



Situación actual - Estrategias Locales de Control

Conocida desde tiempos remotos, esta enfermedad infectocontagiosa provocada por el *Mycobacterium leprae* ya no constituye el serio problema para la salud pública que significó hasta finales de los 80. Sin embargo, aunque reducida, mantiene su presencia.

La Lepra es una enfermedad crónica, que afecta principalmente la piel, mucosas y el sistema nervioso periférico. Es totalmente curable, independientemente de la forma clínica que presente, pero empeora progresivamente cuando no es tratada adecuadamente. El período de incubación, excepcionalmente prolongado para una enfermedad bacteriana, en general es de 2 a 7 años.

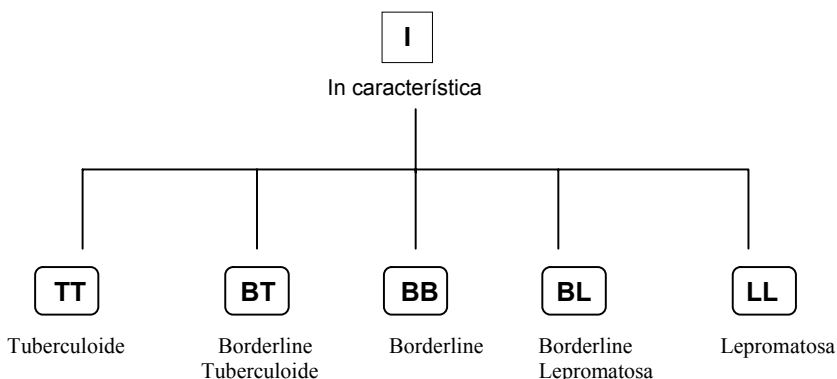
La transmisión es persona a persona y requiere contacto prolongado y predisposición personal para contraer la enfermedad. El contagio es a través de microgotas y se cree que

la puerta de entrada es la vía aérea superior. Cabe destacar que son contagiantes el 50% de los enfermos y dejan de serlo a los tres meses de iniciado el tratamiento, período en el cual los bacilos pierden viabilidad.

Un 20 % de la población es susceptible de contraer la enfermedad ante la exposición a bacilos provenientes de un enfermo contagioso. Se sabe que la vacunación con BCG, tiene algún efecto protector. A diferencia de la tuberculosis, no hay ningún indicio de asociación entre la infección por VIH y la Lepra.

Existen diferentes clasificaciones de la enfermedad a fin de seleccionar el esquema terapéutico, identificar los casos contagiosos y prevenir discapacidades.

La Escuela Rosarina, propuso la siguiente clasificación que fue aceptada a nivel mundial:



Las formas clínicas presentan un espectro que es reflejo de la respuesta inmune celular ante el *Mycobacterium leprae*. Las manifestaciones de la enfermedad varían ampliamente entre las dos formas polares: Lepromatosa (Multibacilar) y Tuberculoide (Paucibacilar).

- **Lepra Lepromatosa (Multibacilar)** presenta nódulos, máculas e infiltraciones difusas, en rostro, manos y pies. Las lesiones son bilaterales, simétricas y generalmente numerosas y extensas. El compromiso de la mucosa nasal puede conducir a la formación de costras, dificultad para respirar y epistaxis; el compromiso ocular conduce a la iritis y la queratitis.

- **Lepra Tuberculoide (Paucibacilar)**, con lesiones cutáneas únicas o escasas, (nunca más de cinco) con bordes netos, hipopigmentadas, anestésicas o hipoestésicas. Suele presentar compromiso bilateral asimétrico de los nervios periféricos.

- **Lepra Borderline** presenta placas de borde externo difuso e interno neto en “recorte de hostia”.

- **Lepra Incaracterística:** es la forma de inicio de la enfermedad, que se manifiesta por medio de máculas hipopigmentadas ó eritomasos disestésicas. Si no se administra tratamiento, puede progresar a la forma tuberculoide, borderline o lepromatosa.

