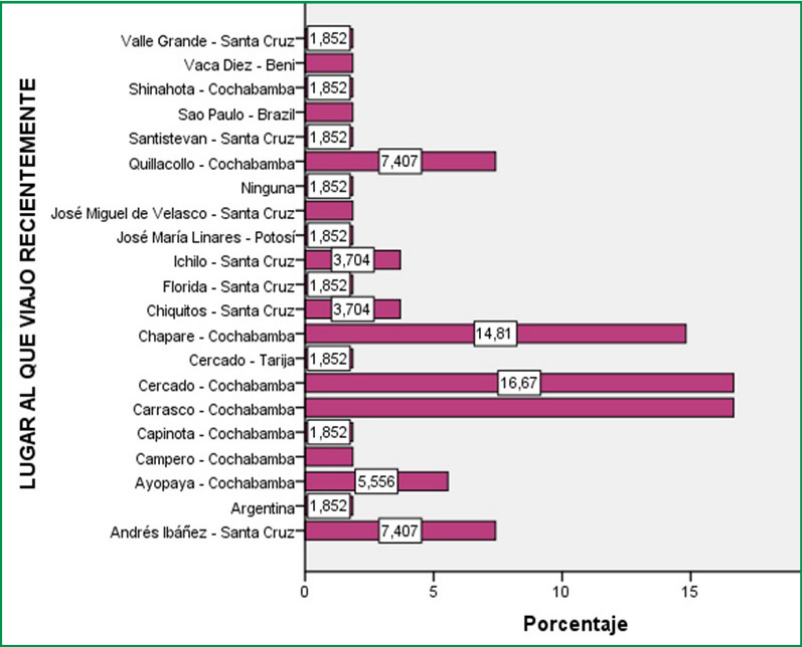


Gráfico 2: Casos de Lepra por lugar probable de contagio. Cochabamba. Década 2000 hasta el 2010
Fuente: Ficha clínica epidemiológica de Lepra. SEDES Cochabamba

GRADO DE DISCAPACIDAD	FORMA CLINICA											
	Bordenline		Lepra		Lepra		Lepra		Lepra		Total	
	Tuberculoide		Dimorfa		Indeterminada		Lepromatosa		Tuberculoide			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
0	0	0%	2	4%	3	6%	13	24%	9	17%	27	50%
I	1	2%	0	0%	1	2%	8	15%	1	2%	10	21%
II	0	0%	0	0%	0	0%	6	11%	5	9%	11	20%
III	0	0%	0	0%	0	0%	5	9%	0	0%	5	9%
Total	1	2%	2	4%	4	7%	32	59%	15	28%	54	100%

Tabla 3: Casos de lepra por forma clínica y grado de discapacidad. Cochabamba. Década 2000 hasta el 2010
Fuente: Ficha clínica epidemiológica de Lepra. SEDES Cochabamba

tró nódulos en mayor porcentaje, en cambio Pérez¹¹ indica manchas anestésicas.

Se concluye que el ampliar las investigaciones sobre la Lepra permitirá realizar comparaciones de modo concreto, por lo expuesto consideramos que solo el diagnóstico y tratamiento temprano podrá interrumpir su transmisión y se evitara la aparición de lesiones incapacitantes.

REFERENCIAS

1. Cardona NM. LEPRO En: Restrepo A, Robledo J, Leiderman E, Restrepo M, Botero D, Bedoya VI. **Enfermedades Infecciosas**. 6a ed. Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas, CIB; 2003: p. 506-11

2. McAdam AJ, Sharpe AH. Malattieinfective. En: Kumar V, Abbas AK,Fausto N. En: **Robbins and Cotran pathologic basis of disease**. 8ª ed. En Saunders (Elsevier) 2010 p. 391-392

3. Moncada A, Sanchez L, Alvarez-Falconí PP, Matos E. **Enfermedad de hansen (lepra) en un paciente de la amazonía peruana: reflexiones sobre la transmisión**. *RevAcadPeru Salud* 18(1), 2011: 37-42

4. OMS. **Estadísticas Sanitarias Mundiales**. 2011

5. Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social - Dirección General de Epidemiología. Sanchez A. **ANUARIO EPIDEMIO-LÓGICO** 2000: Lepra p 137.

