

Lepra en Venezuela 1978 - 1997

Dr. Federico Merkl A.

Departamento de Bioestadística, Universidad Autónoma de Barcelona (España). Escuela de Salud Pública, UCV

RESUMEN

El programa de lepra en Venezuela describe a 8 859 pacientes diagnosticados y tratados entre 1978 y 1997. Debido a características propias de la patología se presume que no todos los enfermos son captados y se aplica una metodología para estimar la "prevalencia real" de la enfermedad.

Encontramos que su distribución es desigual en el país y que a pesar de haberse alcanzado el criterio de eliminación a nivel nacional, el problema persiste en un grupo de sus estados.

SUMMARY

The program of leprosy in Venezuela describes 8 859 diagnosed patients and treated from 1978 to 1997. Due to the pathology's own characteristics it is assumed not all patients are known and a methodology should be used to estimate the "real prevalence" of the disease.

We found an unequal distribution in the country and though the elimination criterion has been achieved at the national level, the problem remains in a group of states.

INTRODUCCIÓN

En 1990 la Organización Mundial de la Salud se trazó como meta la eliminación de la lepra como problema de salud pública para el año 2000, y la definió como la reducción de su prevalencia a menos de 1 caso por 10 000 habitantes (1). No obstante, lograr situar la tasa de lepra de un país debajo de este límite, no implica necesariamente la eliminación de la enfermedad como problema de salud, porque las tasas en el nivel nacional pueden encubrir la realidad del nivel local. No se conoce con seguridad la causa de la incidencia desigual de la lepra en la población (2), por lo que una tasa global no es más que un "promedio" de tasas locales que en ocasiones pueden perfectamente corresponder a prevalencias supe-

riorios al nivel tomado como de "eliminación".

En Venezuela, donde se alcanzó el nivel de eliminación de la enfermedad en el año 1997 (3), aún persiste el problema en algunos de sus estados, por características muy propias de la enfermedad. Su largo período de incubación y el estigma que aún arrastran sus pacientes, cuando se combinan con la dificultad que tiene el diagnóstico precoz de la infección, imposibilitan un conocimiento cabal de la situación endémica. Es por ello que resulta interesante "leer entre líneas" cuando se analizan datos de prevalencia, y enmarcar a los pacientes en un contexto de interrelación con sus contactos.

Está aceptado que la gran mayoría de pacientes no debería presentar discapacidades debidas a lepra en el momento de su diagnóstico, de manera que se asume que el diagnóstico de enfermos con cualquier grado de discapacidad ha sido tardío, por lo que han contribuido a la diseminación de la enfermedad durante el tiempo que permanecieron sin diagnosticar (4). Por supuesto nos referimos solamente a los pacientes multibacilares (MB).

MATERIAL Y MÉTODOS

El sistema de información del programa de lepra que lleva adelante el Instituto de Biomedicina, siguió 8 859 casos, diagnosticados y tratados entre 1978 y 1997, en 21 de los 23 estados de Venezuela. Si utilizamos las primeras consultas como número total de pacientes de cada año, observamos la evolución de los casos de la enfermedad en el país durante el período de estudio (Figura 1).

Con la tasa de casos de lepra informada para

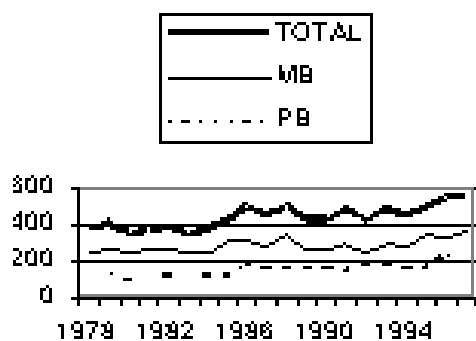


Figura 1. Casos reportados de lepra por forma epidemiológica (1978-1987).

Nota: MB: multibacilares. PB:paucibacilares.

Venezuela cada año, se estiman los casos esperados en cada uno de los estados del país y se calcula la razón casos esperados / casos observados para cada año del estudio y estado del país. En el Cuadro 1 se muestran los cálculos para el grupo de estados que muestran el mayor exceso de casos y que juntos configuran lo que en adelante denominaremos "Región Endémica de Lepra N° 1".

Podemos convenir que en la población total anual de enfermos de lepra, existe una parte que no se diagnostica y permanece oculta, bien por hallarse en período de incubación o por otros motivos, y que los casos MB diagnosticados tardíamente constituyen el contacto de la población general con la enfermedad (hasta que no hayan sido tratados). Entonces para aproximarnos al número total de enfermos en un momento dado, se deben sumar a los casos informados anualmente aquella proporción que ha

generado el contacto con los enfermos MB diagnosticados de manera tardía, acumulados durante los cinco años previos, considerados como período de incubación promedio de la enfermedad

Haciendo énfasis en la variable "grado de discapacidad en la primera consulta" del instrumento de recolección de datos, y utilizando la metodología descrita (4), se estiman los casos no detectados cada año para calcular las "prevalencias reales" de cada estado.

