

Investigación

Medwave 2012 Dic;12(11):e5578 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5578

Situación epidemiológica de la lepra en Cumanayagua (2006-2011): estudio de cohorte retrospectiva

Epidemiology of leprosy in Cumanayagua (2006-2011): retrospective cohort study

Autores: Félix Ibrahim Hidalgo Pereira⁽¹⁾, Guillermo Martínez López⁽²⁾, Ana Isabel Fernández Juviel⁽³⁾

Filiación: ⁽¹⁾Policlínico Universitario Aracelio Rodríguez Castellón, Cuba

⁽²⁾Departamento Docente, Policlínico Cumanayagua, Cuba

⁽³⁾Departamento de Genética, Policlínico Cumanayagua, Cuba

E-mail: metct@polcmy.cfg.sld.cu

Citación: Hidalgo FI, Martínez G, Fernández AI. Epidemiology of leprosy in Cumanayagua (2006-2011): retrospective cohort study. *Medwave* 2012 Dic;12(11):e5578 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5578

Fecha de envío: 13/9/2012

Fecha de aceptación: 14/11/2012

Fecha de publicación: 1/12/2012

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por 2 revisores, a doble ciego

Palabras clave: leprosy prevalence, incidence, epidemiology

Resumen

Introducción: la enfermedad de Hansen constituye en la actualidad un problema de salud en el municipio de Cumanayagua. **Objetivo:** describir la epidemiología de la entidad. **Métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de la lepra en el municipio de Cumanayagua durante los años 2006-2011. Se tomó como universo todos los casos de este período coincidiendo con la muestra. Los datos se obtuvieron de los registros archivados en el Centro Municipal de Higiene y Epidemiología además de la encuesta que establece el Programa Nacional de Control de Lepra para cada uno de los nuevos diagnósticos. Los resultados se analizaron en un sistema de gestión de base de datos mediante el programa SPSS 15.0, y se representaron en tablas. **Resultados:** se constataron prolongados momentos de silencio durante la etapa de estudio con un marcado ascenso de la incidencia en el año 2009. El sexo femenino fue el más afectado por la lepra durante el período de estudio seleccionado alcanzando el 54,2% del total de la muestra. Predominaron la lepra indeterminada y la tuberculoide con un 37,5% y 29,1% respectivamente. En el 41,6% de los enfermos de lepra transcurrió más de un año entre el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico. El 83,3% de los pacientes acudieron de forma espontánea al médico en busca de diagnóstico mientras que solo el 4,2% fue diagnosticado mediante estudio de contactos. Predominó la lepra multibacilar en el 62,5% de los casos. **Conclusión:** durante el año 2009 se evidencia un incremento notable de la incidencia de la lepra en el municipio objeto de estudio alcanzando una tasa de 15,0 X 100.000 habitantes.

Abstract

Introduction. Hansen's disease is currently a health problem in the municipality of Cumanayagua. **Objective:** To describe the epidemiology of this condition. **Methods.** Retrospective, descriptive study of leprosy in the Municipality of Cumanayagua, Cuba, from 2006 to 2011. Study universe are all cases occurring during this period and are consistent with the sample. Data were obtained from the Municipal Center for Hygiene and Epidemiology records, as well as from the survey conducted by the National Leprosy Control for each new case. The results were analyzed with SPSS 15.0, and are presented in tables. **Results.** Incidence was silent during prolonged periods of the study phase with a marked rise in in 2009. Females were affected most by leprosy during the selected study period reaching 54.2% of the total sample. Indeterminate leprosy and tuberculoid leprosy predominated, with respective rates of 37.5% and 29.1%. In 41.6% of leprosy patients, over a year elapsed between

the onset of symptoms and diagnosis. 83.3% of patients spontaneously went to the doctor for diagnosis while only 4.2% were diagnosed through contact tracing. Multibacillary leprosy prevailed in 62.5% of cases. **Conclusion.** In 2009, there was evidence of a significant increase in the incidence of leprosy in the municipality under study reaching a rate of 15.0 per 100,000 inhabitants.

Introducción

La lepra fue una de las primeras enfermedades descritas en el mundo antiguo y a través de la historia se ha dado a conocer también como "Mal de San Lázaro" o "Hanseniasis". Es una enfermedad crónica transmisible que ha afligido a la sociedad desde tiempos inmemorables. Afectó en un momento determinado a todos los continentes y dejó tras de sí, en la historia de la humanidad, una imagen terrible de mutilación, rechazo y exclusión de la sociedad^{1,2}.