6. OPS/OMS. **Situación de la lepra en la Región de las Américas**. 2005

7. Lastre PJ, Dr. Del Toro L, GonzálezA. **Comportamiento de la enfermedad de Hansen**. *Gaceta Médica Espirituana* 2003; 5(2)

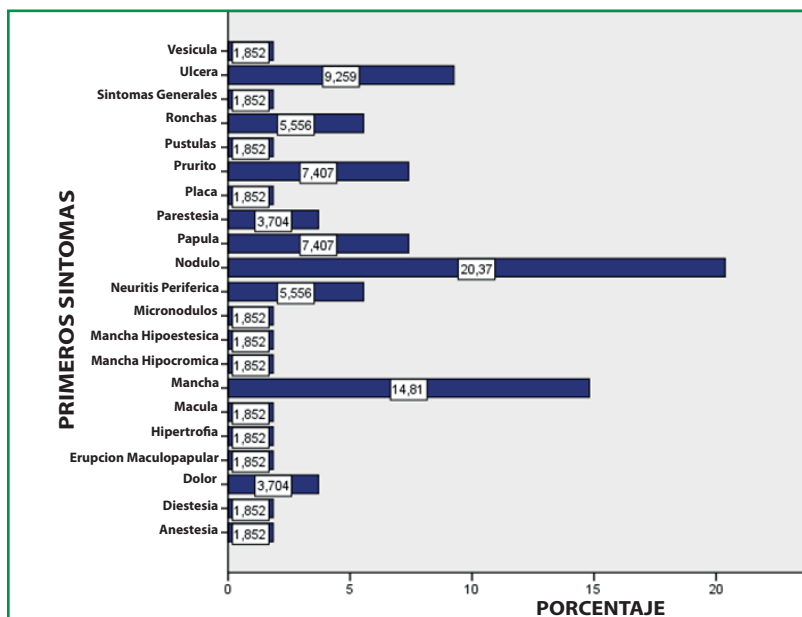


Gráfico 3: Morbilidad de Lepra según primeros síntomas. Cochabamba. Década 2000 hasta el 2010
Fuente: Ficha clínica epidemiológica de Lepra. SEDES Cochabamba

8. Ortega González LM. Lepra. En: **Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Ciencias Médicas;** 2001. p. 430-4.

9. Oramas DK, Cruzata L, Sotto JD, Poulot S. **Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa.** *Rev Cubana Med Gen Integr* 2009; 25(4): 77-85

10. Rojas I. **Geografía de la lepra en Cuba. Proyecto conjunto con la UCU de Venezuela.** En prensa. 2004. p.1-8.

11. Pérez JD, Gutierrez N, Alejandrina Z, Bernall E, Hechavarría MM. **Comportamiento clínico-epidemiológico de la Lepra en el municipio Morón durante el quinquenio 2004-2008.** *Medi-Ciego* 2009; 15(2).

FE DE ERRATAS

Portada. Revista Ciencia Médica 2011, volumen 14. Número 1. En la portada usted leyó: Trastornos Psiquiátricos inducidos por medicamentos.

Portada. Revista Ciencia Médica 2011, volumen 14. Número 1. En la portada usted debió haber leído: Trastornos Psiquiátricos inducidos por medicamentos.

HIGROMA QUÍSTICO

Revista Científica Ciencia Médica 2011, El volumen 14. Número 2. Bajo el título Higroma Quístico (Página 46) se produjo una falta ética por parte de los autores Adrián Da Silva De Abreu, Wladimir Moreira, Oscar Cabrera Marante. Hacia la Dra. Belkis Johana Menoni Blanco denominada autoría incompleta el cual refiere la exclusión de un investigador en la nómina de autores a pesar de haber hecho contribuciones importantes en todo el estudio, (concepto de la falta ética en el ABC de la redacción y publicación Médica-Científica). Por lo consiguiente la Doctora presentó pruebas que determinan su derecho de autor (para mayor información sobre derecho de autoría puede verificarse en nuestras normas de publicación de la Revista Científica Ciencia Médica o Manual Práctico del Escrito Médico, que en resumen denota la participación activa de la persona en el trabajo de investigación), para lo cual la revista no es responsable ante esta omisión teniendo el respaldo de la carta de autoría enviada por los investigadores, debido a que esta falta es por parte de los autores se procederá a la introducción en nuestra base de datos: “FALTAS ETICAS” los nombres de los autores para prevenir futuras publicaciones que denoten estos errores. .

Condiloma acuminado. Revista Ciencia Médica 2011, volumen 14. Número 1:45. En el tercer párrafo usted leyó: Es considerada una enfermedad de transmisión sexual esta enfermedad se presenta con más frecuencia en los adultos jóvenes de entre los quince y los treinta años de edad....

Condiloma acuminado. Revista Ciencia Médica 2011, volumen 14. Número 1:45. En el tercer párrafo usted debió haber leído: Es considerada una enfermedad de transmisión sexual, se presenta con más frecuencia en adultos jóvenes, entre los quince y treinta años de edad....