

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO Y CLINICO DE LA LEPRO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 1985 - 1991

C. A. Alvarez E., J. G. Franco V., L. F. Echeverría A.*

PALABRAS CLAVES: *Lepra, Epidemiología, Incidencia, Incapacidad.*

RESUMEN

En Colombia 22% de la población vive en áreas de alta prevalencia de lepra (1-3 x 1.000 habitantes); además este problema también supone incapacidades, pérdidas económicas y trauma psicológico.

Con el propósito de identificar el comportamiento epidemiológico y clínico de la lepra en el departamento de Antioquia, en un período de 7 años, a partir de 1985 se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo con una población de estudio conformada por los enfermos de lepra del departamento de Antioquia, a quienes se les diligenció el formulario L4 entre 1985 y 1991 (203 pacientes).

Se encontró dificultad en la estimación de la incidencia real, ya que el tiempo transcurrido entre las primeras manifestaciones y el momento del diagnóstico fue menos de 6 meses sólo en 11.3% de los pacientes. El aumento de la incidencia en algunos años podría corresponder a momentos de reorganización administrativa y "acumulación de casos anteriores", por lo cual deberíamos referirnos a tasas de detección y no de incidencia.

Las variables analizadas fueron el número de casos de lepra en el departamento según el año, el área programática, el grupo étnico, el sexo, la procedencia, ocupación, fuente de contagio, tiempo entre primeras manifestaciones y el momento del diagnóstico, manifestaciones clínicas, clasificación clínica y bacteriológica, presencia de incapacidades.

Las áreas programáticas con más incidencia fueron: Bajo Cauca y Urabá. El mayor porcentaje de pacientes afectados oscila entre las edades de 45 a 59 y mayores de 60 años. El 68% de los pacientes eran de sexo masculino (relación de 2.1 hombres por una mujer); la mayoría de los pacientes era de procedencia rural; la ocupación que presentó una mayor incidencia de casos fue la de agricultor. En el 38.9% de los enfermos no se encontró dato epidemiológico sobre su fuente de contagio y el 30.6% no tenía registro sobre la fuente de contagio.

El 83% de los enfermos presentaba trastornos de sensibilidad en cualquier parte del cuerpo al momento del diagnóstico.

Se observa mayor frecuencia de las formas multibacilares con 108 casos (53.25%). De todos los pacientes el 67% presentaba algún grado de incapacidad (I - II - III), en el momento del diagnóstico, observándose una tendencia ascendente en el porcentaje de incapacitados con grado III (pasando del 5.3% en 1985 a 20% en 1991).

El mayor porcentaje de incapacidad se encontró que corresponde a los casos de lepra Multibacilar (74.1%). El sector anatómico más comprometido para la incapacidad Grado I fueron los pies; las manos para el Grado II y los ojos para el Grado III.

Del análisis epidemiológico de estos datos se hace inminente la necesidad de impartir capacitación al personal de salud, desde las instituciones formadoras del recurso humano, ya que ni en los países endémicos este personal recibe capacitación. Además, serían de gran utilidad otros estudios sobre la evolución de las incapacidades iniciales y/o aparición de otras incapacidades durante el tratamiento, para evaluar las actividades de rehabilitación y apoyar las técnicas de prevención primarias y secundarias de incapacidad para reducir la endemia a nivel de enfermedad no incapacitante, contribuyendo así a la disminución del estigma social que la lepra aun arrastra en nuestro medio.

* Dr. Carlos Alberto Alvarez E.
Dr. José Gabriel Franco V.
Dr. Luis Fernando Echeverría A.
Médicos Internos - Instituto de Ciencias de la Salud CES

Asesores:

Enfermera: Abillam Vásquez de Rodríguez
Dr. José María Maya Mejía
Medellín, Colombia

SUMMARY

In Colombia 22% of population lives in areas of high prevalence of leprosy (1-3 x 1000 inhabitants). Furthermore this problem also supposes incapacity, economical losses, and psychological trauma. This work pretends to identify the epidemiological and clinical behavior of leprosy in the department of Antioquia on a period of 7 years beginning in 1985; for this purpose it's been made a descriptive longitudinal, retrospective research with a population of study which comprehends leprosy patients of Antioquia to whom it has been applied the L4 formulary from 1985 to 1991 (2 or 3 patients).

It has been found difficulties on the estimation of the real incidence because the time between the first symptoms and the diagnosis were less than 6 months only 11.3% of the patients; and the increase of the incidence in some years could correspond to periods of administrative reorganization an "accumulation of past cases" so it must be made reference to rate of detection, nor incidence.

