

INCIDENCIA DE LEPRO EN EL MUNICIPIO SANTA CRUZ DEL SUR, CUBA. TREINTA AÑOS DE ESTUDIO

Rosa María Espino Delgado¹, Idania Cristina Curra Buitrago², Inalvys Olazábal Bárcaga³, Mariem Villafaña Carmenates⁴, Lidia Ester Méndez Villafaña⁵

¹Departamento de Atención Primaria de Salud. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

²Departamento de Dermatología. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

³Departamento de Psicología. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

⁴Departamento de Enfermería. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

⁵Departamento de Psicología. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

(Recibido el 15/02/2022; Aceptado para su publicación: 11/03/2022)

RESUMEN

Introducción: Se realizó un estudio descriptivo con el propósito de determinar la incidencia de la lepra en el municipio Santa Cruz del Sur en un período de 30 años. El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes notificados de lepra en esta etapa.

Métodos: Como fuente de información se utilizaron las historias clínicas de la consulta municipal de Dermatología y los informes anuales del Departamento Municipal de Estadísticas a partir de los cuales se obtuvieron los datos referentes a la incidencia, edad, sexo, color de piel, zona de residencia, formas clínicas, presencia de discapacidad y episodios reaccionales, e influencia psicosocial en la evolución de la enfermedad. Los datos se procesaron utilizando estadísticas descriptivas, distribución de frecuencia y tasas.

Resultados: Fueron notificados 76 pacientes con predominio del sexo masculino, mayores de 45 años, piel blanca y zona de residencia urbana. La forma clínica preponderante fue la lepra dimorfa. Un escaso número de pacientes fue diagnosticado con discapacidad y dentro de los episodios reaccionales predominó el eritema nudoso leproso. El estrés laboral y psicológico influyó de manera significativa en la evolución tórpida de la enfermedad.

Conclusiones: La tasa de incidencia permaneció estable.

PALABRAS CLAVE: Lepra, enfermedad de Hansen, incidencia

SUMMARY

Introduction: A descriptive study was carried out with the purpose of determining the incidence of leprosy in the Santa Cruz del Sur municipality in a period of thirty years. The study universe consisted of all the patients notified of leprosy at this stage.

Methods: As a source of information, the clinical records of the municipal Dermatology consultation and the annual reports of the Municipal Department of Statistics were used, from which the data referring to incidence, age, sex, skin color, area of residence, clinical forms, presence of disability, reactional episodes and psychosocial impact on the evolution of the disease. The data were processed using descriptive statistics, frequency distribution and rates.

Results: 76 patients with a predominance of males, older than 45 years, white skin and an urban area of residence were notified. The predominant clinical form was dimorphic leprosy. A small number of patients were diagnosed with disability and within the reactional episodes, erythema nodosum leprosum predominated. Occupational and psychological stress significantly influenced the torpid evolution of the disease.

Conclusions: The incidence rate remained stable.

KEYWORDS: Leprosy, Hansen's disease, incidence

INTRODUCCIÓN

La lepra es una infección granulomatosa crónica del hombre, que afecta los tejidos superficiales, especialmente la piel y los nervios periféricos. El agente causal es *Mycobacterium leprae*. Su espectro clínico es amplio y refleja la eficacia de las diversas funciones de la inmunidad celular.¹

Aunque el índice de prevalencia de esta enfermedad ha disminuido a lo largo de los últimos 15 años, todavía sigue siendo una de las causas más frecuentes de neuropatía tratable en el mundo.

Es una enfermedad de desigual distribución mundial y representa un problema de salud de índole universal, según cálculos de la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia estimada a principios del presente siglo era de 2,4 millones de casos para una tasa de 5,0 x 10 000 habitantes en zonas rurales de regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden ser más decisivas que el mismo clima. La lepra existe actualmente en más de 100 países. La mayoría que eran anteriormente altamente endémicos han alcanzado el objetivo de eliminación; solo en Brasil, Nepal y Timor Oriental persisten tasas de incidencia por encima de 1 por 10 000 habitantes.^{2,3}

Al parecer fue traída a la América por la invasión colonizadora europea; hay varias versiones sobre su desenvolvimiento en Cuba; una de ellas la ubica diseminada inicialmente en el territorio camagüeyano; otros asentamientos importantes fueron reconocidos en la Habana, en Santiago de Cuba y en Guantánamo. En nuestro país la prevalencia de la lepra descendió grandemente desde 1962 y en 1993 se declaró eliminada como problema de salud pública al alcanzar <1/10 000 habitantes, pero la incidencia se mantiene alrededor de 250 casos/año.⁴

Desde el año 2013 hasta el 2019 la tasa de prevalencia en el país se ha mantenido de 0,2 por cada 10 000 habitantes.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2016 su estrategia mundial para la

lepra 2016-2020: “acelerar la acción hacia un mundo sin lepra”, destinada a fortalecer los esfuerzos por controlar la enfermedad que tiene por objeto su detección temprana y el tratamiento oportuno con el fin de evitar la discapacidad y disminuir la transmisión de la infección en la comunidad.²

