

Pacientes con enfermedad de Hansen atendidos en el Ambulatorio “Augusto Malave Villalba”, San Carlos, Estado Cojedes, años 1997 - 2002

Carmen Alicia Herrera Sarmiento, Mario Higuera Rapa, Carmen Teresa Jiménez Madrid

Facultad de Ciencias de la Salus, Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo

Este trabajo fue realizado como proyecto de grado y requisito para el título de Médico Cirujano en la Facultad de Ciencias de la Salus, Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo. El Dr. Harold Guevara actuó como asesor metodológico y el Dr. Cruz Manuel Aguilar fue el Tutor.

Correspondencia: C. T. Jimenez M.
Teléfono: 58-258- 4331495 - 0414 4258528.
Email: k.t@starmedia.com.

Recibido: Octubre 2003
Aprobado: junio 2004

RESUMEN

La enfermedad de Hansen en Venezuela ha sufrido una reducción importante en su prevalencia, pasando de 16,71 a 0,58 casos/10.000 habitantes, ubicándose en el índice de eliminación aceptado por la OMS. Sin embargo, aún existen estados donde este índice es elevado, encontrándose el Estado Cojedes en el primer lugar de la región Centro-occidental. Entre los municipios con mayor prevalencia se encuentran Anzoátegui y Girardot. Mediante un estudio descriptivo y retrospectivo se evaluó la situación socio epidemiológica de 53 pacientes diagnosticados y en control por el Servicio de Dermatología Sanitaria del Ambulatorio “Augusto Malavé Villalba” en San Carlos, Estado Cojedes, entre 1997 y 2002. El 57% reside en la comunidad de los Mangos. El 51% provienen del Estado Cojedes y el 26% de Portuguesa. El 49% tienen entre 21 y 45 años con 67,9% de hombres y 32,1% de mujeres. El 26% son obreros no especializados y un 71% tenían educación primaria incompleta. Clínicamente el hallazgo de lepra indeterminada fue de 32% y por biopsia 19%. Se confirma que los factores epidemiológicos (bajo nivel de instrucción, hacinamiento y pobreza) favorecen la transmisión y que exista una alta prevalencia de Lepra en la comunidad. Se recomienda profundizar la vigilancia epidemiológica para lograr la eliminación de la Lepra como problema de salud pública.

Palabras clave: Enfermedad de Hansen, Lepra, Epidemiología.

ABSTRACT

Hansen disease in patients attended at the "Augusto Malavé Villalba" outpatient clinic in the San Carlos Municipality of Cojedes State. Years 1997 - 2002

Prevalence of Hansen disease in Venezuela has had an important decrease from 16.71 to 0.58 cases/10,000 inhabitants. This places our country within the elimination index accepted by WHO. Nevertheless, there are still states where the index is high, the State of Cojedes being in the first place of Venezuela's west central region, with Anzoátegui and Girardot as the municipalities with the highest prevalence. A descriptive retrospective study was carried out in order to assess the social and epidemiological status of 53 patients diagnosed with Hansen disease and treated in the Dermatology Department of the "Augusto Malavé Villalba" Outpatient Clinic in the San Carlos, Municipality of Cojedes State, years 1997 - 2002. 57% live in Los Mangos, 51% are from Cojedes State and 26% from Portuguesa State. 49% of the patients are between 21 and 45 years of age; 67,9% males 32,1% females. 26% are non-skilled workers and 71% had not completed primary school. Clinically undetermined leprosy finding was 32%, and 19% through biopsy. It is confirmed that epidemiological factors (low level of instruction, crowded homes and poverty) contribute to disease transmission, and to its high prevalence in the community. Further epidemiological surveillance must be maintained in order to eradicate leprosy as a public health problem.

Key Words: Hansen disease, Leprosy, Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad granulomatosa crónica, infecto-contagiosa, no hereditaria, endémica en muchos países del mundo, producida por el *Micobacterium leprae* o bacilo de Hansen (1,6,8,21). Afecta principalmente los nervios periféricos, piel, mucosas y todos los órganos del cuerpo excepto pulmón y sistema nervioso central (14), siendo el *M. leprae* capaz de infectar a millones de personas, pero sólo 12 a 15% presenta la enfermedad. El restante 75 a 78% permanece sano o presenta infección subclínica (1,21) Es una enfermedad curable (8,18) y su período de incubación oscila entre los 5 y 9 años (3,21). Hoy en día se sabe que para su transmisión es indispensable el contacto prolongado y cercano sin que sea necesario un contacto directo de piel a piel, ya que es la nariz la principal puerta de entrada para los bacilos. Las formas clínicas de la Lepra son: indeterminada, lepromatosa, tuberculoide, borderline, lepra neural pura y lepra histoide (2,6,13,21). El diagnóstico combina hallazgos clínicos y de laboratorio que se basan en: Pruebas Intradérmicas y Baciloscopia (19).

