

PREVALENCIA DE LEPROA EN COSTA RICA, DE 1998-2003

PREVALENCE OF LEPROSY IN COSTA RICA BETWEEN 1998 AND 2003

Azálea Espinoza Aguirre¹

Recibido: 23/11/07 Revisado: 28/11/07 Aprobado: 9/12/07

Resumen

Se realizó un estudio de prevalencia de lepra durante el período 1998 al año 2003, con el objetivo de caracterizar la distribución de esta enfermedad en el país. Los casos fueron pacientes con un diagnóstico de lepra o enfermedad de Hansen confirmado por un médico, que estuviera consultando en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense Seguro Social (CCSS) durante el período de estudio y pacientes que abandonaron el tratamiento sin curarse. Se excluyeron los casos curados, fallecidos y extranjeros no residentes en el país. Mediante búsqueda activa en la CCSS se identificaron los expedientes de los pacientes de 1998 al 2003 y los reportes de laboratorio de biopsia de piel y linfa cutánea confirmados por lepra. Del Ministerio de Salud (MS) se obtuvieron los casos notificados y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos los datos de población. Se elaboró un formulario que incluyó variables clínicas, epidemiológicas, de laboratorio y socioeconómicas. El análisis se realizó según provincia, cantón, grupos de edad y sexo. Se calculó la tasa de prevalencia, de detección de casos y porcentajes. Se identificaron, 114 expedientes en los servicios de salud pero sólo 89 casos, que representaron una prevalencia de 0,3 casos por diez mil habitantes. La enfermedad afectó a los mayores de 15 años, y a los hombres un 65% (58). Puntarenas presentó la prevalencia por provincia más alta: 0,6x10.000 habitantes (23). Todos recibieron medicamentos para el tipo lepromatoso y en el Hospital San Juan de Dios se atendieron el 60% de ellos. El 28% reingresó a los servicios. Desde 1998, el MS no había realizado investigaciones epidemiológicas de los casos, ni seguimiento a sus contactos. El personal de los servicios de salud no cuenta con protocolos, ni normas de tratamiento clínico. Costa Rica eliminó la lepra como problema de salud pública (menos de 1 caso por diez mil habitantes) desde 1995. Se recomendó iniciar inmediatamente las investigaciones epidemiológicas de los casos y contactos, implementar un plan dirigido al personal de salud y la supervisión del tratamiento y

fortalecer las estrategias de eliminación para avanzar aceleradamente hacia la erradicación.

Palabras claves: Lepra, prevalencia, eliminación y erradicación, enfermedad de Hansen, *M. leprae*.

Abstract

A study of the prevalence of leprosy was conducted during the time period comprised between the years 1998 to 2003 with the purpose of characterizing the distribution of this illness in the country. Cases were those patients with a diagnosis of leprosy or Hansen's disease confirmed by a physician which had consulted in the health establishments of the Costa Rican Social Security System (hereby, abbreviated as C.C.S.S.) during the study period as well as patients who abandoned treatment without having achieved a cure. Cases which were cured, who died or foreigners were excluded. By means of an active search in the CCSS, health records of patients between 1998 and 2003 were identified as well as their laboratory reports of skin biopsy and cutaneous lymph confirmatory of the diagnosis. Notified cases were obtained from the Ministry of Health and population data from the National Institute on Statistics and the Census. A form with clinical as well as epidemiological, laboratory and socio-economic variables was designed. Analysis was carried out by geographical area (both province as well as county), age groups and sex. A prevalence rate was calculated as well as a case-detection rate and the respective percentages. While 114 cases were identified in the health services, only 89 were included in our study which represents a prevalence of 0,3 cases per 100,000 inhabitants. The illness affected mainly those older than 15 years of age;

¹ Dirección: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica. San José, Costa Rica.
Correspondencia: azalea1@racsa.co.cr

65 percent of the cases were male. The province of Puntarenas showed the highest prevalence with 0,6 per 10,000 inhabitants. All these patients received treatment for the lepromatous type of leprosy and the San Juan de Dios Hospital took care of 60% of them. 28% of the cases relapsed. Since 1998, the Ministry of Health did not conduct any epidemiological investigation of the cases of Hansen's disease nor had any follow-up of the contacts been carried out. Health-services' personnel didn't have any protocol nor any clinical treatment guidelines available to them. Costa Rica eliminated leprosy as a public health problem in 1995 and the incidence rate has been lower than one case per 100,000 inhabitants since then. Our recommendations include: beginning immediately epidemiological investigation of each case and the appropriate contacts; the implementation of a plan directed towards health personnel and, finally, supervised treatment and strengthening of the elimination strategies in order to move forward rapidly towards eradication.