Si bien la magnitud de esta afección es moderada y la morbilidad es baja, en comparación con la de otras enfermedades transmisibles, su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales permanentes y progresivas que produce, de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento regular y completo. Según la OMS, desde 1985 más de 14 millones de personas fueron tratadas y curadas en el mundo. De esta manera, el acceso a la información, el diagnóstico y el tratamiento multimedicamentoso, siguen siendo elementos estratégicos claves para eliminar la enfermedad como problema de salud pública.⁶

La lepra sigue apareciendo como una enfermedad endémica que, debido al potencial incapacitante, debe garantizar una atención especializada. El análisis del perfil epidemiológico se convierte en estrategia importante para el seguimiento de indicadores, evaluación y organización de los servicios, con el fin de orientar a los administradores y profesionales de la salud.⁷ El diagnóstico temprano y el tratamiento con Poliquimioterapia (PQT) continúan siendo la estrategia principal para reducir el peso de la lepra en el mundo. La prevención es uno de los objetivos principales de los programas de control que mide la oportunidad en el diagnóstico.^{8,9}

La enfermedad tiene un período de incubación muy prolongado que puede durar de tres a cinco años y llegar en algunos pacientes hasta 20 años, tiene además una característica: la alta afinidad que tiene el bacilo por los nervios periféricos y troncos nerviosos superficiales, lo que constituye la causa fundamental por la que la enfermedad posee carácter mutilante, y es la que provoca la aparición de las discapacidades. El tratamiento PQT establecido por la OMS y admitido por casi todos los países, se considera muy efectivo.¹⁰

Actualmente en el mundo viven entre uno y dos millones de personas con discapacidades permanentes a causa de esta patología. Éstas afectan, fundamentalmente, el sistema nervioso periférico en sus ramas más distales: los trastornos anestésicos, las parálisis motoras y los trastornos tróficos, provocan en ojos, manos y pies un sinnúmero de manifestaciones clínicas y discapacidades.¹⁰

El estrecho contacto intradomiciliario favorece la aparición de formas familiares de la enfermedad de Hansen, muy importante en la expresión epidemiológica de esta afección. Se hace necesario un trabajo continuo y sistemático de vigilancia para mantener las técnicas de diagnóstico, tratamiento, prevención de discapacidades de los pacientes y de los nuevos casos que continuarán apareciendo, con el objetivo de priorizar las actividades de control para detectar la prevalencia oculta.¹¹

La lepra en la provincia Camagüey durante el año 2019 alcanzó una tasa de incidencia de 3,0 y una prevalencia de 0,4 por 10 000 habitantes,⁵ siendo esta la tercera provincia del país en aportar el mayor número de pacientes, razón por la cual nos sentimos motivados a realizar la investigación.

Como objetivo general se propuso determinar la incidencia de la lepra en el municipio Santa

Cruz del Sur en un período de 30 años. Como objetivos específicos se formularon comprobar la incidencia de la Lepra según el número de casos notificados y la tasa x 100 000 habitantes; distribuir la muestra según variables demográficas como edad, sexo, color de piel y zona de residencia; determinar las formas clínicas de acuerdo a la clasificación de Madrid y la clasificación sanitaria; identificar la presencia de discapacidades; valorar el comportamiento de los casos según la ocurrencia de episodios reaccionales y evaluar la repercusión psicosocial en la evolución de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional para determinar la incidencia de Lepra en el municipio Santa Cruz del Sur en el período comprendido desde enero de 1990 hasta diciembre de 2020. El universo de estudio estuvo constituido por los 76 casos notificados de Lepra en este período.

Se utilizaron como fuentes de información las historias clínicas de la consulta municipal de Dermatología y los informes anuales del departamento municipal de estadísticas de Santa Cruz del Sur. Para facilitar la recogida de información se diseñó un formulario (Anexo 1) con las siguientes variables: fecha de notificación, edad, sexo, color de piel, zona de residencia, formas clínicas, presencia de discapacidades, ocurrencia de episodios reaccionales y entrevista psicosocial semiestructurada para evaluar la repercusión de esta esfera en los casos de evolución tórpida. La investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética de las Investigaciones del Policlínico Ernesto Che Guevara.

La incidencia se refiere al número de casos nuevos detectados por búsqueda activa en el período de estudio y se calculó la tasa por 100 000 habitantes. Los pacientes se agruparon según clasificación de Madrid y también se utilizó la clasificación sanitaria.

RESULTADOS

La tasa de incidencia durante este periodo ha permanecido estable, con un índice promedio de 0,4 x100 000 habitantes (Figura 1). La etapa con mayor notificación de casos fue de 2000-2005 y el índice de prevalencia se mantiene por debajo de la meta de eliminación de 1 x 10 000 durante todos estos años.