El criterio de laboratorio para la confirmación es la demostración de Bacilos Ácido-alcohol-resistentes en frotis cutáneos de las lesiones lepromatosas.

El caso confirmado es el caso clínicamente compatible, confirmado por laboratorio.

En la actualidad la O.M.S. preconiza la utilización de una clasificación simplificada para trabajos de campo que agrupa a los casos de lepra según la cantidad de bacilos, en Multibacilares (MB), con Baciloscopia positiva

- capaces de diseminar bacilos- y Paucibacilares (PB), con Baciloscopia negativa - que no diseminan bacilos-.

Debido a su capacidad para provocar mutilaciones, cuando no se administraba tratamiento, las sociedades han estigmatizado a las víctimas de la enfermedad, suscitando la profunda discriminación social que ha caracterizado a esta patología. Históricamente, el temor a padecer lepra no fue por su capacidad de matar, sino por la perspectiva de una vida aislada y desesperanzada.

Luego del descubrimiento de la bacteria por Armauer Hansen en 1873, el temor se centró en el contagio y la segregación de los infectados fue la consecuencia de las medidas de prevención aplicadas. La multiplicación de leprosarios, que los excluía de toda vida social, alimentó a su vez el miedo a los leprosos y constituyó un obstáculo para la consulta precoz.

El advenimiento de drogas efectivas para el tratamiento en la década del 40, cambió drásticamente el curso de la enfermedad. El aislamiento físico de los pacientes ya no fue necesario y se indicó eliminarlo bruscamente. Sin embargo se experimentaron diversas dificultades para lograr cambiar las políticas reinantes, abolir los leprosarios y reintegrar a los pacientes a la comunidad. No pocos países, contrariando a la lógica científica, prolongaron innecesariamente el confinamiento de los pacientes por varias décadas¹.

Prevalencia-Estrategias para su Control

En los últimos años, su prevalencia, bajó significativamente en virtud del importante incremento de las actividades de control, dirigidas tanto a disminuir su ocurrencia como a evitar discapacidades. Las acciones se centran en el **diagnóstico precoz** y el **tratamiento oportuno, regular y completo**.

¹ Sato, H. Frantz, J. Termination of de leprosy isolation policy in the US and Japan: Science, policy changes, and the garbage can model. BMC International Health and Human Rights 2005, 5:3 doi:10.1186/1472-698x-5-3 Disponible en www.biomedcentral.com

El tratamiento es multimedicamentoso y ambulatorio, tanto en las formas multibacilares en las que el tratamiento activo insume al menos un año, como en las paucibacilares, en los que dura entre 6 y 9 meses. Una vez finalizada la terapia, le sigue un período de vigilancia, con controles anuales por un lapso de 5 años, previo al alta definitiva.

Nuestro país, al igual que más de 100 naciones, accede a los fármacos para tratamiento multimedicamentoso proporcionados por la OMS.

Actualmente el país con mayor número de enfermos de lepra es la India, seguido de Brasil, país que registra el 85 % de los casos de Latinoamérica.

Según los reportes de número de casos detectados durante el año 2004 a la OMS los países más afectados en Latinoamérica fueron, Brasil con 49.384, Venezuela 690, Colombia 540, Paraguay 496 y Argentina 370 casos notificados.

En Argentina, aunque las tasas de prevalencia están en descenso y globalmente no se sobrepasa el límite de tolerancia fijado por la OMS de 1 por cada 10.000 habitantes, la enfermedad está focalizada en ciertas áreas geográficas. La lepra, es endémica en las regiones cálidas y húmedas de las provincias del Noreste y las del Litoral. Formosa y Chaco, registran tasas de prevalencia más elevadas, superiores a 2/10.000 habitantes, seguidas de Misiones, Santiago del Estero, Corrientes, Tucumán, Salta, Santa Fé, Córdoba Buenos Aires y Capital Federal.