Considerada como infecciosa y crónica esta enfermedad del hombre se debe al contagio del bacilo *Mycobacterium leprae* identificado en 1873 por el médico noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen y se caracteriza por lesiones en la piel, nervios, huesos y vísceras³.

Todavía no está claro cómo se transmite la lepra. El vivir en la misma casa y el nexos íntimo con una persona enferma aumentaría el riesgo. Se plantea que las bacterias se transmiten por el contacto con las descargas de la nariz del infectado.

La lepra es quizá de entre todas las dolencias infecciosas la menos contagiosa. Cualquier persona puede infectarse pero no es tan fácil, *Mycobacterium leprae* es de baja virulencia, para enfermar de lepra es preciso estar genéticamente predispuesto para adquirirla: un factor de resistencia natural a la lepra está presente en el 95,0% de la población, la lepra constituye hoy un problema de salud donde la falta de nutrición conduce a una merma de la resistencia a éste y a otros males.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó un plan de acción para la eliminación de la enfermedad de Hansen a partir de la Resolución WHO 44.9 adoptada en mayo de 1991 por la Asamblea Mundial de la Salud⁴. 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 más bien la reducción a niveles muy bajos⁵.

El juicio clínico indica que la enfermedad solo se trasmite después de años de exposición, el período de incubación varía de 9 meses a 20 años y el promedio es probablemente de 4 años para la lepra tuberculoide y el doble para la lepra lepromatosa. Raramente aparece en los niños menores de 3 años¹.

En Cuba se tiene noticias de los primeros enfermos de lepra en el Acta del Cabildo en Ciudad de La Habana el 17 de enero de 1613 en la que se informa la llegada desde el exterior de 6 personas tocadas del Mal de San Lázaro⁶.

En 1993 con la reducción de la tasa de prevalencia a 0,79 por cada 10.000 habitantes se alcanzó la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública a nivel nacional².

En el año 1999 hubo una incidencia de 333 casos en Cuba que representó una tasa de 0,30 por 10.000 habitantes, de ellos 9 fueron en menores de 15 años y 324 de 15 años y más; a finales de ese año la tasa de prevalencia fue de 0,54 x 10.000 habitantes (597 casos)⁷. Actualmente todas las provincias del país han alcanzado la categoría de eliminación de la lepra.

En los últimos años se ha mantenido una estabilización entre los casos nuevos que se diagnostican y los casos que salen de la prevalencia curados. Comportándose de igual forma la detección de casos. Durante 2004, 2005 y 2006 se notificaron 211, 208 y 183 casos respectivamente. En el 2007 se detectaron 244 casos nuevos para una tasa de 2,2 por cada 100.000 habitantes⁸.

En la provincia de Cienfuegos, a pesar de que la tendencia de la enfermedad es hacia la estabilidad, en los últimos diez años se observa un incremento notable de la incidencia. Diagnosticándose durante el año 2008 un total de 16 casos, para una tasa de 0,5 x 100.000 habitantes con 6 casos más que en el 2007. Durante el primer semestre del presente año en la provincia se diagnostican 9 casos, 2 de ellos en el municipio de Cienfuegos con un incremento de su tasa en el 100% y los 7 restantes en el municipio de Cumanayagua con una tasa de 13,5 X 100.000 habitantes incrementando la misma en 610,5%⁹.

Teniendo en cuenta que la lepra es una de las prioridades de investigación en el país y en la provincia, la repercusión biológica, económica y social que implica esta patología para el individuo, la familia y la comunidad, valorando además la situación epidemiológica actual de la misma nos planteamos el siguiente problema científico: ¿cómo repercute el comportamiento actual de la lepra en el municipio de Cumanayagua sobre el estado de salud de la población?

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la lepra en el municipio de Cumanayagua durante el período 2006-2011, con el objetivo de describir la epidemiología de la entidad.

Para el desarrollo de la investigación se tomó como universo todos los casos reportados en este período⁷, cifra que coincide con la muestra. Para la selección de la misma

se empleó el método opinático no probabilístico. Los datos se obtuvieron de los registros archivados en el Centro Municipal de Higiene y Epidemiología además de la encuesta que establece el Programa Nacional de Control de Lepra para cada uno de los nuevos diagnósticos. Dentro de las variables estudiadas se encuentran la edad, el sexo, la clasificación clínica (para la cual se consignó la clasificación de Madrid que ha sido la vigente hasta el momento: lepra indeterminada, dimorfa, tuberculoide y lepromatosa), y la clasificación operacional de la enfermedad (lepra multibacilar y paucibacilar), el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico, el número de veces que el paciente tuvo que acudir al médico en busca de diagnóstico, y el modo de detección de la infección, (espontáneo, encuesta en población de riesgo o estudio de contactos).