The variables tested were: the leprosy incidence in the department, according to the year, programmed areas, primal source of infection, time between first symptoms and diagnosis, frequency of clinical manifestations, clinical and bacteriological classification and according to incapacities.

It has been found that the programmed areas more affected were Low Cauca and Urabá. The main rate of affected patients were between 45 and 59 years old and 60 and up. The 68% of the patients were males (1 female: 2.1 males). Most of the patients were of rural origin, the occupation of more incidence were farmers. 38.9% of the patients didn't have the epidemiological date about their primal source of infection and 30.6% didn't have certificate of primal source of infections. 86% of the patients presented sensibility alterations in any corporal part at the diagnosis moment.

It has been seen higher frequency of the multibacilar forms with 108 cases (53.25%). 67% presented any degree of incapacity (I, II, III) when the diagnosis was made, it can be remarked an increase tendency in the rate of incapacity on III grade (changing from 5.3% on 1985 to 20.0 on 1991). The main degree of incapacity was found to be in the multibacilar form (74%). The anatomic zone more compromised for the incapacity on first degree was the feet, the hands for second degree and the eyes for third degree.

Based on the epidemiological analysis of these facts is imminent the need of impart capacitation to healthy per-

sonal from the former institutions of human resource, since not even on the endemic countries the personal receives capacitation. Furthermore it will be of great use other studies about the evolution of the initial incapacities and or the appearance of other incapacities during therapy, for the evaluation of rehabilitation activities and support the techniques of primary and secondary prevention of incapacity to reduce the endemic level of the sickness to a non incapacitating illness, helping then to the diminution of the social stigma that the leprosy still have with it in our society.

KEY WORDS: Leprosy, Incapacity, Epidemiology, Incidence.

INTRODUCCION

La lepra es un problema de salud pública en muchos países de América Latina. En Colombia el 22% de la población vive en áreas de alta prevalencia de Lepra (entre uno y tres casos por mil habitantes), pero el problema no se limita al número de casos ya que también supone incapacidades, pérdidas económicas, trauma psicológico y ostracismo social (1) (2).

Estudios realizados evidencian que un 50% de los pacientes con lepra sufren de problemas oculares y 10% llegan a la ceguera (3). Las bajas condiciones socioeconómicas contribuyen a la resistencia de la epidemia, por lo tanto es fundamental que en la lucha contra la lepra se mejoren las condiciones de vivienda, nutrición y educación de la población.

El diagnóstico precoz de los casos y su tratamiento adecuado permiten reducir la epidemia y las incapacidades producidas por la enfermedad (3).

En los últimos veinte años, se ha recopilado información adecuada en varias zonas endémicas y el análisis de estos datos ha aumentado los conocimientos sobre la enfermedad, favoreciendo la implantación de nuevos enfoques terapéuticos y de rehabilitación (4).

Todo esfuerzo encaminado a un enfoque científico y objetivo de esta enfermedad, vale la pena ser llevado a cabo con el fin de mejorar la calidad de atención hacia los pacientes.

El presente trabajo tiene como propósito fundamental identificar el comportamiento epidemiológico y clínico de la lepra en el departamento de Antioquia en un período de siete años a partir de 1985. La fuente de información fue el archivo del programa control de Hansen del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

Se espera que la información recolectada aporte al conocimiento de este problema en nuestro medio y sea de utilidad para el diseño de estrategias que permitan actividades eficientes para disminuir la incapacidad y el dolor humano de los pacientes con enfermedad de Hansen.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, longitudinal, retrospectivo, en un período de siete años, comprendidos entre 1985 y 1991 en el departamento de Antioquia.

La población de estudio estuvo conformada por el total de enfermos de Lepra del departamento de Antioquia a quienes, además de haberseles diagnosticado la enfermedad durante los años 1985 a 1991, se les diligenció el formulario L4, siendo en total 203 pacientes.

La información fue recolectada en un formulario diseñado por los investigadores. Se utilizó una fuente de información secundaria, tomando los datos de los formularios L4 encontrados en el archivo del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, los cuales fueron diligenciados en el momento del diagnóstico e ingreso de los pacientes al programa de control Hansen.

Para el cálculo de incidencias se utilizaron los datos de población de la Sección de Información del mismo Servicio Seccional.