Key words: Leprosy, prevalence, elimination and eradication, Hansen's disease, *M. leprae*.

Introducción

La lepra fue una de las primeras enfermedades descritas en el mundo antiguo,⁽¹⁾ sin embargo, su origen histórico no se conoce con exactitud debido a la falta de conocimientos para diagnosticar y registrar las enfermedades en la antigüedad, y a los pocos datos que esta enfermedad deja en momias y esqueletos. Los casos comprobables mas antiguos de lepra se encontraron en momias egipcias que datan del siglo II a.C., hace unos 2200 años⁽²⁾.

A pesar de que la lepra es tan antigua, existe desconocimiento en algunos aspectos de la enfermedad,⁽³⁾ tanto para los clínicos como para la población. Por ejemplo: el modo de transmisión del bacilo de la lepra sigue siendo incierto, pero la mayoría de los investigadores creen que *M. leprae* se propaga de persona a persona, principalmente como un infección transmitida por microgotas nasales⁽⁴⁾. La lepra sigue teniendo importancia y prioridad, tanta que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó un plan de acción para su eliminación a partir de la Resolución WHA 44.9 tomada en mayo de 1991 por la Asamblea Mundial de la Salud⁽⁵⁾. Eliminar la lepra como problema de salud pública significa que se debe conseguir una prevalencia de menos de un caso por 10 mil habitantes. Eliminarla no quiere decir erradicarla, ni interrumpir la transmisión, sino mas bien, la reducción a niveles muy bajos⁽⁶⁾.

Según datos de la OMS en el período de 1997 al 2003, se diagnosticaron 4.781.080 casos nuevos de lepra,⁽⁷⁾ y es en África, Asia y América Latina donde continuaban presentándose porcentajes por encima del límite establecido. El 83% de los casos registrados en el mundo se encuentran en India, Brasil, Madagascar, Mozambique, Nepal y Tanzania⁽⁸⁾.

Las estrategias básicas de la eliminación recomendadas por la OMS han contribuido a disminuir esta enfermedad, y están basadas en la detección temprana de los casos contagiosos, garantizar el acceso del tratamiento a todos los pacientes, identificar áreas geográficas críticas, y una constante revisión de los instrumentos de monitoreo y control en los sistemas de salud⁽⁴⁾.

En Costa Rica existe evidencia del registro y reporte internacional de esta enfermedad desde 1925⁽⁹⁾ y el Ministerio de Salud indica por medio de decreto, que es una enfermedad de notificación individual y que la notificación debe realizarse en una semana o menos⁽¹⁰⁾.

Los informes enviados a la Organización Panamericana de la Salud, por el Programa de lepra que existió en el país antes de 1998, reportaron en 1996, una tasa de prevalencia de 0,56 casos por diez mil habitantes⁽⁴⁾. En 1998 se reportaron 143 casos que representó una prevalencia de 0,39 por 10 mil⁽¹¹⁾.

Actualmente, en el MS no se encuentra documentada la existencia de un monitoreo constante de la enfermedad, y a partir de 1998, se desconoció la situación de estos pacientes en el país, por lo que fue necesario realizar esta investigación.

En este estudio se determinó la prevalencia de la lepra o enfermedad de Hansen, la distribución geográfica y las principales características epidemiológicas de los casos en el país para el periodo 1998 al 2003. Además se recomendó fortalecer las acciones de eliminación recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para avanzar aceleradamente hacia la erradicación de ésta bíblica enfermedad en nuestro país.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo de 1998 al 2003. Mediante una búsqueda activa de casos, se identificaron los expedientes de los pacientes que consultaron en los hospitales nacionales, regionales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) utilizando la siguiente definición de caso:

pacientes con un diagnóstico de lepra o enfermedad de Hansen confirmado por un médico, que estuviera consultando en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense Seguro Social (CCSS) durante el período de estudio y pacientes que abandonaron el tratamiento sin curarse. Se excluyeron los casos curados, fallecidos y extranjeros no residentes en el país. El número de expediente permitió incluir por una vez, aquellos casos que consultaron repetidamente en los diferentes hospitales y clínicas de la seguridad social del país

Como métodos para confirmar la enfermedad se consideraron: las baciloscopía de linfa cutánea del lóbulo de la oreja y las biopsias de piel. De los expedientes de los casos se obtuvieron los reportes de exámenes de laboratorio positivos por lepra.

Del Sistema de Egreso Hospitalario de la CCSS, se obtuvieron todos diagnósticos con los códigos de la A130.0 a la A130.9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades⁽¹²⁾ del período y se compararon con los casos identificados en las consultas y en el MS por cada año del período de estudio.