En el Cuadro 2 se ilustra este procedimiento para los 5 años anteriores a 1983 en el estado Trujillo. La prevalencia oculta (9+5+8+2+10) se suma a los 14 casos nuevos conocidos en 1983, y así sucesivamente.

Se hace lo mismo para cada estado y para los 15 últimos años del período, obteniéndose "prevalencias reales" anuales. El promedio de casos "totales" de cada estado dividido por su población media, durante cada uno de los quinquenios constituye la prevalencia promedio quinquenal. El orden decreciente del último de los quinquenios separa por cuartiles la importancia de la enfermedad en los diferentes estados.

En el Cuadro 3 observamos los estados integrantes del primer cuartil calculado de esta manera; se puede notar que son los mismos estados con mayor exceso de casos que habíamos señalado anteriormente (Región N° 1)

Durante todo el período de tiempo que abarcan los registros, las tasas de casos totales en la "Región 1" son superiores a las del resto del país (Figura 2).

Cuadro 1
Región endémica de lepra N° 1
Razón casos observados/casos esperados 1983-1997

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Prom
Barinas	2,23	2,41	1,97	1,97	2,03	2,43	2,27	3,01	3,28	2,90	4,54	3,70	4,02	4,65	3,62	3,00
Apure	5,63	3,69	9,40	9,03	6,60	3,47	3,15	5,27	6,55	5,88	7,35	3,78	5,08	4,99	5,46	5,69
Trujillo	1,79	2,05	1,48	1,73	1,35	1,82	2,02	1,22	2,50	1,37	1,77	1,84	1,82	1,47	0,89	1,67
Cojedes	1,17	1,09	1,63	1,21	2,04	1,83	1,84	2,57	1,34	1,52	1,89	2,03	3,34	3,24	3,32	2,00
Portuguesa	2,49	2,56	2,19	2,66	2,71	3,06	4,93	4,77	4,93	3,13	2,57	2,74	3,21	3,88	4,04	3,33
Guárico	1,47	1,56	0,84	1,25	1,99	1,12	1,80	2,09	1,27	1,73	2,40	1,09	1,22	1,04	1,15	1,47
Región 1	2,23	2,14	1,62	1,53	2,23	1,65	1,96	2,54	3,03	2,50	2,40	2,55	2,69	2,92	2,33	2,29

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se aprecia que los estados que integran la “Región Endémica de Lepra N° 1” presentan un exceso de casos que en promedio representa entre 1,47 y 5,69 veces la media nacional durante el período de estudio.

Las tasas de casos de lepra calculadas utilizando la metodología que toma en cuenta el informe del grado de discapacidad en la primera consulta, son sistemáticamente más elevadas que las de los casos informados por el “Programa de Lepra” (Cuadro 3). La separación en cuartiles del orden decreciente de los estados según sus cifras de “prevalencia real”, coloca en el primero de ellos a los ubicados por encima del nivel de eliminación de la enfermedad. Los estados con prevalencia de lepra más elevada comparten características geográficas y socio-económicas, son adyacentes y conforman lo que denominamos “Región Endémica de Lepra N° 1” (Figura 3).

Cuadro 2
Cálculo de “casos ocultos” en el estado Trujillo
1978-1982

Indicador/año	78	79	80	81	82	83
a. Casos nuevos (MB)	19	18	17	12	19	14
b. Evaluados	11	8	9	6	10	8
c. Discapacitados	5	2	4	1	5	4
d. % Discapacidad (c/b)%	44	25	44	17	50	50
e. Estimado de casos no detectados (dxa)/	9	5	8	2	10	7