La información se procesó en un computador con 386 y se analizó con la ayuda del paquete HARVARD GRAPHICS 3.0

RESULTADOS

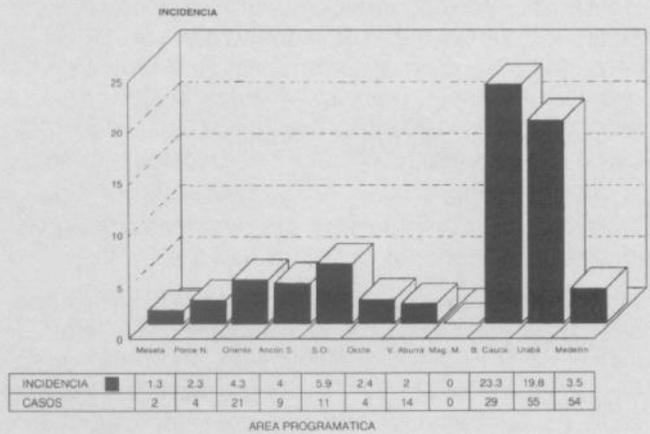
Incidencia de Lepra en el Departamento según año:

La población de estudio, conformada por 203 pacientes se distribuyó de acuerdo con el año en el cual se hizo el diagnóstico de lepra presentando proporciones de incidencia por 100.000 habitantes que oscilan entre 0.56 en 1986 y 0.84 en 1988 incidencia en el período (1985 - 1991) por área programática:

Las mayores incidencias por 100.000 habitantes para el período, se observan en las regionales del Bajo Cauca y Urabá, llama la atención que la regional del Magdalena Medio no haya reportado casos nuevos de lepra durante un período de 7 años. (Gráfico 1).

GRAFICO 1

INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES EN EL PERIODO, SEGUN AREA PROGRAMATICA EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LA LEPRO. DPTO. DE ANTIOQUIA 1985 - 1991



Incidencia según grupo etáreo:

En el período no se registran casos en menores de 5 años de edad y las mayores incidencias se presentan en los grupos poblacionales de 45 a 59 años de edad y de mayores de 60 años con 14.0 y 12.4 por 100.000 habitantes respectivamente.

Distribución de casos según el sexo:

Durante los 7 años comprendidos en el estudio, la relación por sexo de los nuevos casos de lepra fue de 2.1 hombres por una mujer. El sexo masculino aportó el 68% de los casos, registrándose también una incidencia de período mayor para este sexo 6.8 por 100.000 habitantes, en relación a la incidencias en el sexo femenino la cual fue de 3.1 en el mismo período.

Incidencia según procedencia:

Se encontró mayor incidencia de lepra para el período, en el área rural que en el área urbana del departamento con proporciones de 6.8 y 4.0 por 100.000 habitantes respectivamente.

Distribución de casos según ocupación:

Con relación a la ocupación u oficio desempeñado por los 203 enfermos de lepra diagnosticados en el período, se observó mayor frecuencia de agricultores, seguido por personas dedicadas a oficios domésticos, estudiantes y mineros.

La alta frecuencia de "otros" oficios se explica por el gran número de ocupaciones que se agruparon aquí, pero que presentaron independientemente frecuencias bajas.

Llama la atención que en 13 casos no se reporto el dato de ocupación en el momento del diagnóstico.

Distribución de casos según fuente de contagio:

En 79 (38.9%) de los enfermos diagnosticados en el período, no se tiene dato epidemiológico, es decir que no identifican o no reportan a otros enfermos que posiblemente les transmitieron la enfermedad. En 62 de los casos (30.6%) no se encuentra dato en el formulario L4, sobre esta variable. Los convivientes y contactos fueron reportados como posible fuente de contagio por 62 de los casos con una frecuencia de 42 a 20 respectivamente.

Tiempo transcurrido entre las primeras manifestaciones y el momento del diagnóstico:

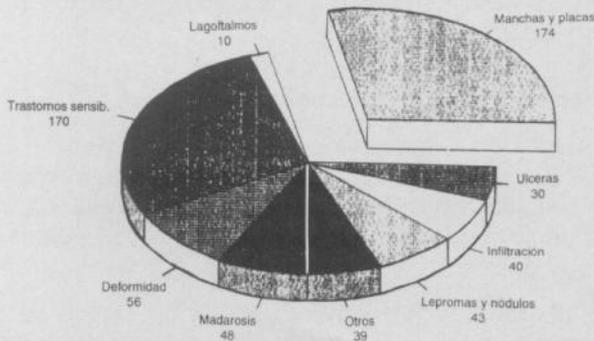
El tiempo transcurrido entre las primeras manifestaciones de la enfermedad y el diagnóstico de ésta, fue menor de 6 meses solamente en 23 (11.3%) de los casos, en 46 casos (22.7%), el diagnóstico se realizó entre 7 y 12 meses después de aparecer los primeros signos y síntomas. El 36% o sea 73 casos fueron diagnosticados después de 37 meses del inicio de las manifestaciones. En 22 casos (10,8%) no se encuentra dato al respecto en el formulario L4.