Se elaboró un cuestionario para recolectar la información utilizada en la investigación. Se incluyó información de los expedientes clínicos, y los responsables de epidemiología de las Direcciones Regionales y de las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud en coordinación con los de la CCSS colaboraron incluyendo en el cuestionario mediante visita domiciliar que información socioeconómica. Se incluyó variables clínicas, epidemiológicas, de laboratorio y sociodemográficas.

El Ministerio de Salud proporcionó los casos

notificados al Sistema de Notificación Obligatoria, mediante las boleta de notificación obligatoria (VE-01), que se llena en los servicios de salud, y que se envían al Ministerio de Salud. Del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos se obtuvieron las estimaciones de población para realizar los cálculos de prevalencia según provincia, cantón, grupos de edad, y sexo.

Los casos nuevos detectados en los servicios de salud se compararon con los del egreso hospitalario para obtener el % de casos hospitalizados.

Se calculó prevalencia, la tasa de detección de casos, promedio estancia hospitalaria, razones y porcentajes.

Resultados

Busqueda activa:

En el Sistema de Egreso Hospitalario de la CCSS se identificaron 114 expedientes con diagnósticos confirmados por lepra correspondientes durante el periodo de 1998 al 2003. Para el estudio se identificaron 89 casos, lo que representó una tasa de prevalencia de 0,3 casos por diez mil habitantes.

En la figura 1, se presenta la información de la búsqueda activa. Se puede observar la subnotificación, en los primeros 2 años, si comparamos las boletas del MS con los expedientes de la CCSS. Del año 2000 al 2002, no se notificaron casos al MS, pero en el 2003 mejoró la notificación. El 66% de los casos detectados requirieron hospitalización. A partir del 2000, se identificaron todos los casos atendidos en la seguridad social para incluirlos en la investigación.

Figura 1
Búsqueda activa de casos, según fuentes de datos. Costa Rica, 1998-2003.

Instituciones donde se realizó búsqueda activa	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Ministerio de Salud:	11	6	0	0	0	10	27
Boletas de notificación obligatoria							
Caja Costarricense Seguro Social:	16	8	12	18	21	ND	75
Egreso hospitalario							
Caja Costarricense Seguro Social:	21	14	15	19	30	15	114
Expedientes clínicos identificados							
Casos incluidos en la investigación	6	4	15	19	30	15	89

Fuentes: Sistema de Egreso Hospitalario de la CCSS,
Sistema de notificación obligatoria del MS
Archivos médicos de la CCSS.

Distribución de los casos

Los hombres fueron mas afectados por la enfermedad que las mujeres; un 65% que correspondió a 58 de 89.

Por cada mujer hubo 2 hombres con la enfermedad. Igual comportamiento se describe en la literatura consultada⁽¹⁵⁾. En la figura 2, se presenta la información por sexo según año.

Figura 2
Prevalencia y casos de lepra según año y sexo.

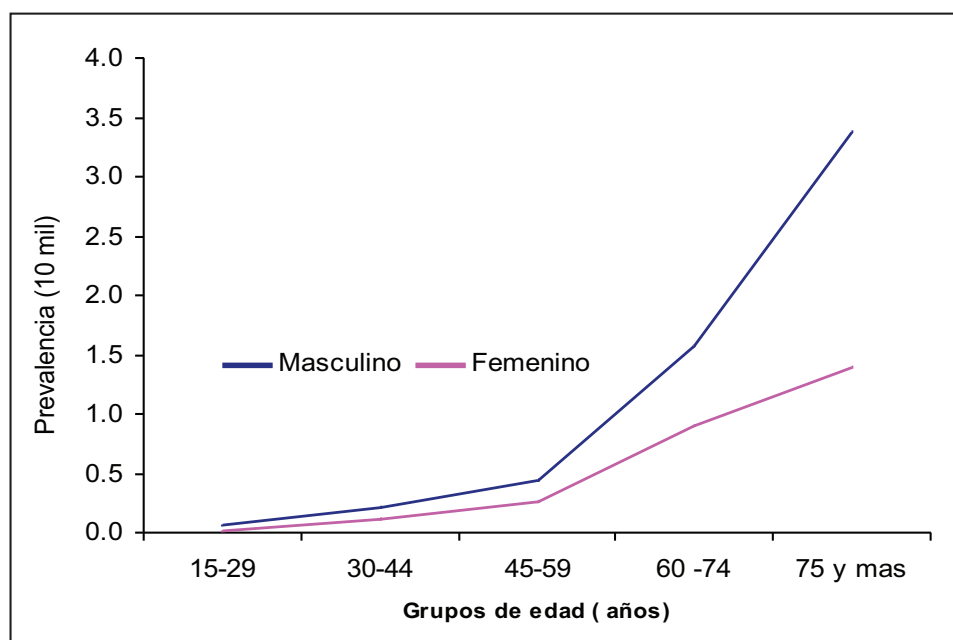
Sexo	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total	Prevalencia por 10 mil
Masculino	5	3	10	14	17	9	58	0,4
Femenino	1	1	4	5	13	6	31	0,2
Total	6	4	15	19	30	15	89	0,30