Actualmente la lepra es una enfermedad eminentemente tratable con excelentes resultados, sobre todo cuando el diagnóstico es precoz y el tratamiento adecuado. En Cuba existe un Programa para el Control de la Lepra desde 1962, el cual se mantiene vigente, aunque se ha actualizado la terapéutica de acuerdo con los resultados de estudios más recientes.

En relación con el sexo se constató un predominio del sexo masculino con un 57% (Figura 2). Se plantea que la relación hombre/mujer durante la infancia es 1:1, mientras que en los adultos es 2:1.¹

De acuerdo con los grupos de edades se comprobó que los más afectados fueron los de 45-59 años seguidos del grupo de 60 y más. La categoría de menores de 15 años mostró una inci-

dencia muy baja (Figura 3). La lepra se puede presentar a cualquier edad, aunque es muy rara en menores de un año. El pico de incidencia de esta entidad en la infancia en muchos países subdesarrollados se presenta en menores de 10 años (más del 20% de los casos).¹ En Cuba alrededor del 3 % de los casos que se diagnostican en el año son menores de 15 años. El Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez, en La Habana, funciona como Centro de Referencia Nacional para el diagnóstico de lepra infantil y recibe a niños remitidos por los dermatólogos de las áreas de Salud cuando estos sospechan la enfermedad.

En cuanto a la distribución según color de la piel se constató el predominio de la piel blanca con un 74% de los casos y muy baja incidencia de la raza negra con un 2%. En relación a la procedencia de los casos se comprobó el predominio del área de salud urbana con respecto a la rural con un 61,8% (Figuras 4 y 5).

Respecto a la distribución por formas clínicas según la Clasificación Sanitaria se confirmó que fueron más frecuentes las formas clínicas multibacilares (78,9%). Este hecho podría explicarse porque algunos autores plantean que una proporción creciente de los nuevos casos va asociada a un largo periodo de incubación.

Según la Clasificación de Madrid el mayor número de casos notificados correspondió a la forma clínica Lepra Dimorfa con 38 casos seguido de la Lepra Lepomatosa con 22 enfermos (Tabla 1). No se reportaron casos de Lepra Indeterminada, forma clínica de comienzo de la enfermedad, lo que demuestra que aún existen dificultades en la pesquisa activa y seguimiento de contactos de primer y segundo orden, así como extradomiciliarios y la población de riesgo.

En nuestra investigación la mayor parte de los pacientes no presentaron discapacidades. (Figura 6) Los episodios reaccionales aparecieron en 11 pacientes, lo que representa un 14% del total. De ellos el más frecuente fue el eritema nudoso leproso, que apareció con mayor incidencia en el sexo masculino (Tabla 2).

La evolución tórpida de la enfermedad se manifestó en un 10,5% de los casos, estando asociada a la repercusión psicosocial de esta entidad (Tabla 3). Los pacientes manifestaron rechazo social por la situación de contagio, se identificó discriminación en el ámbito laboral y comunitario, además de problemas asociados a la baja autoestima que manifiestan los enfermos donde los síntomas predominantes son las manifestaciones ansiosas depresivas, en algunos casos son más significativos los trastornos del sueño. Al inicio del diagnóstico desarrollan trastornos adaptativos dado el impacto personal y familiar que tiene la enfermedad. A nivel familiar se manejan conflictos intrafamiliares con repercusión en las relaciones interpersonales.

DISCUSIÓN

Según consideraciones de la OMS hemos asistido a un progreso considerable en el control de la lepra desde que la poliquimioterapia antileprosa se introdujo hace más de tres decenios. Un fuerte compromiso político, estrategias sólidas y alianzas robustas han contribuido a reducir de modo significativo la carga de lepra.²

En Cuba en 2019 la tasa de detección de nuevos casos fue de 0,7 por 100 000 habitantes, siendo nuestra provincia una de las de mayor incidencia y prevalencia en el país. La prevalencia a nivel

nacional en el período de 2000-2019 se ha mantenido estable con tendencia a la disminución en los últimos siete años. En nuestro municipio, durante los últimos treinta años, también la tasa de incidencia ha mantenido estabilidad. El sistema de información estadística de salud cubano posee cobertura nacional y utiliza para la medición de los eventos en salud: el registro continuo, el censo, las encuestas, aplicaciones del muestreo y sitios centinela.⁵

El objetivo del control de la Lepra es reducir la carga de la enfermedad. La estrategia de reducción para alcanzar la meta de eliminación se basa, esencialmente, en el aumento de la detección precoz y en la cura de los casos diagnosticados.⁷

En los últimos años se han producido avances notables en el control y eliminación de la lepra en todo el mundo. En los países con baja prevalencia, como Cuba, la lucha se desarrolla en diversos frentes: el científico, el tecnológico, el asistencial y el social. La búsqueda de la fuente de infección y de posibles casos secundarios es primordial para la detección temprana y con ello evitar la aparición de discapacidad.

