

LA LEPRA EN EL ECUADOR

Nelson O.V. Zárate*

RESUMEN - Por recomendación de la OMS/OPS y el apoyo financiero de la Ayuda Alemana a los Enfermos de Lepra (AYU), el segundo semestre de 1983 se introdujo en el Ecuador la poliquimioterapia para el tratamiento de todos los pacientes de lepra con acidos en e/ país.

A partir de ese año la prevalencia presenta un descenso progresivo, de 2.399 casos, tasa 0.27 x1.000 habitantes en 1983, baja a 839 pacientes, tasa de 0.08 x 1.000 habitantes en 1990. Igualmente la incidencia disminuye desde 1986 de una tasa de 1.7 x 100.000 habitantes a 1.01 por 100.000 habitantes en 1990.

El tratamiento con poliquimioterapia es del 100% desde 1987, hay predominio de/as formas lepromatosas por su mayor período de incubación y tratamiento más prolongado. La incidencia en menores de 15 años es mínima por lo que se puede interpretar que existe una disminución del riesgo de infección en la comunidad. Por último la proporción de casos multibacilares en relación a los casos detectados es en promedio el 48.15% en 6 años de control de lepra en el Ecuador, menor a las formas paucibacilares, indicando que la endemia es todavía activa en el país

Palabras claves: Hanseniasis, Epidemiología, Ecuador

1. INTRODUCCION:

El último decenio ha sido testigo de importantes cambios, tanto en la situación de la lepra como en las técnicas de lucha contra la enfermedad (1). A partir de los años 60, se ha afrontado el grave problema de la creciente resistencia primaria y secundaria del *Mycobacterium Leprae* a la dapsona. Para solucionar este problema, un Grupo de estudio de la OMS sobre quimioterapia de la lepra para los programas de lucha, reunido en 1981, recomendó el tratamiento medicamentoso combinado para los pacientes con lepra tanto multibacilar como paucibacilar (2).

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, con el asesoramiento técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud y de la Ayuda Alemana a los Enfermos de Lepra, en 1983, introdujo mediante el Programa Nacional de Dermatología Sanitaria el tratamiento poliquimioterápico a toda la prevalencia de lepra del país.

Esta actividad se realizó uniformemente en todas las provincias visitándose las viviendas de los enfermos registrados y procediéndose a la búsqueda de casos entre sus contactos e iniciándose el tratamiento de los pacientes ya existentes y de los nuevos casos detectados. El

* Jefe del Programa Nacional de Dermatología Sanitaria del Ministerio de Salud Pública.

tratamiento vigente consiste en el uso de multidroga (Dapsona, Rifampicina y Clofazimina) por un tiempo variable de acuerdo a si los enfermos son multibacilares o paucibacilares. En los primeros, el tiempo de duración del tratamiento es de 3 años o hasta *que* las baciloscopías sean negativas y en los segundos, el tiempo es de un año. Estos periodos se establecen para obtener un buen margen de seguridad en la curación.

Así mismo el Programa Nacional a dado gran énfasis a la educación sanitaria tanto a los enfermos como a sus familiares; así también, a la labor de capacitación de los equipos de salud, y al personal de laboratorio.

El objeto de esta publicación es dar conocer las bases del Programa de Lepra en el Ecuador y los resultados obtenidos con la multidroga desde 1983 a 1990.

MATERIAL Y METODO

Los pacientes objeto de este estudio corresponden a la prevalencia e incidencia de 1983a 1990 en todo el Ecuador, recogida mediante el sistema de información normatizado por el Programa Nacional de Dermatología Sanitaria del Ministerio de Salud Pública.

SISTEMA DE INFORMACION Y VIGILANCIA

El propósito de este sistema es mantener un flujo o de información entre los diferentes niveles de la organización de salud que permite el análisis de la marcha del programa y la toma de medidas oportunas de control en cada nivel (3). Así mismo el sistema ha hecho posible la confección de formularias para informes mensuales por parte de las provincias al nivel central, los mismos se han elaborado de forma clara y sencilla aunque completos y explícitos.

La recolección de la información se realiza por el epidemiólogo provincial, obteniéndose de esta manera un registro actualizado de incidencia y prevalencia, as (como de los pacientes bajo vigilancia post- tratamiento. En Quito y Guayaquil el control

y evaluación clínica de los pacientes se lo hace en hospitales especializados de dermatología y que a la vez sirven de centros de referencia, mientras que en el resto del país esta actividad se lleva a efecto por el Departamento de Epidemiología provincial.