En todo el país son asistidos unos 1300 pacientes con las diversas formas clínicas. Si bien la enfermedad se puede presentar a cualquier edad, hay muy pocos casos de lepra infantil, aumenta ligeramente entre los 12 y 15 años, algo más después de los 25 años y la mayoría

son pacientes de más de 55 años. No se presentan diferencias significativas en cuanto a sexo.

En la provincia de Santa Fe la tasa de prevalencia global es inferior a 1/10.000 habitantes, con valores superiores en los departamentos Castellanos, San Javier y San Justo.

El Programa Provincial de Dermatología Sanitaria, concentra sus actividades para Rosario y sur de la provincia, en el Hospital Municipal Intendente Carrasco, servicio con una larga trayectoria en enfermedades infectocontagiosas, que actualmente posee un perfil polivalente y en los Hospitales Provincial y del Centenario, donde los servicios especializados asisten a los pacientes y realizan los controles mensuales durante el desarrollo del tratamiento. Una pequeñísima minoría es controlada en el sistema privado de salud.

En Rosario, son asistidos 121 pacientes de la ciudad², y otros tantos domiciliados en otras localidades. Aunque muchos provienen del sur santafecino también se tratan aquí enfermos de otras provincias, que llegan a consulta espontánea, para confirmación de diagnóstico o derivados por profesionales médicos. Los pacientes pertenecen a todos los estratos sociales.

Casi el 60 % son varones y el 40 % mujeres. El rango etáreo de los pacientes tratados actualmente se encuentra entre los 11 y los 86 años con una mediana de 64 años.

El 80 % de los pacientes de Rosario presenta la forma Multibacilar.

El tiempo promedio transcurrido, entre el comienzo de la enfermedad y el diagnóstico e inicio de tratamiento fue de 17 meses, sin embargo aunque el 70 % de los casos se diagnosticó antes de los dos años de iniciados los síntomas, se registran varios casos de 4 y 5 años de demora en recibir diagnóstico. En tres casos el tiempo fue de 9, 14 y 20 años.

² Pacientes en tratamiento activo y vigilancia post terapéutica al 31 de Diciembre de 2005

El 64% de los pacientes llegó a consulta sin presentar discapacidad alguna debida a la enfermedad. El 24 % presentaba discapacidad de grado uno, en su mayoría lesiones anestésicas en pies y mano y el 12 % restante presentaba Lesiones de grado 2 con mutilación leve en mano. Unos pocos casos presentaron lesiones oculares, uno de ellos con ceguera en uno de los ojos.

El número de casos nuevos de la ciudad de Rosario, en el año 2003 fue de 16 pacientes,

en 2004 13 pacientes y 10 en 2005.

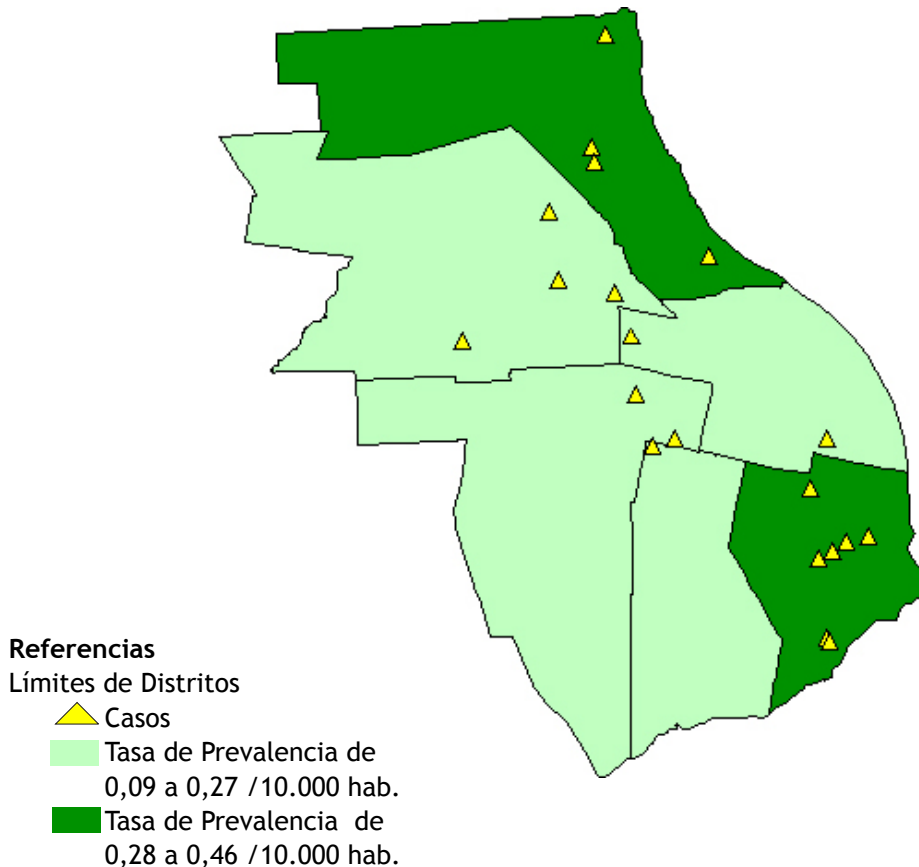
La Tasa de Prevalencia³ de Pacientes en tratamiento activo para Lepra en la ciudad de Rosario al 31 de Diciembre de 2005 fue de 0,22/10.000 habitantes.