Cada último domingo de enero se conmemora el Día Mundial de Lucha Contra la Lepra. En Cuba las personas afectadas por la enfermedad tienen la garantía de su tratamiento gratuito, y de su seguimiento en la atención primaria de salud, así como la vigilancia y control de sus contactos, como parte de las estrategias del Programa Nacional de Lepra para interrumpir la transmisión de la enfermedad.^{11,15}

Nuestro país está inmerso en el cumplimiento de la estrategia mundial de Lepra 2016-2020, que propone alcanzar las siguientes metas:

- Existencia de leyes que no permitan la discriminación por causa de la lepra.
- Tasa de menos de un caso por millón de habitantes en pacientes recién diagnosticados con lepra que presentan deformidades visibles
- Cero niños diagnosticados de lepra con deformidades visibles.¹⁶

Según la bibliografía revisada, la lepra se presenta en hombres y mujeres independientemente del sexo; sin embargo, en este estudio predominó el sexo masculino, lo que coincide con la mayoría de los estudios realizados en nuestro país. El resultado anterior reafirma los hallazgos en Latinoamérica, donde la prevalencia de la lepra es de cerca de 1,8/1,0 en hombres y mujeres, respectivamente, al igual que en la mayoría de las regiones del mundo, con excepción de algunas zonas de África donde la mujer llega a ser la más afectada.³

Autores notifican la posibilidad de mayores riesgos de aparición de discapacidades entre los hombres, debido a la asociación entre el hombre y las formas de presentación tardía de la lepra. El sexo masculino está más sujeto a adquirir la enfermedad, hecho que está relacionado con la exposición a mayores cargas del bacilo y menor procura de los servicios de salud.⁷

En cuanto a la edad, la presencia de la enfermedad en menores de 15 años es utilizada como indicador del grado de transmisibilidad y también existe relación entre la proporción de casos en menores de 15 años y la gravedad de la endemia en una localidad. La precocidad en contraer la lepra indica exposición prematura al bacilo y presencia de casos bacilíferos en la población, sugiriendo alto poder de transmisibilidad de esta dolencia.⁷

En nuestra investigación existe una mayor incidencia en adultos que en niños, predominando en la etapa en la que el individuo se encuentra en plena actividad laboral y social. Autores creen se deba a la amplia cobertura con la vacuna BCG a todos los niños recién nacidos y a la interrupción de las fuentes de infección por la terapia multidroga utilizada en el país desde 1986.⁴

En Cuba, se ha hecho gran énfasis en la búsqueda de los posibles casos de lepra por parte del médico de familia, que es el personal técnico mejor calificado. El estrecho contacto intradomiciliario favorece la aparición de formas familiares de la enfermedad de Hansen, muy importante en la expresión epidemiológica de esta afección. Se hace necesario un trabajo continuo y sistemático de vigilancia para mantener las técnicas de diagnóstico, tratamiento, prevención de discapacidades de los pacientes y de los nuevos casos que continuarán apareciendo, con el objetivo de priorizar las actividades de control para detectar la prevalencia oculta.^{9,11}

Se ha comprobado que menos de 10% de los infectados con *Mycobacterium leprae* padecen lepra. Incluso entre los afectados, su cuadro clínico puede diferir de un paciente a otro; desde la forma tuberculoide a la lepromatosa, esta última la más grave. Esto se ha explicado por interacciones complejas entre factores genéticos predisponentes y una variedad de eventos ambientales que provocan, aceleran o exacerban el desarrollo de la enfermedad.^{17,18}

Las formas multibacilares son las más frecuentes, pues los pacientes acuden tardíamente a la consulta al no existir percepción de riesgo. Según se ha notificado, de 30 a 50 % de los pacientes presentan una reacción humoral, mediada por los complejos inmunes en pacientes que poseen la forma multibacilar.³

En la investigación predominaron las formas multibacilares por lo que el trabajo del equipo básico de salud debe ir encaminado a la pesquisa activa de la enfermedad a través del examen dermato-neurológico a toda la población teniendo en cuenta que la lepra no tiene prevención primaria, solo en la medida que logremos realizar un diagnóstico suficientemente temprano e imponer tratamiento se logrará interrumpir la cadena de transmisión y disminuir su incidencia, así como las discapacidades que pueden ocasionar a los pacientes las formas graves de esta afección.

Las formas multibacilares tienen un período de incubación más largo, son más infecciosas y de mayor probabilidad de diseminación de la enfermedad, principalmente cuando se acompaña de demora en la detección de casos y mayor tiempo de diseminación del bacilo en la comunidad.⁹

Es fundamental evaluar el grado de incapacidad física en el momento del diagnóstico pues su presencia está relacionada con el tiempo de evolución de la enfermedad sugiriendo, por tanto, diagnóstico tardío y medidas ineficaces ante la lepra. Consecuentemente, altos grados de incapacidad favorecen el mantenimiento de las fuentes de infección del bacilo de Hansen. La proporción del grado de incapacidad entre los casos nuevos informa el nivel de concientización de la comunidad y la capacidad de los sistemas de salud para detectar nuevos casos precozmente antes de desarrollar deficiencias.⁷