Actualmente es un importante problema de salud pública en países de África, Asia y América Latina, donde reside el 94% de los casos registrados por la OMS en el último decenio (15,16,17). Venezuela ocupa el quinto lugar de prevalencia con una distribución geográfica variable (17), siendo los más afectados los estados Cojedes, Portuguesa y Zulia (5,9).

Se estudió la situación socioepidemiológica de los pacientes con enfermedad de Hansen, atendidos en la consulta externa de Dermatología Sanitaria del Ambulatorio "Augusto Malave Villalba", en el Municipio San Carlos del Estado Cojedes, en el quinquenio 1997-2002. Debido al incremento del número de casos detectados pasa a ser esta enfermedad un problema de salud pública.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo no experimental. La población de estudio esta constituida por 53 pacientes registrados en los archivos del Servicio de Dermatología Sanitaria del Ambulatorio Urbano tipo I "Augusto Malavé Villalba", en San Carlos, estado Cojedes. (10,11,12.)

La recolección de los datos se basó en la revisión de historias clínicas, utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos donde se asentó: sexo, edad, lugar de nacimiento y residencia, ocupación, nivel de instrucción, forma de hallazgo, contactos con personas portadoras de la enfermedad, forma clínica, tipo de lepra según resultado de las biopsias practicadas, evolución clínica y bacteriológica experimentada por el paciente entre 1997-2002, tomando como parámetro dos determinaciones bacteriológicas registrada en la historia, frecuencia de las incapacidades físicas y número de casos que presentaron recidiva. Los datos registrados fueron organizados para su interpretación en cuadros de distribución de frecuencias.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

En este estudio se encontró que en el ambulatorio "Augusto Malave Villalba" de San Carlos, Municipio Anzoátegui, están registrados, diagnosticados y bajo tratamiento 53 pacientes de enfermedad de Hansen. El municipio Anzoategui tiene 15.986 habitantes, lo que daría una prevalencia de 33,15 casos por 10.000 habitantes. Sin embargo, como el ambulatorio es centro de referencia regional para los pacientes con enfermedad de Hansen de los estados limítrofes al estado Cojedes, por lo que podría haber un error en este cálculo por un posible sesgo de procedencia.

El rango de edades fue de 3 a 70 años, con una media \pm desvío standard de 34 ± 17 años. El sexo masculino (67,9%) predominó 2:1 respecto al femenino (32,1%), reportando una diferencia estadística significativa para el sexo masculino con 99% de confianza y para Z

5,62; $P < 0,01$. Los resultados son equivalentes con los datos encontrados en la bibliografía (33) (Tabla 1).

Tabla 1: Características socio-epidemiológicas de los pacientes con Enfermedad de Hansen, Consulta del Servicio de Dermatología Sanitaria del Ambulatorio Urbano Tipo I “Augusto Malavé Villalba”. San Carlos, Estado Cojedes. Período 1997-2002.

	Variable	(%)
Sexo	Masculino	67,9
	Femenino	32,1
Edad predominante	21 – 45 años	49
Procedencia	Cojedes	51
	Edos. Limitrófes	49
Ocupación	Obreros no especializados	26
	Agricultura	22
Nivel de instrucción	Primaria incompleta	71
Forma de hallazgo	Búsqueda activa	47

El grupo etario más afectado fue el adulto temprano (21 y 45 años) con 49,0%. La bibliografía reporta en el Estado Cojedes, para el año 2000, una tasa de prevalencia de 4,3 x 10.000 habitantes y 87,23% mayores de 15 años (18). Estos resultados sugieren que el grupo más comprometido es el económicamente productivo para la comunidad y que 13% de la muestra son menores de 12 años, que podrían, si no son tratados a tiempo, desarrollar discapacidades biopsicosociales.

Según resultados del estudio se pudo determinar que la mitad de los pacientes que conformaron la muestra (51,0%) son naturales del estado Cojedes, siendo el resto naturales de estados limítrofes, los cuales emigraron a este estado donde fueron diagnosticados y actualmente controlados por el Servicio de Dermatología Sanitaria. Según la bibliografía consultada (16) los estados con mayor prevalencia de casos diagnosticados de lepra son Cojedes, Barinas, Apure y Portuguesa, destacándose que se trata de estados cuyas poblaciones tienen condiciones de vida precarias y nivel de pobreza importante, que pueden favorecer a largo plazo la instauración de cuadros de Lepra (Ver también Tabla 1).