Fuente: MS, CCSS y Centro Centroamericano de Población.

Los casos se dieron en la población mayor de 15 años, concentrándose la mayor frecuencia en el grupo de 60 a 74 años (29 casos). Sin embargo, a medida que aumenta la edad, aumenta también la prevalencia. En la figura 3, se observan las diferencias por sexo y grupos de edad. Para los mayores 60

años, se observa una tendencia de la prevalencia a aumentar, y una clara diferencia entre hombres y mujeres. En los mayores de 75 años la prevalencia de los hombres duplica la prevalencia de las mujeres (hombres mayores de 75 años = 3,4 x diez mil y en mujeres = 1,4).

Figura 3
Prevalencia de lepra según grupos de edad. Costa Rica, 1998-2003.



Fuente: CCSS, MS, Investigación.

El 92% (81) de los pacientes fueron identificados en las consultas de dermatología y medicina interna de los hospitales nacionales y regionales del país y el 8% en 4 clínicas mayores de la seguridad social. A todos se les confirmó el diagnóstico mediante linfa cutánea o

biopsia de piel. El 60% de los casos consultaron en el Servicio de Dermatología del Hospital San Juan de Dios, pero mantienen consultas simultáneas en hospitales de su área de atracción. El 100% de los pacientes recibió terapia para el tipo de lepra lepromatosa para adultos.

Los casos se distribuyeron principalmente en la provincia de Puntarenas donde la prevalencia fue 0,6 casos por diez mil equivalentes a 23 casos. En San José se concentra el mayor número de casos (27) representando una prevalencia de 0, 2 casos por diez mil habitantes.

El 26% (23) de los casos continúan asistiendo a los servicios, por no curarse de la enfermedad. Además, no se registró en los expedientes, un seguimiento de estos los pacientes, dentro de un programa que controle la enfermedad tal y como lo ha recomendado la Organización Panamericana de la Salud⁽⁶⁾.

El 21% de los casos indicaron pérdida de sensibilidad en las lesiones presentadas en manos y pies. No se clasificó el grado de discapacidad en este estudio.

Situación socioeconómica

Con respecto a las condiciones socioeconómicas, 49 (55%) casos indicaron ganar un salario mensual promedio de ¢ 50.000. El salario mínimo fue ¢12.000 y el máximo ¢150.000.

El promedio de contactos domiciliarios identificados en las familias fue de 5 y el 73% de las casas contaban con 2 habitaciones.

Conclusiones

La prevalencia en el país fue menor a un caso por cada diez mil habitantes, lo que indica que contamos con indicadores de eliminación a nivel nacional y subnacional acordes a los establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

Puntarenas presentó la prevalencia por provincia más alta, especialmente en el cantón de Parrita; sin embargo la prevalencia subnacional se mantiene menor a un caso por diez mil habitantes.

Los hombres y los mayores de 60 años fueron los grupos mas afectados por la enfermedad.

En los establecimientos de la CCSS se atendieron a todos los casos, y todos fueron diagnosticados y tratados por dermatólogos y especialistas en medicina interna. La clasificación de la enfermedad, no se incluyó en el diagnóstico que se notifica al Ministerio de Salud. El sistema de notificación mejoró notablemente después de la búsqueda de los casos, la investigación motivó a los encargados de los servicios de salud a notificar los casos al MS.

Existe todavía la tendencia de los pacientes a recibir atención en el Hospital San Juan de Dios.

Recomendaciones

Urge elaborar un protocolo de vigilancia epidemiológica de la lepra y una norma de tratamiento, que oriente a los funcionarios de los servicios de salud al manejo clínico adecuado de estos pacientes. Las investigaciones de los casos, deben iniciarse inmediatamente.

Una investigación para determinar la prevalencia en los contactos domiciliarios, que no se ha publicado desde 1974, urge realizar. Es posible que detectemos más casos en etapas tempranas de la enfermedad cuando las probabilidades de curación son más altas, y evitaríamos las discapacidades.