Es importante prestar atención, también, a los casos del grado I, para tener una mejor idea de la prevalencia oculta y para que un mayor número de pacientes pueda recibir tratamiento oportuno y resolver su aún incipiente discapacidad. Este es un indicador muy relevante, dado que la prevención es uno de los objetivos principales de los programas de control de lepra, que mide la oportunidad en el diagnóstico.⁹

El tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico constituye el factor pronóstico clave de la presencia de discapacidades al momento del diagnóstico de lepra. Se ha observado que mientras mayor es el retraso en el diagnóstico, mayor proporción de pacientes son diagnosticados con discapacidad (grados I o II). Como la discapacidad y deformidad ocurren tarde en la enfermedad, la proporción de nuevos casos con discapacidad brinda una indicación gruesa de que tan temprano acuden en promedio los casos para diagnóstico.⁹

Si bien en las dos últimas décadas unos 14 millones de personas han superado el mal de Hansen gracias a la PQT, muchas de ellas necesitarán tratamiento de por vida debido a problemas con las discapacidades causadas por la enfermedad.¹⁰

Las discapacidades provocadas por la lepra afectan, fundamentalmente, el sistema nervioso periférico. La anestesia, los traumatismos, el déficit vascular y las infecciones oportunistas que se acompañan de reabsorción de partes blandas y acroosteólisis de falanges terminales y mutilaciones son importantes factores de este padecimiento. Los restos ungueales resultan ser los últimos en desaparecer.²⁰

En cuanto a los estados reaccionales son una modalidad clínica que se presenta como episodios agudos intercalados en la evolución crónica de la enfermedad, tal es el caso en que la reacción resulta una manifestación inicial del proceso infeccioso hasta entonces inaparente.⁵ Esos episodios, que pueden aparecer antes o en el momento del diagnóstico, así como durante o después de finalizar el tratamiento, se caracterizan por sus manifestaciones clínicas agudas o subagudas y por ser locales o generales, siendo comunes en las edades media y avanzada de la vida.¹³

La lepra reaccional se clasifica en dos grupos según la respuesta inmunológica involucrada: la reacción de tipo I: mediada por inmunidad celular y la reacción de tipo II: mediada por inmunidad humoral. Las reacciones de tipo I son episodios inflamatorios agudos que se clasifican en: a) de ascenso de grado (up-grading) y b) de descenso de grado (down-grading). Igualmente, las reacciones de tipo II se producen por alteración de la inmunidad humoral y constituyen un típico ejemplo de enfermedad por inmunocomplejos de tipo III de Gell y Combs. Estas se observan en pacientes incluidos en las clasificaciones multibacilar lepromatosa y, raramente, dimorfa lepromatosa, sobre todo durante el primer año de tratamiento o sin este, y se conocen como eritema nudoso leproso, que es clasificado como leve o grave en dependencia de la aparición de síntomas generales o no.¹³

Fitzpatrick¹⁴ confirma que las formas clínicas inestables son las que producen reacciones con mayor frecuencia.

Esta enfermedad constituye un problema social y de salud en muchos países en desarrollo;

su gravedad se evalúa teniendo en cuenta su duración, las incapacidades que causa y sus consecuencias humanas y sociales para los enfermos y sus familiares. Ninguna otra enfermedad provoca una reacción tan adversa en la comunidad, ni causa tanto sufrimiento.¹²

La identidad social se refiere a la calificación que otros le dan a la persona enferma de acuerdo con la información que se dispone sobre ella. Un factor destacado en el cambio de identidad, que probablemente experimentará el enfermo de lepra, es que aquella distará mucho de la realidad. El concepto que se formará de sí mismo o de la manera en que la sociedad lo considerará no se basa en una verdad conocida. Se habla del “estigma” unido a la lepra, y el término se emplea para expresar las razones inexplicables por las cuales el enfermo se aparta y es apartado por la sociedad, y llega incluso a detestarse a sí mismo.²¹

El aspecto repulsivo y muy visible del enfermo, junto con la misteriosa aparición y avance al parecer incontrolable de la enfermedad, provocan en él una reacción psicológica de pérdida de amor propio. No sabe cómo considerarse, ni cómo lo considerarán los demás. En general, el diagnóstico de cualquier enfermedad intensifica la sensación de culpabilidad de errores cometidos, reales o supuestos y, como castigo, el paciente da rienda suelta a su imaginación. Esa sensación de culpa puede eliminarse generalmente con una explicación racional de la enfermedad y una mejoría visible obtenida con el tratamiento.²²

El paciente y su familia deben ser orientados en cuanto a la importancia de la adhesión al tratamiento y la asistencia a los servicios de salud para el diagnóstico precoz, lo que implica el conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad.

El diagnóstico temprano, realizado en el primer año de la aparición de los síntomas iniciales de la enfermedad, reviste la mayor importancia y evita las discapacidades. Pero cuando su diagnóstico es tardío, deja grandes mutilaciones, afección de vísceras, y el paciente queda con graves secuelas.