El 57,0% proceden de la comunidad rural de los Mangos, Municipio Anzoátegui, en donde reside la mitad de los pacientes diagnosticados, la cual forma parte de una de las áreas más deprimidas socio económicamente del estado Cojedes, llamando la atención que siendo Anzoátegui un municipio endémico y estar incluida la enfermedad en el programa de atención integral de salud, no hay referencia de los centros de salud locales.

Como se vió en la Tabla 1, con respecto a la ocupación y grado de instrucción se observó que los más afectados fueron los obreros no especializados, representando un 26,0% y la agricultura con un 22,0%; el 71% de la muestra no culminó la educación primaria, lo cual coincide con la bibliografía consultada (33) en donde predominan el analfabetismo y las ocupaciones mal remuneradas. Se evidencia que la lepra está asociada a un nivel educativo bajo, deserción escolar a edades tempranas y, en general, a la condición de pobreza crítica, ingresos económicos familiares deficientes, trayendo esto como consecuencia la búsqueda de fuentes de empleo acordes a las características socioeconómicas de la población y de la región en particular, con un menor acceso a la educación sanitaria y a los servicios de salud

En la forma de hallazgo, el 47,0% fue captado de manera directa por el servicio. La adecuada vigilancia epidemiológica que adelanta el Servicio de Dermatología Sanitaria del Estado Cojedes muestra que más del 80% de los pacientes fueron detectados por búsqueda activa, revisión de contacto y encuestas, para una eficacia de 73,5% de pacientes diagnosticados a partir del año 1999

La forma clínica predominante de presentación fue la Lepra indeterminada con un 32%, evidenciándose resultado semejante en trabajos realizados en el municipio Anzoátegui, la cual es la forma más benigna de la enfermedad. En base a los resultados de las biopsias practicadas, el tipo de lepra más frecuente corresponde igualmente a la lepra indeterminada con un 19,0% (Tabla 2).

En estudios similares, el 50% de los pacientes tienen antecedentes de contacto estrecho con una persona infectada con enfermedad de Hansen tipo Lepra Lepromatosa no tratada (2,3). En el municipio Anzoátegui se encontró que más del 90% de los contactos presentaron otro tipo de lepra que no fue la lepromatosa, predominando la forma paucibacilar. La causa de que el 81% nieguen contactos se puede atribuir al hecho del desconocimiento de la enfermedad por parte del paciente, y los que refieren contactos es porque se encuentran en control y fueron detectados por revisión activa (Tabla 2).

Tabla 2: Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Enfermedad de Hansen . Consulta del Servicio de Dermatología Sanitaria del Ambulatorio Urbano Tipo I “Augusto Malavé Villalba”. San Carlos, Estado Cojedes. Período 1997-2002.

Variable		%
Forma clínica predominante de presentación		Lepra Indeterminada
Tipo de lepra predominante en base a los resultados de las biopsias practicadas		Lepra Indeterminada
Niegan contactos con personas portadoras de la enfermedad		81,0
Bacteriología inicial Negativa		60,0
Evolución bacteriológica negativa		60,3
Evolución clínica	Curación	77,4
	Estable	17,0
	Recidiva	5,6
Discapacidad Grado I		0,53

De acuerdo a la cantidad de bacilos determinados en el diagnóstico directo (bacteriología inicial) se obtuvo un 60,0% con bacteriología Negativa. En cuanto a la evolución bacteriológica, en el 60,3% de los pacientes el índice bacteriológico se mantuvo negativo

También en la Tabla 2 se puede ver que un 77,4% de los pacientes terminaron su esquema de tratamiento, pasando de alta por curación y manteniéndose actualmente en vigilancia post tratamiento; un 17% se encuentra estable actualmente recibiendo tratamiento y un 5,6% de los pacientes con diagnóstico de Lepra multibacilar que cumplieron su régimen terapéutico por un lapso de 12 meses, presentaron nuevas lesiones características, siendo clasificadas como recidivas al año de ser suspendido el tratamiento, lo que fue corroborado por la clínica y los estudios histopatológicos. Esto confirma que el protocolo terapéutico implantado por la OMS fue efectivo en el tratamiento de la enfermedad (3), demostrado por la recuperación de la sensibilidad en más del 80% de las lesiones y bacteriología, con un descenso del índice bacteriológico en la segunda muestra tomada durante el tratamiento con respecto a la muestra de inicio

Los resultados del estudio mostraron que sólo un paciente del total de la muestra (0,53%) presentó discapacidad grado I a nivel del ojo (5), lo cual confirma que el diagnóstico y tratamiento oportuno con

quimioterapia es efectivo para controlar y evitar el progreso de la enfermedad

Se concluye que en Venezuela aún existen comunidades con alta prevalencia para la enfermedad de Hansen, específicamente en el Estado Cojedes. El perfil socio-epidemiológico, de esta enfermedad es el adulto joven masculino con bajo nivel de instrucción, procedente de áreas rurales económicamente deprimidas (4), siendo la forma clínica predominante de presentación, la lepra Indeterminada.