Criterios de inclusión

- Todos los pacientes diagnosticados y notificados en el período 2006-2010, considerados como prevalencia.
- Todos los pacientes que fueron diagnosticados y notificados en el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2011, considerados como incidencia.
- Todos los pacientes que fueron diagnosticados en el período de estudio y que recibieron tratamiento médico tanto para la forma paucibacilar como multibacilar.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no estén diagnosticados ni notificados en el período de estudio.
- Pacientes que estén diagnosticados pero que no hayan sido notificados por tarjeta EDO (para la vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria) en el período de estudio.
- Pacientes que durante el período de estudio fueron diagnosticados pero que no recibieron tratamiento médico para ninguna de las formas clínicas según clasificación operacional de la enfermedad.

Para el análisis de la información, los datos se procesaron mediante el programa SPSS 15.0. Los resultados se expresaron en tasas y porcentajes, y se representaron en tablas.

Resultados

La Tabla I presenta la prevalencia de los casos de lepra según año de diagnóstico por cada 10.000 habitantes, desde 2006 al 2011.

Al analizar el comportamiento de la prevalencia de la enfermedad de Hansen (2006-2010) en el municipio de Cumanayagua se constató que durante ese período la enfermedad se mantuvo con tasas por debajo de las exigidas por la OMS para considerarla eliminada, excepto los 7 casos identificados durante el año 2009 que provocaron un incremento de la tasa a 1,5 x 10.000 habitantes, constituyendo esto un problema de salud para el territorio. Resulta importante señalar que durante los 5 años que incluyen la prevalencia de esta enfermedad se observan importantes períodos de silencio.

El sexo femenino fue el más afectado por la lepra durante el período de estudio seleccionado alcanzando el 54,2% del total de la muestra. Predominó en las mujeres la forma indeterminada con el 25,0% y en los hombres la lepra dimorfa con el 16,7%. Al analizar ambos sexos de conjunto la forma clínica indeterminada fue la que más casos afectó con el 37,5% seguida de la tuberculoide con el 29,1%.

En el 41,6% de los enfermos de lepra transcurrió más de un año entre el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico lo cual evidencia que más de la tercera parte de los casos se diagnosticaron tardíamente.

El 83,3% de los casos de lepra acudieron espontáneamente en busca de diagnóstico. El 50,0% de ellos fueron clasificados desde el punto de vista clínico como multibacilar y el 33,3% restantes como paucibacilar. Solo el 4,2% del total de los casos fueron identificados a partir del estudio de los contactos.

Discusión

Al analizar la distribución de los casos de lepra de acuerdo al año de diagnóstico (Tabla I) se constató que los resultados de la actual investigación difieren con los reportados por Orihuela¹⁰ en su artículo "Prevalencia de la lepra en la provincia de Matanzas", al referir una disminución gradual de la enfermedad durante los años de estudio. Venero Fernández¹¹ en su trabajo "Epidemiología de la lepra en la provincia de Villa Clara" (1990-2001) asegura haber encontrado una franca tendencia al descenso de la enfermedad en este territorio, mientras que Peralta Terán¹² en el municipio de Morón encontró en estudio realizado entre los años 1988-2003 una marcada fluctuación en las tasas de prevalencia de la lepra.

Sin embargo similares resultados a los de la presente investigación refiere Pérez Giliberti¹³ en su trabajo "Comportamiento clínico-epidemiológico de la lepra en el municipio Morón durante el quinquenio 2004-2008" al señalar un incremento de la enfermedad. Orama Fernández¹⁴ al estudiar el "Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio de La Lisa" halló un evidente incremento de los casos infectados por *Mycobacterium leprae*.

La provincia de Cienfuegos según datos ofrecidos por el anuario estadístico del año 2009¹⁵ concluyó con una prevalencia de 0,2 x 100.000 habitantes. Y una incidencia de 3,2 x 100.000 habitantes.

En cuanto a la forma clínica y su relación con el sexo (Tabla II) los datos de la actual investigación no concuerdan con los resultados encontrados en la mayoría de la bibliografía consultada la que casi en su totalidad reporta un predominio de la enfermedad en el sexo masculino. Muzzarelli¹⁶ en investigación realizada en Caracas, Venezuela, sobre la incidencia de la lepra según sexo, edad y forma clínica durante los años 2002-2004 reportó un predominio del sexo masculino con el 64,0%. Espinoza Aguirre¹⁷ detectó en Costa Rica supremacía de este mismo sexo con un 65,0% de prevalencia.