Frecuencias de las manifestaciones clínicas:

En el examen clínico para el diagnóstico durante el período se reporta que 170 (83.7%) de los enfermos presentan trastornos de sensibilidad en cualquier parte del cuerpo, 174 (85.7%) tienen manchas y/o placas. Se encuentran deformidades en 56 (27.6%) de los nuevos casos, Lepromas y nódulos en 43 (21.2%), las infiltraciones y úlceras están presentes en 40 y 30 de los enfermos respectivamente. (Gráfico 2).

GRAFICO 2

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES CLINICAS AL EXAMEN INICIAL EN EL PERIODO EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LA LEPRO. DPTO. DE ANTIOQUIA 1985 - 1991



Otros: Engrosamiento nervios, adenopatías, epistaxis, rinitis, síntomas generales, ginecomastia.

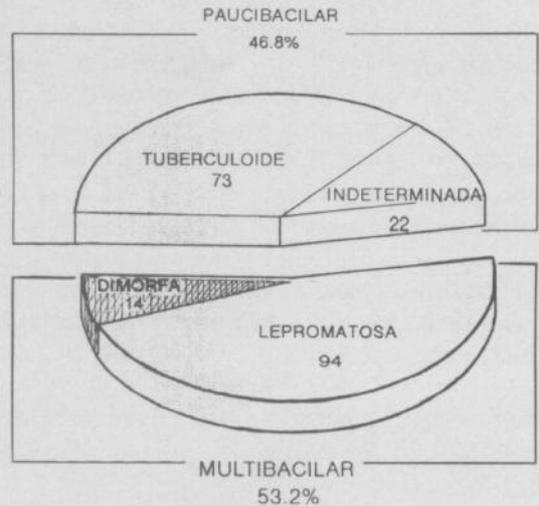
Distribución según clasificación clínica y bacteriológica en el departamento:

Durante el período estudiado en el departamento de Antioquia, los casos nuevos se clasificaron clínicamente así: Lepra Lepromatosa 94 (46.3%), Tuberculoide 73 (36.0%), Dimorfa 14 (6.9%), e Indeterminada 22 (10.8%).

Respecto a la clasificación bacteriológica se observó mayor frecuencia para las formas multibacilares con 108 casos (53.2%). (Gráfico 3).

GRAFICO 3

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN CLASIFICACION CLINICA Y BACTERIOLOGICA, EN EL PERIODO EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LA LEPRO. DPTO. DE ANTIOQUIA 1985 - 1991



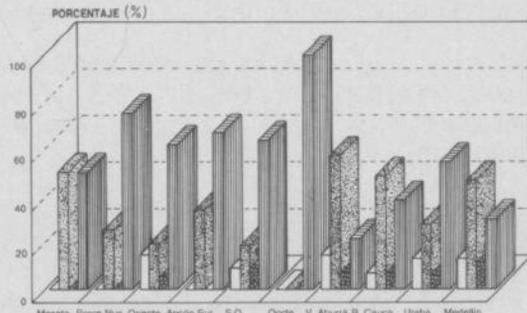
Clasificación clínica y bacteriológica por áreas programáticas:

Los porcentajes más altos de pacientes nuevos con lepra Lepromatosa, se presentaron en las regionales de Occidente (100%), Porce Nus (75%), Ancón Sur (66.7%), Suroeste (63.6%), Oriente (61.9%) y Urabá (54.5%).

Para lepra Tuberculoide las áreas programáticas del Valle del Aburrá, La Meseta, Bajo Cauca y Medellín presentaron los más altos porcentajes entre sus casos con 57.1%, 50%, 48.3% y 46.3% respectivamente. (Gráfico 4).

GRAFICO 4

PORCENTAJE SEGUN CLASIFICACION CLINICA POR AREAS PROGRAMATICAS EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LA LEPRO. DPTO. DE ANTIOQUIA 1985 - 1991



	Meseta	Porci Nus	Oriente	Ancón Sur	S.O.	Ochoa	V. Aburrá B.	Cauca	Urrabá	Medellín
INDETERMINADA	0	0	14.3	0	9.1	0	14.3	6.9	12.7	13
TUBERCULOIDE	50	75	19	33.3	16.2	0	57.1	48.3	27.3	46.3
DIMORFA	0	0	4.8	0	9.1	0	7.1	6.9	5.5	11.1
LEPROMATOSA	50	75	61.9	66.7	63.6	100	21.5	37.9	54.5	29.6

AREA PROGRAMATICA

Distribución de casos según presencia de incapacidad:

De los casos diagnosticados, durante el período, en el departamento de Antioquia, el 67% presentó algún grado de incapacidad (I - II - III) en cualquier sector anatómico (manos - pies - ojos).