BIBLIOGRAFIA

1. Andrews G, Kerdel F, Domonkos A.. **Tratado de Dermatología**. (5ta edición). Barcelona: Salvat Editorial S.A. 1990; p323.
2. Aranzazu N.. Enfermedad de Hansen: Etiología, Clínica y Clasificación. *Dermatología Venezolana* 1994; **32** (4): 145-50.
3. Beaglehole R, Bonita, R y Kjellström T.. *Epidemiología Básica*. Organización Panamericana de la Salud. 1994; 551: 3-17 y 29: 103-109. Washington, D.C.
4. Brizuela M, Machado Y, Acosta I.. Diagnóstico Socio- Económico del Municipio Anzoátegui. Dirección de Desarrollo Económico. Gobernación del Estado Cojedes. San Carlos. 1998.
5. Escalona R. Enero 2002. En cinco estados se concentrará la lucha de Convit y su equipo [Documento en línea]. Disponible en : http://www.venezuelainnovadora.gov.ve/noticias_2002/noti_ene45.html (gratuito).
6. Feigin R, Cherry J.. **Lepra. Tratado de Enfermedades Infecciosas en Pediatría**. 1995; Volumen 1: p 1277, Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A.
7. García L, García V.. Situación Epidemiológica de la Lepra en la Región Capital, Caracas entre los años 1977- 1991. *Dermatología Venezolana* 1996; **34** (4): 61-66.
8. Hung-Chi L, Jing-Chun C , Lih-Shing W.. Epidemiología de la Lepra en Taiwán; Modelo en Niños. *International Journal of Leprosy* 2.000; **68** (1): 57-62.
9. MSDS, S.A. Instituto de Biomedicina.. Estadísticas de la Lepra en Venezuela. Departamento de Computación, JED. Caracas, Venezuela. 2000 Cuadros Estadísticos: H-1, H-2, H-3, H-4, H-5, H-6, H-7, H-8, H-9, H-10, H-11, H-12, H-13, H-14 , H-15, H-16, H-17.
10. Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI).. **Nomenclador de Centros Poblados según Censo 1990**. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estado Cojedes. 1992; pp 06.01- 06.02- 06.03-08.01-08.02
11. Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI).. **El Censo 90 en Cojedes, Resultados Básicos**. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estado Cojedes. 1992; p55.
12. Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI). **Venezuela: Estimación y Proyecciones de Población 1935-2035**. Total Nacional, Entidades Federales, Municipios y Parroquias. Caracas. 1992; pp 99-100-167-168.
13. Organización Mundial de la Salud. **Guía para la Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública**. Primera edición OMS, Ginebra 1995; pp 32-47.

14. Organización Mundial de la Salud.. **Exploración clínica de la Lepra**. Primera edición OMS, Ginebra. 1997; pp 33-37.
15. Organización Mundial de la Salud. 2000. Weekly Epidemiological Record, Leprosy Global Situación 1997; **75** (28): 226-231.
16. Organización Panamericana de la Salud.. La Eliminación de la Lepra en las Américas. Boletín Epidemiológico 1996 [Revista en línea]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/SHA/epibul_95-98/bs963lep.htm (gratuito).
17. Organización Panamericana de la Salud. (2000). Eliminación de la Lepra de las Américas. Boletín Epidemiológico; **21** (1): 5-6. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v21n1.pdf (gratuito).
18. Pérez F . Terapia Antihanseniana. Dermatología Venezolana; **32** (4): 171-193.
19. Pinardi E. 1994. Pruebas Intradérmicas y Baciloscopia en el Diagnostico de la Lepra. Dermatología Venezolana 1994.; **32** (4): 165-166.
20. Urbina J, García M... Epidemiología de la Lepra a través del Estudio de la Frecuentación del Hospital Especializado de Trillo durante el periodo 1943-1995. Rev Esp Salud Publica 1997; **71**: 463-477. Disponible en: http://www.msc.es/profesional/biblioteca/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_5_463.pdf (gratuito)
21. Zulueta A.. Evolución Histórica, Epidemiología y Medidas de Control de la Lepra. Dermatología Venezolana 1994; **32** (4): 181-190.