Resultados similares exhibe el estudio realizado por Maza Brizuela¹⁸ en El Salvador donde el 65,0% de sus casos correspondieron al sexo masculino.

Lastre López¹⁹ reportó desde Yaguajay un predominio de los hombres con el 80,0% del total de hansenianos por él investigados.

La bibliografía consultada sugiere que el predominio del sexo masculino en la enfermedad de Hansen pudiera explicarse por una mayor resistencia del sexo femenino a esta infección aunque existen países latinoamericanos que han publicado series en las que no se aprecian diferencias significativas por sexo²⁰. El predominio de la lepra en los hombres ha sido demostrado en estudios más numerosos. Según refieren revisiones amplias la mujer llega a ser más afectada²¹. De este modo la mayor afectación de los varones en estos resultados refleja una de las características de la enfermedad de Hansen que todavía mantiene la controversia respecto a su origen inmunológico, fisiológico, hormonal o ambiental²⁰.

Según datos del anuario estadístico del 2008 en Cuba la distribución por sexo no muestra diferencias significativas²².

En cuanto a la forma clínica tampoco se corresponden los resultados de la presente investigación con los reportados por Maza Brizuela¹⁸ en la evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen en El Salvador en el año 2005 quien refiere que el 45,1% de los casos registrados en este país eran enfermos de lepra lepromatosa seguido de la indeterminada con un 30,6%. En estudio realizado en México en el año 2004²³ se encontró también predominio de la forma lepromatosa. En trabajo realizado por Gómez López²⁴ en España predominó la lepra lepromatosa con un 50,0% de afectados seguido de la lepra dimorfa con el 33,8% y la tuberculoide con el 16,2%.

En el ámbito nacional Lastre López¹⁹ en su trabajo "Comportamiento de la enfermedad de Hansen" en el municipio de Yaguajay encontró como forma predominante la lepra lepromatosa con un 40,0 % de prevalencia seguido de la forma indeterminada con el 30,0%. Peralta¹² en su publicación "Lepra. Morbilidad, pronóstico y estratificación", encontró como forma clínica más frecuente la lepra dimorfa y la tuberculoide con un 37,1% y 28,6% respectivamente de los casos investigados coincidiendo con otro estudio realizado en la provincia de Matanzas¹⁰. Venero Fernández²⁵ en la provincia de Villa Clara asegura que las formas clínicas lepromatosa y dimorfa fueron las más frecuentes. Iguales resultados encontró Oramas Fernández¹⁴ en los casos por ella estudiado.

En investigación realizada en Camaguey por Ramírez Figueredo²⁶ y titulada "Dos cadenas epidemiológicas de lepra" predominó la lepra lepromatosa con el 66,0% del total de su muestra.

Pérez Giliberti¹³ en Morón halló resultados similares a los del presente estudio en cuanto al predominio de la lepra indeterminada seguida por la lepra tuberculoide.

Al cierre del año 2009 y según datos ofrecidos por el anuario estadístico en Cuba predominó la lepra dimorfa con una tasa de 1 x 100.000 habitantes. Seguida de la lepromatosa con una tasa de 0,8 x 100.000 habitantes¹⁶.

En la provincia de Cienfuegos al concluir el año 2009 predominó la lepra indeterminada con el 55,5% de los casos seguida de la dimorfa con el 33,3%²⁷.

En alusión al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico (Tabla III) Rodríguez O.²³ en su estudio "Estado actual de la lepra en México" encontró tiempos más prolongados a los aquí descritos cuando manifiesta que en más del 60,0% de los casos por él encuestados el tiempo transcurrido fue mayor que un año entre el inicio de los síntomas y la confirmación de la enfermedad. Semejantes resultados reportó González Ochoa⁴ en Brasil al concluir su investigación referente a la "Vigilancia de la lepra en situaciones de baja prevalencia". Mientras tanto Lombardi²⁷ destaca desde Panamá que aproximadamente el 51,0% de sus casos fueron diagnosticados luego de transcurrido más de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas.

Desde el municipio La Lisa Oramas Fernández¹⁴ reportó que el 70,0% de los enfermos fueron diagnosticados tardíamente cifra superior a las encontradas en la presente investigación, también refieren que aproximadamente en el 50,0% de los casos que se diagnostican en la actualidad ha transcurrido más allá de un año desde el inicio de los síntomas y la confirmación de la enfermedad.