Distribución de incapacitados según grado máximo de incapacidad:

En los casos con presencia de incapacidad en el momento del diagnóstico se observó una tendencia ascendente en el porcentaje de incapacitados con grado máximo III pasando de 5.3% en 1985 a 20.0% en 1991.

Los incapacitados con grado máximo II, presentan los mayores porcentajes a través de casi todos los años con tendencia levemente ascendente.

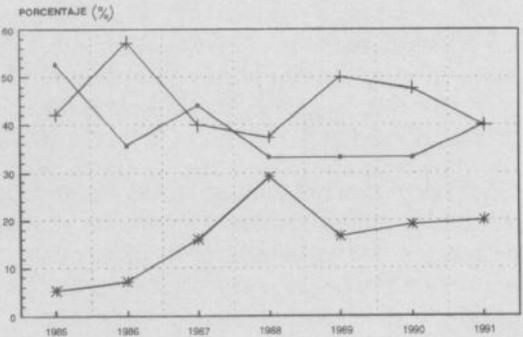
Los incapacitados con grado máximo I tienden al descenso en el período estudiado (Gráfico 5).

Distribución de casos según clasificación bacteriológica y grado máximo de incapacidad:

Para el total del período en el departamento, el mayor porcentaje de casos con cualquier grado de incapacidad al ingreso corresponde a los enfermos con lepra multibacilar (74.1%).

GRAFICO 5

PORCENTAJE DE INCAPACITADOS SEGUN GRADO MAXIMO DE INCAPACIDAD EN CUALQUIER SECTOR ANATOMICO POR AÑO EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LA LEPRO DPTO. DE ANTIOQUIA 1985 - 1991



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
GRADO I	32.6	35.7	44	33.3	33.3	33.3	40
GRADO II	42.1	57.1	40	37.5	50	47.6	40
GRADO III	5.3	7.2	16	29.2	16.7	19.1	20
INCAPACITADOS	19	14	25	24	18	21	15

AÑOS

Frecuencia de compromiso en cada sector anatómico según grado de incapacidad:

Para el período estudiado se encuentran diferencias marcadas entre los sectores anatómicos comprometidos en cada grado de incapacidad en los pacientes con incapacidad Grado I, se encuentra un 98.1% (52 casos) con compromiso en los pies, mientras que para los 60 pacientes con incapacidad II el sector anatómico más comprometido son las manos (75%) y el sector afectado con mayor frecuencia (43.5%), en los incapacitados grado III son los ojos y en el mismo grupo las manos ocupan el segundo lugar en frecuencia encontrándose comprometidas en el 39.1% de los casos. (Gráfico).

Respecto a la distribución de casos según clasificación Bacteriológica y el grado máximo de incapacidad, se observa que el grado II se presenta en el mayor porcentaje (34.2%) de los pacientes multibacilares, en cambio entre los paucibacilares el grado de incapacidad más frecuente es el I (25.3%).

DISCUSION

La estimación del número de enfermos de lepra a nivel mundial es difícil, ya que el diagnóstico y la definición de casos no siempre es clara. El medio fidedigno para estimar el número de casos en un país o zona es la utilización de encuestas de prevalencia por muestreo aleatorio. (4).

El departamento de Antioquia, no escapa a las dificultades para la estimación de la incidencia real de esta enfermedad. Los datos utilizados en esta investigación, corresponden a los casos de lepra diagnosticados y registrados en el programa control de Hansen, pero no al número real de casos existentes, ni realmente nuevos ya que muchas veces se detectan años después del inicio de la enfermedad como lo reflejan los hallazgos de esta investigación respecto al tiempo transcurrido entre las primeras manifestaciones y el momento en que se realiza el diagnóstico cuando solamente el 11.3% de los casos fue diagnosticado dentro de los primeros 6 meses de la aparición de los primeros signos o síntomas.

El aumento que presenta la incidencia en algunos años del período (Ver gráfico 1) parecen corresponder a momentos de reorganización administrativa del programa, a realización de actividades de capacitación a funcionarios y a efectos de la "acumulación de casos anteriores", por lo cual nos deberíamos referir a tasas de detección de casos y no a tasas de incidencia. (5) (6).

Se debe aclarar que para la distribución de casos por áreas programáticas se tuvo en cuenta el municipio de procedencia del paciente y no el lugar donde se realizó el diagnóstico, puesto que éste en muchas ocasiones se hizo en el consultorio dermatológico en el municipio de Medellín remitiendo luego al enfermo a su lugar de origen.