En la Figura 1, es posible visualizar la distribución geográfica de los casos en tratamiento activo y la prevalencia de la enfermedad en cada distrito.

La magnitud de la endemia en nuestro medio es relativamente baja, sin embargo la en-

Figura 1

Prevalencia según Distritos y localización de casos de Lepra en tratamiento activo al 31/12/2005⁴



³ Población de la Ciudad de Rosario estimada al 30/06/2005 en base a datos del Censo 2001: 909.591 Habitantes

⁴ Mapa elaborado por el SiME.SSP, utilizando el software SIGEpi (Sistema de Información Geográfica en Epidemiología y Salud Pública - versión 1.0.4.0. OPS 2001-2004). Fuente: Bases cartográficas facilitadas por SIGROS con datos provenientes de la Dirección General de Topografía y Catastro. Datos suministrados por el Programa Provincial de Dermatología Sanitaria

fermedad se continúa produciendo. La demora apreciable en muchos casos para alcanzar diagnóstico y tratamiento, además de las consecuencias para el propio paciente, favorece la propagación de la enfermedad.

En función de las discapacidades físicas y problemas sociales que la lepra aún puede provocar, se plantea la necesidad de optimizar las estrategias para su mejor control. Es necesario un enfoque integrado ya que resulta fundamental la percepción de la enfermedad por parte de la población tanto como la capacidad de toda la red de asistencia sanitaria para su detección precoz. La atención primaria, que es clave en la visualización de los casos sospechosos, deberá contar siempre con el apoyo del servicio especializado.

El Programa de Dermatología Sanitaria, promueve la aceptación, el compromiso y la participación decidida de los trabajadores, que incrementarán tanto la accesibilidad en

todos los servicios como la reducción de la carga de la lepra mediante la localización y el tratamiento de los casos.

Por último cabe recordar que la promoción de la consulta precoz, es la acción más importante para esta enfermedad en la que el prejuicio es un obstáculo aún en nuestros días. Se deberá, entonces, intensificar las tareas de promoción, concientización y participación de la comunidad, difundiendo información acerca de la enfermedad y sus posibilidades de curación, a fin de promover la autonotificación de casos nuevos y reducir el estigma y la discriminación de los individuos afectados y sus familias.

* * *

Por ser causa de discapacidad física, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de los casos, antes de que produzcan daño neural, es la forma más eficaz de prevenir discapacidades.

* * *

<p>Lepra: En la Clasificación Internacional de Enfermedades 10^{ma} revisión (CIE 10): A 30 Modalidad de Vigilancia: Planilla C2 semanal, individualizada Ficha Individual para el Programa Específico.</p>
--