El diagnóstico tardío de la lepra pudiera deberse a que los profesionales de la atención primaria de salud no piensan en la presencia de la enfermedad ante pacientes con manifestaciones afines así como la no dispensarización, control y seguimiento de las poblaciones de riesgo de esta patología, lo que puede estar asociado con la falta de adiestramiento sobre el tema, además del desconocimiento que posee la población acerca de las manifestaciones tempranas de la enfermedad, lo que trae como consecuencia que estos pacientes no reclamen de forma oportuna la atención médica motivando desde el punto de vista epidemiológico un mayor tiempo de exposición entre el enfermo y sus contactos aumentando la posibilidad de contagio. Desde el punto de vista clínico permite que la enfermedad evolucione hacia formas más graves de la misma con las consiguientes secuelas que podrían producirse.

Al establecer la relación entre el modo de detección y la clasificación operacional de la lepra (Tabla IV) se encontró que resultados semejantes a los del actual trabajo halló Espinoza Aguirre¹⁷ en la investigación "Prevalencia de la lepra en Costa Rica de 1998-2003" al reseñar que el 92,0% de los pacientes estudiados acudieron de forma espontánea a consultas de dermatología y medicina interna.

López Lastre¹⁹ y Pérez Giliberti¹³ exhiben resultados similares cuando aseguran que el 70,0% y el 77,7% respectivamente de los casos por ellos estudiados acudieron espontáneamente al médico y sólo el 10,0% se detectó por encuesta en población de riesgo.

Difiere de los actuales resultados Ramírez Figueredo²⁶ quien reporta desde el municipio de Camaguey que el 65,0% de los pacientes por él investigados fueron diagnosticados por examen dermatoneurológico mediante pesquisa activa en su población de estudio. Mientras Peralta Terán¹¹ refiere que el 56,6% de sus casos fueron detectados mediante pesquisa a partir de estudios de contacto.

El presente estudio evidencia que la enfermedad de Hansen en el municipio de Cumanayagua constituye un problema de salud si tenemos en cuenta que durante el año 2009 su tasa se elevó a 15,0 X 100.000 habitantes creciendo un 610,5% con respecto al año anterior. La forma clínica más frecuente fue la indeterminada seguida por la tuberculoide. El diagnóstico de la enfermedad en la atención primaria de salud se realizó de forma tardía en más de la tercera parte de los casos.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación, como también para actividades científicas relacionadas con el estudio; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años, ni otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

Referencias

- Benenson A. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Rev Panam Salud Pública. 1997 Dec;2(6). ↑ | [CrossRef](#) |
- Organización Mundial de la Salud. Eliminación de la Lepra en las Américas. Boletín Epidemiológico. 1996 Sep;17(3). ↑ | [Link](#) |
- Salvador MJ, Álvarez J, Castillo B, Bastart E, Márquez M. Lepra temida o desconocida. Capacitación a enfermeros y familiares. MEDISAN. 2002;16(2):50-55. ↑ | [Link](#) |
- González C, Abreu A. Vigilancia de la lepra en situaciones de baja prevalencia. Rev Panam Salud Pública. 2001 Feb;9(2). ↑ | [CrossRef](#) |
- Lepra: situación regional. Américas, principios de 2006. Organización Panamericana de la Salud. [on line] ↑ | [Link](#) |
- Garcías S. Tres casos de Lepra en Cuba. Dermatol Rev Méx. 1991;35(2):114-115. ↑
- Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. Ciudad de la Habana: Prensa Latina, 1999:74-75. ↑
- Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. Ciudad de la Habana: Prensa Latina, 2008. ↑
- Análisis de la Situación de Salud. Cienfuegos: Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología, 2008. ↑
- Orihuela JL, Gómez M, Orihuela ME, Machado H. Prevalencia de la lepra en la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Int. 1998 Nov-Dic; 14(6). ↑ | [Link](#) |
- Venero SJ, Rodríguez M, Suárez R. Epidemiología de la lepra en la provincia de Villa Clara (1990-2001). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006 Sep-Dic;44(3). ↑ | [Link](#) |
- Peralta JA. Lepra. Morbilidad, pronóstico y estratificación. MediCiego. 2005;11(1). ↑ | [Link](#) |
- Pérez JD, Gutiérrez N, Pestano ZA, Bernall E, Hechavarría MM. Comportamiento clínico-epidemiológico de la Lepra en el municipio Morón durante el Quinquenio 2004-2008. MediCiego. 2009;15(2). ↑ | [Link](#) |
- Oramas DK, Cruzata L, Sotto JD, Santos L. Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 Oct-Dic;25(4). ↑ | [Link](#) |
- Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública, 2009. ↑ | [Link](#) |
- Muzzarelli SA. Situación epidemiológica de la Lepra en la región capital. Caracas entre los años 2000-2004. Derm Venez. 2006;(34):61-66. ↑ | [Link](#) |
- Espinoza Aguirre A. Prevalence of leprosy in Costa Rica between 1998 and 2003. Rev Costarric Salud Pública. 2007 Dic;16(31):36-41. ↑ | [Link](#) |
- Maza JG, Navarro JE, Rivas JR, Bonilla G. Programa nacional de prevención y control de la enfermedad de Hansen (Lepra). San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005. ↑ | [Link](#) |
- Lastre PJ. Comportamiento de la enfermedad de Hansen. Gaceta Médica Espirituana. 2003 May-Ago;5(2). ↑ | [Link](#) |
- Nordeen SK. The epidemiology of leprosy. En: Leprosy. Edimburg: Churchill Livingstone, 2007:15-20. ↑
- López ME, Carrazana GB, Castaño S. Indicadores epidemiológicos de la incidencia de lepra en un distrito de salud. Rev Leprol Fontilles. 2005;20(1):625-44. ↑
- Anuario estadístico. Incidencia y Prevalencia de Lepra según provincias. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 2001. ↑
- Rodríguez O. Estado actual de la lepra en México. Gac Med Méx. 1995 Ene-Feb;31(1):8-41. ↑ | [Link](#) |
- Gómez López L, Marcos G, Abad JM. Lepra, epidemiología y medicina preventiva y social. En:

Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Editorial Masson-Salvat Medicina, 2004:1951-1957. ↑

25.Venero SJ. Epidemiología de la lepra en la provincia de Villa Clara (1990-2001). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006 Sep-Dic;44(3). ↑ | [Link](#) |

26.Ramírez Y, Atrio N, Vidal I, Morales M, Betancourt M. Dos cadenas epidemiológicas de Lepra. Folia Dermatol Cubana. 2008 Ene-Abr;2(1). ↑ | [Link](#) |

27.Lombardi C, Martoll CMT, Almeida S, Gil RE. La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública. 1998 Sep;4(3). ↑ | [CrossRef](#) |

Tablas

Año de diagnóstico	Casos*	Tasa x 10.000 habitantes
2006	0	0,0
2007	0	0,0
2008	1	0,2
2009	7	1,5
2010	0	0,0
2011	0	0

Tabla I. Prevalencia de la lepra según año de diagnóstico. Cumanayagua 2006–2011. *Fuente:* encuesta del estudio. *En el caso específico de la lepra se considera como prevalencia a los casos que según programa aún se encuentran bajo vigilancia.

Sexo Clasificación clínica	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Lepra lepromatosa	2	8,3	2	8,3	4	16,7
Lepra dimorfa	0	0,0	4	16,7	4	16,7
Lepra indeterminada	6	25,0	3	12,5	9	37,5
Lepra tuberculoide	5	20,8	2	8,3	7	29,1
Total	13	54,2	11	45,8	24	100,0

Tabla II. Relación entre la clasificación clínica y el sexo. Cumanayagua 2006-2011. *Fuente:* encuesta del estudio.

Tiempo transcurrido	No	%
Menor de 6 meses	8	33,3
Entre 6 meses y menos de 1 año	6	25,0
De 1 a 2 años	5	20,8
3 o más años	5	20,8
Total	24	100,0

Tabla III. Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el momento del diagnóstico. Cumanayagua 2006-2011. *Fuente:* encuesta del estudio.

Clasificación clínica Modo de detección	Multibacilar		Paucibacilar		Total	
	No	%	No	%	No	%
Espontáneo	12	50,0	8	33,3	20	83,3
Estudio de contactos	1	4,2	--	--	1	4,2
Desconocido	2	8,4	1	4,2	3	12,5
Total	15	62,5	9	37,5	24	100,0

Tabla IV. Relación entre el modo de detección y la clasificación operacional de la lepra. Cumanayagua 2006-2011. *Fuente:* encuesta del estudio.

Correspondencia a:

⁽¹⁾Departamento de Docencia, Policlínico Universitario Aracelio Rodríguez Castellón
Entronque Minas, Sin número
Cumanayagua, Cuba



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.