La enfermedad se está detectando en su forma tardía, por lo que se deberían dirigir esfuerzos hacia la detección temprana, educación de los enfermos y la capacitación del personal de salud.

Llama la atención el porcentaje de pacientes que vuelven a los servicios de salud porque no se han curado de la enfermedad, se debe investigar las causas que podrían estar asociadas como por el ejemplo abandonos de tratamientos, o la posibilidad de resistencia a los medicamentos. Iniciar la terapia supervisada para garantizarse la adherencia al tratamiento podría mejorar considerablemente el porcentaje de reingreso de los pacientes a los servicios de salud.

Si pretendemos reducir aún mas los indicadores de eliminación para avanzar aceleradamente hacia la erradicación de esta enfermedad, se debe implementar una política de salud enérgica que permita establecer un compromiso en los servicios de salud y los encargados de epidemiología tanto en las Áreas Rectoras como en las Areas de Salud.

La Organización Mundial de la Salud indica que se debe descentralizar la atención clínica de estos pacientes, para mejorar la integración de los servicios de atención en los servicios de salud generales, motivando a las personas a reconocer los síntomas y solicitar tratamientos en el área de atracción que corresponde. Esta estrategia se considera la única vía para garantizar el acceso a los medicamentos, reducir el estigma asociado a la enfermedad a lo largo de la historia.

Agradecimientos

Se agradece el apoyo, la ayuda y los conocimientos brindados durante esta investigación a los profesionales: Dr. Orlando Jaramillo Antillón (Dermatólogo leprologo del Servicio de Dermatología y Alergología del Hospital México), Dra. Sonia Maroto (Departamento de Farmacoterapia de la CCSS), Dr. Albin Chaves (Departamento de Farmacoterapia de la CCSS), Dra. Ana Arias (Farmacia del Hospital San Juan de Dios), Dra. Nuria Montero (Farmacia del Hospital San Juan de Dios), Dr. Sócrates Vargas, epidemiólogo del Hospital San Juan de Dios y a todos los epidemiólogos regionales y encargados de epidemiología en las Áreas Rectoras de Salud del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social que contribuyeron con la investigación.

No.1.Marzo 2000.

- (12).Proceso de restructuracion del Ministerio de Salud.
- (13). Clasificación Internacional de Enfermedades.
- (14) Organización Panamericana de la Salud. Guía para la eliminación de la lepra. Lepra al día, 2001.
- (15).Urbina Juan, García Maria, Leton María, Ruiz Raquel. Epidemiología de la lepra a través del estudio de frecuentación en el Hospital especializado de Trillo durante el período de 1943-1995. Rev. Esp. Salud Pública, 1997; 71: 463-447. No.5 Septiembre-Octubre 1997. México.

Referencias bibliográficas

- (1). Rodríguez, G. Historia de la Lepra. Ayer, hoy y mañana. Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/academedia/academ25161-lepra.htm>.
- (2). Soto, E. La Lepra en Europa Medieval. El nacimiento de un mito. Disponible en URL: <http://www.elementos.bucip.mx>
- (3). Venero S, Rodríguez M, Suárez R. Epidemiología de la Lepra en la provincia de Villa Clara (1990-2001). Rev. Cubana Higi Epidemiol 2006; 44 (3).
- (4). Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Mundial para aliviar la carga de enfermedad y sostener las actividades de control de la enfermedad (Perido del Plan: 2006-210). 2005.
- (5). González C, Abreu A. Vigilancia de la lepra en situaciones de baja prevalencia. Rev Panamericana de Salud Pública / Pan Am J Public Health 9(2), 2001.
- (6). Lombardi Clovis, Martolli Celina M. T., Silva Simonne Almeida e, Suárez Reinaldo E. Gil. La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000900001&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1020-49891998000900001.
- (7). Gomez J, Moll F. Lepra: enfermedad olvidada.Situacion actual y trabajo sobre el terreno. Revista Nexos Medica. Enf Emerg 2005; 7(2):110-119. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/dpf/ee2005_2/s-7-2-004.pdf.
- (8). Rinaldi A. Paso a paso en el intento de eliminar la lepra. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/08/31/biocienciadocumentos/1157025576.html>.
- (9). Congreso Institucional de la República de Costa Rica. Código Sanitario Panamericano (1924). Capitulo II Notificación e Informes ulteriores a otros países. Ley 41: del 20/06/1925.
- (10).Diario Oficial. La Gaceta. Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. No- 30945-S. Art. 9,
- (11).Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la Lepra de las Américas. Boletín Epidemiológico. Vol. 21,