La incidencia por áreas programáticas oscila desde 23.3 por 100.000 habitantes en Bajo Cauca y 19.8 en Urabá hasta 0.0 (cero) en Magdalena Medio. La desigual distribución puede estar influenciada por la presencia de diferentes factores, las condiciones climáticas como la humedad podrían explicar en parte la alta incidencia en Urabá (4). Sin embargo en Magdalena Medio, no se reportan casos en todo el período a pesar de que el bacilo está circulante ya que para diciembre de 1990 la prevalencia de enfermos inscritos en el programa fue de 7.1 por 100.000 habitantes (además limita en casi toda su extensión oriental con Santander que es el departamento con más alta prevalencia de Lepra en Colombia).

La desigual distribución de incidencia por áreas programáticas, al igual que la presencia de altas prevalencias por 100.000 habitantes, registrada a diciembre 31 de 1989 en 10 (diez) municipios del departamento, la cual oscila entre 34 en El Retiro y 98 en Nechí, hacen válidas las recomendaciones de la organización municipal de la salud, de identificar las áreas donde se localizan los focos de la enfermedad para planear una acción intensiva y permanente. (6) (5).

El efecto de la "acumulación de casos anteriores" ya mencionados, puede explicar en parte que las mayores incidencias se registren en los grupos de edad mayores de 45 años y no en el grupo de 15 a 44 años como se podría esperar de acuerdo al patrón observando en

otras poblaciones como Birmania, Filipinas, Sur de la India y Noruega. (4).

El hecho de no haberse registrado en todo el período, casos en menores de 5 años coincide con otros estudios donde rara vez se reporta la existencia de Lepra en este grupo, posiblemente por el período de incubación de la enfermedad que en promedio es de 3 a 5 años. (4) (8) (9).

La proporción de casos en menores de 15 años, encontrada para el período de estudio (4.9%), es menor de la observada para Colombia durante los años 1986 a 1990. (10).

Los hallazgos de este estudio, respecto al comportamiento de la Lepra por sexos, coincide con el de otras partes del mundo donde se registra mayor incidencia y prevalencia para los varones, a excepción de determinadas áreas del Africa donde se han observado mayores tasas para las mujeres (4). Igualmente se observa una relación hombre-mujer de 2 a 1 similar a lo relatado en otras partes de América y en Colombia (5) (10), lo cual se ha atribuido a la mayor movilidad y oportunidad de contactos de los hombres con otras personas también al tabú social y sexual que hace que el examen médico en las mujeres sea menos minucioso que en los hombres, lo que dificultaría el diagnóstico de la enfermedad. (4).

La mayor incidencia de la enfermedad en zona rural, observada en este estudio está acorde con el patrón registrado en Colombia entre los años 1986 y 1990 y el registrado en la región de las Américas donde se ha determinado el hecho de que la Lepra tiene una epidemia con mayor incidencia rural pero con mayor prevalencia urbana debido al movimiento migratorio de la población hacia las grandes ciudades. (5) (10).

No se puede desconocer la implicación social, psicológica, económica que tiene la alta frecuencia de Lepra, observada en este estudio, en personas cuya ocupación sea la agricultura y oficios domésticos no sólo porque las incapacidades dificultan su labor sino también porque el mismo desempeño de esta puede llevar a mayor incapacidad (mutilaciones, quemaduras, etc.), es indispensable brindarles, la educación adecuada sobre prevención de accidentes, rehabilitación, adecuación de herramientas de trabajo y de ser posible el apoyo para el cambio de actividad si es necesario.

Llama la atención el hecho de que en 13 de los nuevos casos no se consigne dato sobre la ocupación, el cual es de importancia para la educación al paciente respecto a la prevención de accidentes de trabajo y rehabilitación de incapacidades.

El alto porcentaje (30.6%) de casos que en el período informan como posible fuente de contagio un conviviente o un contacto, valida lo encontrado en la literatura sobre la mayor probabilidad que tienen los

convivientes y contactos de los casos de Lepra de contraer la enfermedad, en relación con la población general (5), igualmente válida la importancia del examen de convivientes y contactos de los nuevos casos.

El porcentaje de casos cuyo foco es un conviviente o un contacto puede ser aún mayor, ya que entre el 38.9% informados como sin "dato epidemiológico" (sin foco conocido) pueden estar registrados muchos pacientes que desconocen la información respecto a la presencia de la enfermedad en otras personas, por la connotación de "vergüenza" que todavía tiene la patología en nuestro medio.