Realmente la lepra tiene la capacidad de simular a diversas dermatosis, confundiendo a los médicos cuando no la tienen presente como un posible diagnóstico diferencial y cuando el examen clínico es realizado de forma superficial.¹¹

El hecho de que exista un programa de control para eliminar la lepra como problema de salud, facilita que con la búsqueda activa de los casos se diagnostiquen muchos pacientes con formas multibacilares, pues su clínica es más evidente, más florida y, por consiguiente, los pacientes acuden con mayor frecuencia a las consultas; sin embargo, la forma paucibacilar a veces pasa inadvertida y al paciente no le llama la atención acudir a consulta, a no ser que sea uno de los contactos de un enfermo de lepra, que entonces sí debe ser chequeado obligatoriamente por el facultativo que atiende al caso índice.⁶

Es un propósito del programa elaborado para su erradicación, cumplir con los objetivos siguientes: reducir su incidencia y prevalencia, prevenir el desarrollo de incapacidades mediante el diagnóstico precoz, el tratamiento controlado y el corte de la cadena de transmisión, así como realizar una educación sanitaria al enfermo, sus familiares y a la comunidad. También es importante aplicar programas de entrenamiento a los profesionales de salud diseñados según necesidades de aprendizaje por el valor que tiene la labor educativa en las enfermedades transmisibles.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que colaboraron con la realización de la investigación en especial al Departamento de Dermatología.

CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no existen conflictos de intereses entre las partes.

REFERENCIAS

1. Padrón Velázquez L.M. *et.al.* Lepra (enfermedad de Hansen). En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. V. V. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.p.1852-57.
2. Estrategia mundial para la lepra 2016–2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Sudeste Asiático [en línea] 2017. [Citado el 25 de junio de 2020]. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225-874-sp.pdf;jsessionid=16FA238D468E873E956B38D424C507B4?sequence=11>>
3. Tablada Robinet M, Marrero Rodríguez H, López Pupo N, Mulén Tablada D, Pérez González O. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes timorenses con enfermedad de Hansen. MEDISAN [en línea] 2019; 23(1):89-99. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1706>>
4. Quevedo Lorenzo I, Yáñez Crombet A, Delgado Gutiérrez O, Domínguez Núñez C, Bejar Viltres H. Algunos aspectos clínicos-epidemiológicos de la enfermedad de Hansen en el municipio Yara. Granma. 2013-2017. MULTIMED [en línea] 2019; 23(1):11-21. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1095>>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud. Incidencia y prevalencia de lepra según provincias. [en línea]. La Habana: MINSAP; 2019 [Citado el 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%c3%b1ol-2020-Definitivo.pdf>>
6. Valiente Hernández Y, Hernández Moya M. Costos directos e indirectos del diagnóstico y tratamiento de pacientes con lepra. MEDISAN [en línea] 2016; 20(3):295-301. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/721>>
7. Soares Gomes AV. Perfil epidemiológico de la lepra en un municipio hiperendémico en el noreste de Brasil. Rev Cubana Enferm [en línea]. 2017; 33(1). [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/899>>
8. Baquero Suárez JM, Gámez Sánchez D, Dueñas Moreira O. Diagnóstico de lepra en una comunidad ecuatoriana. Rev cuba med gen integr [en línea] 2019; 35(3). [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/528>>

9. Cabrales León MO, Oliva Hernández M, Leyva León AI, Pérez Ojeda MD. Diagnóstico tardío de la lepra en pacientes de la provincia Las Tunas, un estudio de quince años. *Rev. electron. Zoilo* [en línea] 2019; 44 (3). [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1703>>
10. Obregón Valdivia P, Pérez Jiménez A, Sotolongo Díaz D, de la Fuente Rodríguez H, Navarro Pérez I. La Lepra y sus discapacidades. *MediCiego* [en línea] 2015; 21(2):84-91. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/422>>
11. Álvarez Yabor VD, Peña Pérez OR, Brígida A. Afectación familiar de la enfermedad de Hansen. *Rev. electron. Zoilo* [en línea] 2014; 39(10). [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/148/263>>
12. Díaz Almeida JG. Lepra. En: Manzur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortés Hernández M. *Dermatología*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 200-12.
13. Abreu Guillén Gd, Escalona Veloz R. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con estados reaccionales de la lepra. *MEDISAN* [en línea] 2015; 19(7):849-857. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/82>>
14. Fitzpatrick T. *Dermatología en medicina general*. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 2445-55.
15. Lepra en Cuba y tres verdades a conocer. Sitio web oficial Ministerio de salud pública de Cuba. [Publicado el 25 de enero de 2020]. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<https://salud.msp.gob.cu/lepra-en-cuba-y-tres-verdades-a-conocer/>>
16. OPS/OMS Cuba en campaña por el Día Mundial de lucha contra la Lepra. [Publicado el 29 de enero de 2019]. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/noticias/29-1-2019-cuba-campana-por-dia-mundial-lucha-contra-lepra>>
17. Morales Peralta E, Hernández Pérez Y, Peñalver Morales K, Lamas Torres Y, Rumbaut Castillo R, Collazo Mesa T. Asociación de los polimorfismos T352C y A16974C con la lepra lepromatosa en pacientes cubanos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [en línea] 2017; 16(5):700-710. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2033>>
18. Nussbaum RL, McInnes RR, Willar D. *Genética en Medicina*. 8va ed. Philadelphia: Editorial Elsevier; 2016, p. 369-382
19. Beldarraín Chaple E. Historical Overview of Leprosy Control in Cuba. *MEDICC Rev.* 2017; 19(1):23-30.
20. Human Huisa G, Coronados Valladares Y. Paciente con discapacidad por lepra con reabsorción ósea. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* [en línea] 2020; 12 (3):1-4. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/506>>