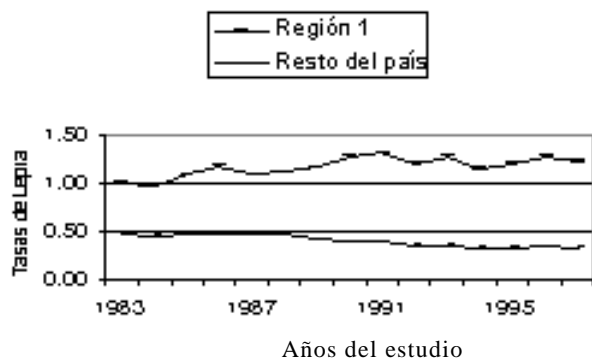
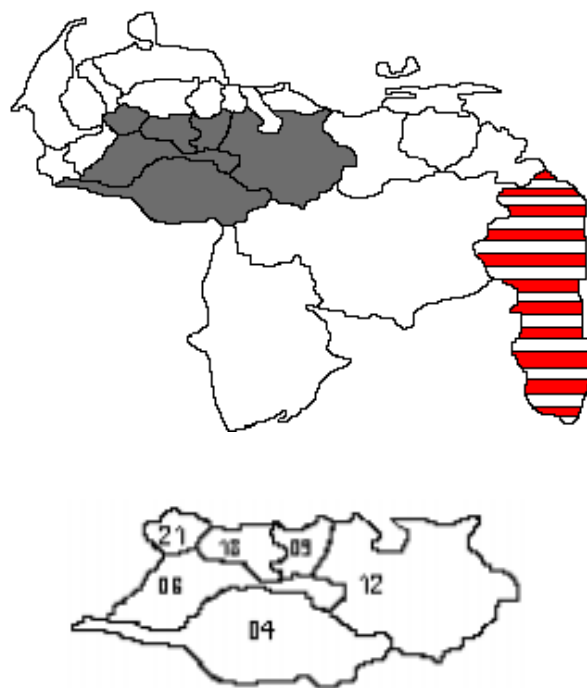


Figura 2. Tasas de “casos totales” de lepra Venezuela 1983-1997.

Cuadro 3

Orden decreciente de prevalencia. Cuartil N° 1

N° Estad/Quinq		Tasas promedio informadas			Tasas promedio totales		
		83-97	88-92	93-97	83-87	88-92	93-97
6	Barinas	0,45	0,45	0,55	1,23	1,51	2,01
4	Apure	1,11	1,44	0,91	2,72	1,87	1,89
21	Trujillo	0,51	0,40	0,39	1,11	1,15	1,05
9	Cojedes	0,36	0,31	0,35	0,41	0,85	0,97
18	Portuguesa	0,40	0,54	0,81	0,97	1,22	0,96
12	Guárico	0,28	0,31	0,32	0,37	0,81	0,75
Región 1		0,52	0,57	0,56	1,14	1,24	1,27



04 Apure
06 Barinas
09 Cojedes
12 Guárico
18 Portuguesa
21 Trujillo

Estados que conforman
la “Región Endémica de
lepra N° 1” en Venezuela

Figura 3. Estados con mayor prevalencia de lepra en Venezuela

DISCUSIÓN

Las tasas de lepra calculadas con los datos aportados por el Sistema de Información del Programa de Eliminación de Lepra en Venezuela, varían entre sí dependiendo del estado del país, ubicándose en general por debajo del nivel de eliminación de la enfermedad. Sin embargo, cuando para su cálculo se toman en cuenta los “casos ocultos”, (estimados a partir de los casos con diagnóstico considerado como tardío) la imagen de su situación endémica varía entre la de una patología controlada y la de un problema de salud pública.

Existen en Venezuela algunos estados donde la presencia de lepra es mayor que en el resto del país durante todo el período del programa considerado; son estados adyacentes que en conjunto podemos asumir que integran una “Región Endémica”.

No puede hablarse de eliminación de lepra en una nación con un ámbito geográfico definido, donde las tasas de la enfermedad son sistemáticamente superiores a las del resto del país. Si sólo se toman en cuenta las tasas a nivel nacional como criterio de eliminación, existe el riesgo de encubrir el problema en el nivel local.

La identificación de un área de mayor prevalencia de lepra deberá servir para privilegiar allí los esfuerzos y estudios que se hagan para una mejor definición de su situación endémica.

En una enfermedad como la lepra, con una incidencia que por múltiples razones resulta difícil de vigilar, en su descripción deben tomarse en cuenta características propias como su largo período de incubación, comienzo insidioso y dificultades de los pacientes para su auto-informe.

Agradecimientos

Se agradece muy especialmente la ayuda y colaboración a:

- Dr. Jacinto Convit, a través de quien pude tener acceso a la “Base de Datos del Programa de Lepra de Biomedicina”.

REFERENCIAS

1. WHO Action Programme for the elimination of leprosy. Guidelines for carrying out leprosy elimination campaigns 1996. *Lepr Rev* 1999;70:408-427.
2. Visschedijk J, van de Broek J, Eggens H, Lever P, van Beers S, Klatser P. Mycobacterium leprae millennium-resistant! Leprosy control on the threshold of a new era. *Trop Med Int Health* 2000;5(6):388-399.
3. Convit J, Avilán JM, Díaz D, Ulrich M, Quiroga R, Aranzazu N, et al. Control de la lepra en Venezuela después de más de cinco décadas de desarrollo. *Revista de Leprología – Fontilles* 1999;22(2):145-162.
4. Gil-Suarez RE, Lombardi C. Leprosy elimination at sub-national level. *Lepr Rev* 2000;71:206-211.