Llama la atención que en el 30.6% de los casos, no se registre ningún dato sobre la posible fuente de contagio lo que indica que no se interroga al paciente sobre esta variable o se olvida consignar la información.

Lo encontrado en nuestro estudio, respecto a la frecuencia en las manifestaciones clínicas, donde se observa que en altos porcentajes (86% - 84%) de casos, están presentes signos y síntomas, dermatológicos - neurológicos y oftalmológicos, concuerda con la afirmación "El diagnóstico de la Lepra es esencialmente clínico" (11), y reafirma la norma de la OMS respecto a la realización del examen clínico con énfasis en los aspectos Dermo-neuro-otorrino-oftalmológico para establecer el diagnóstico, especialmente entre los sintomáticos de piel, los convivientes y contactos de pacientes de Lepra. (12).

La diversidad de manifestaciones clínicas hace necesario el establecimiento de diagnósticos diferenciales con otras patologías Dermatológicas y Neurológicas compatibles con lepra, esto puede dificultar su diagnóstico, creando la necesidad de impartir capacitación al personal de salud desde las instituciones formadoras del recurso, ya que ni aún en los países endémicos este personal recibe capacitación sobre Lepra durante su formación. (1).

En el Servicio Seccional de Salud de Antioquia se elaboró un listado de sintomáticos de piel (patologías de la piel y del sistema nervioso periférico compatibles con Lepra) con el fin de facilitar al personal de las unidades de salud el establecimiento de un diagnóstico diferencial de Lepra cuando detecte en una persona alguna de estas patologías.

Las altas frecuencias observadas en el presente estudio para las formas clínicas lepromatosa (46%) y tuberculoides (36%) podría explicarse en parte por la relativa facilidad en el establecimiento del diagnóstico de éstas, en comparación con la dificultad que puede presentarse para identificar las formas Indeterminada y Dimorfa. También puede reflejar una baja intensidad, de búsqueda entre sectores de la población que probablemente tengan una proporción elevada de forma indeterminada que se cure sola por buena inmunidad o vire a

otras formas, o de formas Dimorfa que alcance a virar a tuberculoides o a Lepromatosa antes de ser diagnosticadas (6).

El alto porcentaje (53.2%) de multibacilares encontrado a lo largo del período analizado, coincide con lo observado para Colombia durante los años 1986 a 1990 donde el porcentaje de multibacilares entre los nuevos casos fue mayor (alrededor del 61%) que el porcentaje de paucibacilares. (10).

En el presente estudio se encontró que el 67% de los pacientes diagnosticados en el período, presentan cualquier grado (I - II o III) de incapacidad en cualquier sector anatómico, lo cual supera el porcentaje reportado en el país durante los años 1986 a 1990 (54.6%) (10).

Esta situación amerita la aplicación de técnicas de prevención primaria y secundaria tendientes a evitar la aparición y el progreso de las incapacidades y procurar la recuperación del máximo de las capacidades del paciente. El diagnóstico oportuno de los casos, constituye una de las principales actividades en la prevención primaria de incapacidades. (11).

Teniendo en cuenta que el grado I incluye las incapacidades más leves, que generalmente coinciden con las manifestaciones primarias de la enfermedad así: Insensibilidad y/o neuritis en manos, igualmente para los pies; y en los ojos conjuntivitis o iritis, se considera que es la ausencia de incapacidades grados II y III, entre los casos nuevos lo que indica la oportunidad en el diagnóstico, de lo cual se puede inferir si la detección de los casos se acerca o no a la incidencia real. (5).

Las incapacidades grado II y III son las más graves y aparecen como manifestaciones secundarias o complicaciones de las manifestaciones primarias.

En este estudio se encontró que el 40.9% de los casos nuevos en el período, presentan incapacidades grado II y III en el momento del diagnóstico y que las incapacidades grado I, durante los años del estudio, tienden levemente al descenso, mientras los grados II y III ascienden (Gráfico 10). Se podría pensar que cada vez el diagnóstico se hace más tardíamente, teniendo en cuenta además, que el mayor porcentaje de casos diagnosticados son multibacilares y que el 36.0% de los diagnósticos se hicieron después de 37 meses de iniciarse las primeras manifestaciones de la enfermedad, lo cual da indicio de captación tardía "acumulación de casos anteriores", el diagnóstico tardío agrava el problema epidemiológico puesto que los casos no identificados y por su puesto no tratados constituyen un foco de transmisión de la enfermedad, siendo las formas multibacilares la principal fuente de infección. (9).