21. Rylie GA. The psychology of leprosy. *Lepr Rev.* 2018; 19:119-120.

22. Schofield FD. Some relations between social isolation and specific communicable diseases. *Am J Trop Med Hyg.* 2020; 19:167-169.

ANEXOS

FIGURAS

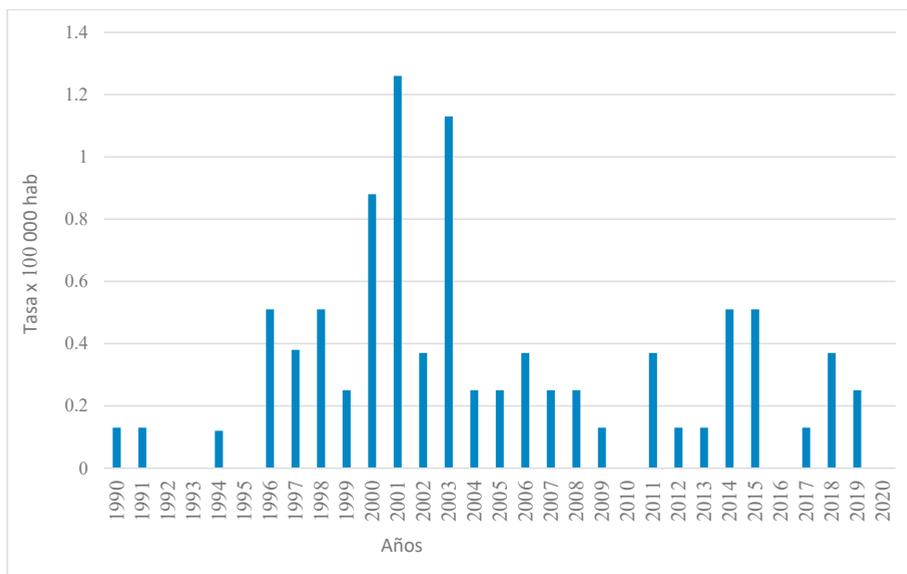


Figura 1. Incidencia de Lepra en municipio Santa Cruz del Sur, Cuba. Treinta años de estudio. Comportamiento según número de casos y tasa x 100 000 habitantes