En nuestro estudio, se encontró un mayor índice de incapacidades entre las formas multibacilares (74.1%)

que entre las paucibacilares (58.9%) observándose que el grado II es más frecuente entre las multibacilares y el grado I más frecuente entre las paucibacilares (Gráficos 10 y 11). Lo anterior se puede explicar por el menor compromiso inmune que se presenta en los enfermos con Lepra Tuberculoides, lo que permite una respuesta intensa que ataca indiscriminadamente incluyendo el sistema nervioso periférico, ocasionando el déficit sensorial o motor que constituyen las manifestaciones primarias o incapacidad grado I. (1).

El mayor porcentaje de incapacidades grado II observado en las formas multibacilares refleja las complicaciones de las manifestaciones primarias, la mayor frecuencia de manifestaciones secundarias y la presencia de reacciones lepróticas tipo II, mediados por complejos inmunes, las cuales son frecuentes en la Lepra Lepromatosa. (12).

En el presente estudio, los pies resultan ser el sector anatómico más frecuente comprometido en los pacientes con incapacidad grado I, la mayor frecuencia del compromiso en las manos se observa en los incapacitados grado II, mientras que los ojos son los más afectados en los incapacitados grado III, lo que concuerda con lo encontrado en otros estudios realizados en la región de las Américas. (5).

En los mismos estudios se ha evidenciado que un 50% de los enfermos de Lepra presenta problemas oculares y un 10% resultan ciegos (5). En esta investigación el 5% de los 203 enfermos diagnosticados, presentan grado III de incapacidad en ojos, esto significa, como se explicó anteriormente, que estos pacientes desde el momento del diagnóstico, sólo distinguen la luz o la sombra o se encuentran totalmente ciegos.

Los datos consignados sobre incapacidades, se refieren a lo encontrado en el momento del diagnóstico, sería de gran utilidad otros estudios sobre la evolución de las incapacidades iniciales y/o la aparición de otras incapacidades durante el tratamiento, para evaluar las actividades de rehabilitación realizadas y apoyar la implementación de técnicas de prevención primaria y secundaria de incapacidad, para disminuir la endemia de la Lepra al nivel de una enfermedad no incapacitante, y contribuir a la disminución del estigma social que la Lepra aun arrastra en nuestro medio, ya que LEPROSA es sinónimo de incapacidad y Deformidad. (13).

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

- Dr. José María Maya: MSP
Jefe de investigaciones de la Facultad de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud CES. Por sus valiosos aportes a todo el desarrollo de esta investigación.
- Abiliam Vásquez de Rodríguez.
Enfermera MSP del Servicio Seccional de Salud de Antioquia por su asesoría en esta investigación.
- Ingeniero José Álvarez Estrada por su invaluable colaboración con todo lo concerniente a la parte de sistematización de esta investigación.
- Servicio Seccional de Salud de Antioquia por permitirnos consultar sus archivos y darnos todo el apoyo para que esta investigación se llevara a cabo.
- Todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron e hicieron posible la realización de esta investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Comité de expertos de la OMS en Lepra. Serie de Informes Técnicos, No. 768, sexto informe. Ginebra, 1988.
2. MINISTERIO DE SALUD. Documento de Trabajo para Discusión Técnica, control de Lepra. 1987.
3. MINISTERIO DE SALUD. Acción educativa contra la Lepra, manual médico, Bogotá, Colombia, 1985 - 1986.
4. OMS. La Epidemiología de la Lepra en relación con la lucha Antileprosa. Serie de Informes Técnicos, No. 716. Ginebra, 1985.
5. OPS. Situación de los programas de Control de la Lepra en las Américas. 1988.
6. VASQUEZ ABILIAM, VELASQUEZ JULIO C., evaluación del programa control Hansen Enero a Diciembre 1989. Medellín 1990.
7. MINISTERIO DE SALUD. Manual programa Control de la Lepra. Colombia, 1989.
8. BRANWALD EUGENE, GSSELBACHER R., y otros. Harrison's Principales of Internal Medicine. Ed. 11o, Nueva York, 1987.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Una guía para el control de la Lepra. 1988.
10. IBARRA, I., LIBARDO ALLEN. Ministerio de Salud, Evaluación Programa control de Lepra en Colombia hasta 1990, informe aún no publicado..
11. VASQUEZ ABILIAM, ARANGO MARIA ELENA. Manual de Capacitación Programa Control Hansen. Ed. S.S.S.A. Medellín, 1989.
12. S.S.S.A. Manual de normas técnicas y administrativas programa control Hansen. 1989.
13. S.S.S.A. Boletín epidemiológico. Año III No. 6. 1978.