Fuente: Informes anuales

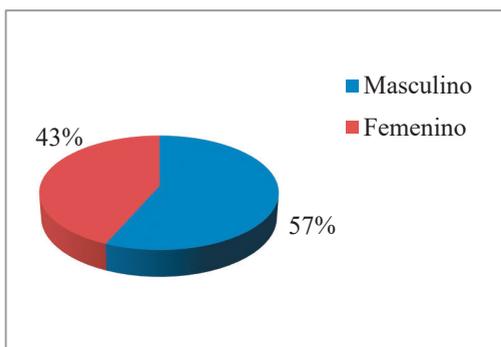


Figura 2. Distribución por sexo

Fuente: Historias clínicas

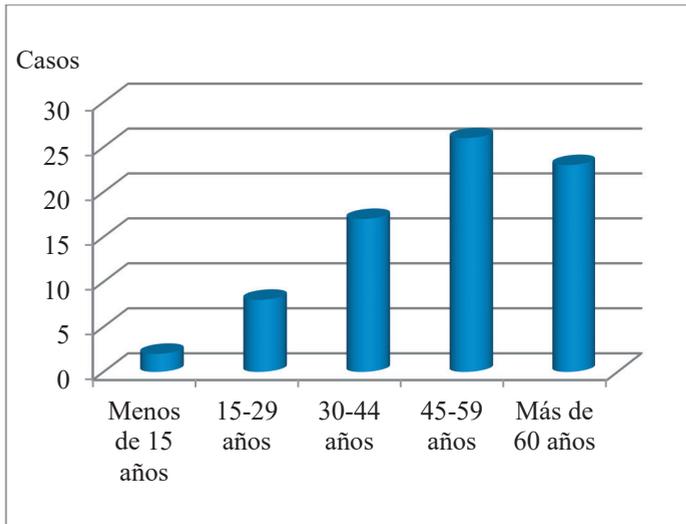


Figura 3. Distribución por grupos de edades

Fuente: Historias clínicas

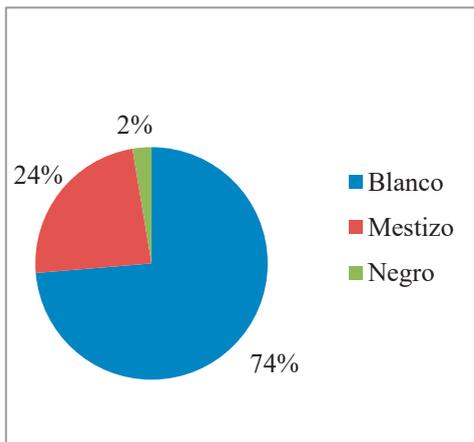


Figura 4. Distribución por color de piel

Fuente: Historias clínicas

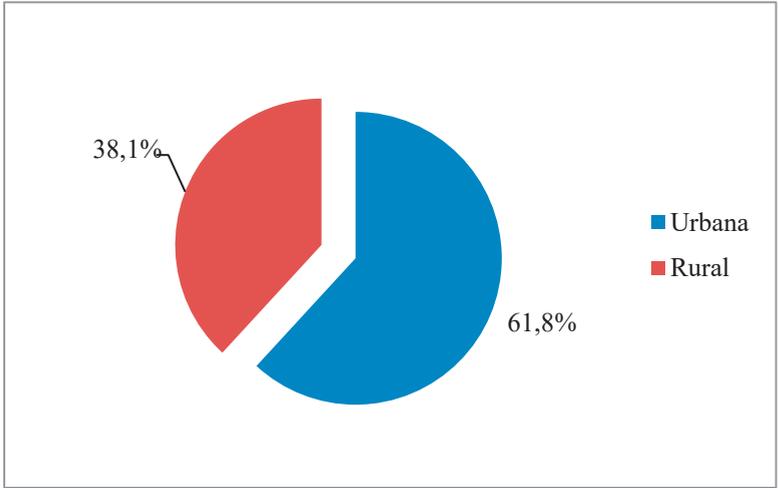


Figura 5. Distribución según zona de residencia

Fuente: Historias clínicas

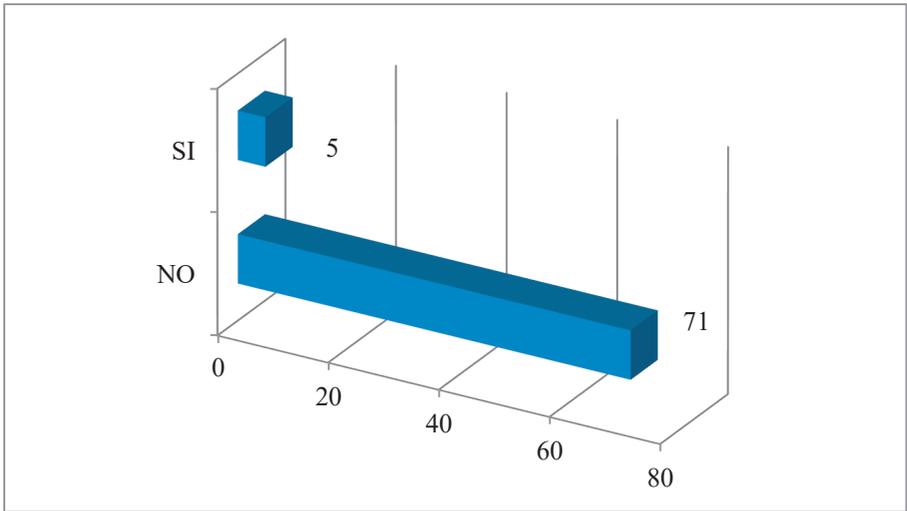


Figura 6. Distribución según presencia de discapacidades

Fuente: Historias clínicas

TABLAS

Tabla 1. Incidencia de lepra según clasificación de Madrid y clasificación sanitaria

Formas clínicas	Número de casos	%
Multibacilares		
Lepra lepromatosa	22	28,9
Lepra Dimorfa	38	50
Lepra Indeterminada (+)	-	-
Subtotal	60	78,9
Paucibacilares		
Lepra Tuberculoide	6	7,8
Lepra Indeterminada (-)	10	13,1
Subtotal	16	21
Total	76	100

Fuente: Historias clínicas. Leyenda: (+) Baciloscopia positiva, (-) Baciloscopia negativa

Tabla 2. Distribución según la ocurrencia de episodios reaccionales

Tipo de episodio	Casos por sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
Eritema nudoso leproso	1	9	10	90,9
Reacción de reversión	1	0	1	9
Total	2	9	11	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 3. Distribución según repercusión psicosocial asociada a la evolución tórpida de la enfermedad

Crisis familiares paranormativas	Alteraciones psicológicas	Nº	%
Desmembramiento	Trastorno adaptativo	3	37,5
Problemas de salud	Estrés laboral y psicológico	4	50
Desmoralización	Trauma psíquico, fobias	1	12,5
Total		8	100

Fuente: Entrevista psicosocial