DETECCION Y CONTROL DE PACIENTES

La detección de casos, si que siendo un componente integral de la estrategia de control de la lepra. Sin embargo, la detección por si sola tiene poca importancia, a menos que vaya seguida de quimioterapia eficaz (4).

La detección y el diagnóstico de los enfermos de lepra se hace a través de la investigación de contactos sobre todo de los intradomiciliarios, siguen en importancia la consulta dermatológica, la notificación y la consulta no especializada. Las clasificaciones utilizadas han sido la de Madrid y de la OMS.

El control clínico por parte del medico se realiza cada 6 meses y por el inspector sanitario mensualmente, mientras que el control bacteriológico por medio de la toma de muestras se hace semestralmente a los casos multibacilares y a los paucibacilares al momento de la inscripción como caso nuevo.

Los contactos intradomiciliarios son revisados clinicamente una vez al año en búsqueda de lesiones sospechosas. En casos difíciles de diagnosticar clínica y bacteriológicamente se recurre al estudio histopatológico.

A los enfermos con reacciones lepróticas se los remite a los hospitales para su tratamiento y fisioterapia (3).

TRATAMIENTO

El tratamiento multidroga de manera supervisada y ambulatoria se inició en el segundo semestre de 1983, en dos provincias de baja prevalencia (Carchi e Imbabura) con 25 pacientes, como pilotaje y, posteriormente se extendió el resto del país.

El esquema de tratamiento norma-

tizado y utilizado en el Ecuador es el recomendado por la OMS/OPS (1) y es como sigue:

Casos multibacilares:

Dapsona: 100 mg. diarios, auto-administrada;

Rifampicina: 600 mg. una vez por mes, supervisada;

Clofazimina: 300 mg. una vez por mes, supervisada y 50 mg. diarios, auto-administrada.

La duración del tratamiento es de 3 años o hasta que las baciloscopías sean negativas (5) (6).

Casos paucibacilares:

Dapsona: 100 mg. diarios, autoadministrada;

Rifampicina: 600 mg. una vez por mes, supervisada.

La duración del tratamiento es de un año (5) (6).

Estas dosis han de ajustarse para niños de bajo peso, de la forma siguiente: Rifampicina: 12-15 mg/Kg. de peso corporal, al mes. Dapsona: 1-2 mg/Kg. al día. La Clofazimina no se ha establecido la dosis óptima pero se da la mitad de la de los adultos (4).

VIGILANCIA POSTERIOR AL TRATAMIENTO

La responsabilidad del Programa Nacional de Control de Lepra hacia el paciente no termina al completar el tratamiento. Por tal razón se mantiene una vigilancia por 5 años a los casos multibacilares y por 2 años a los paucibacilares. Este control tiene dos objetivos principales: a) La detección de recidivas; y, b) El reconocimiento de fenómenos reaccionales (1).

RESULTADOS Y DISCUSION

Desde la administración de la poliquimioterapia, el Ecuador ha dejado de ser un

país de mediana endemia, para situarse a partir de 1989 como una región de baja endemia (tasa: 0.08 x 1.000 hbts); sin embargo, existen poblaciones ubicadas en las Provincias de Los Ríos, Guayas y El Oro que tienen una prevalencia de hasta 2 por mil habitantes (6).

La lepra está presente en las 20 provincias continentales del país, no hay ningún reporte de la provincia insular de Galapagos. En 1990 se registraron 839 pacientes, estando concentrados el 94% en 8 provincias del suroccidente del país. La población de esta área es de 6.931.061 habitantes, correspondiendo al 66% de la población ecuatoriana. Las áreas de alta prevalencia están situadas en zonas subtropicales de clima cálido, húmedo y montañoso. (Ver Mapa Geográfico)

Por la situación socioeconómica imperante, los pacientes se ven obligados a emigrar hacia los sectores urbano marginales de las grandes ciudades facilitando la transmisión de la enfermedad por mayor hacinamiento y miseria; además también producen una tasa mayor de abandono e interrupciones prematuras del tratamiento (4).

En los últimos años la prevalencia de lepra en el Ecuador presenta una tendencia descendente. Así en 1984 de 2.399 casos, tasa de 0.27 x 1.000 habitantes pasó a 839 pacientes, lo que representa una tasa de 0.8 x mil habitantes. Este descenso se produce por las altas curaciones; y, al depuramiento de las estadísticas provinciales (Cuadro N° 1). A los pacientes que egresan por curación se los vigila de acuerdo a las normas de control (3). Todas las formas clínicas así mismo experimentan un descenso observándose un predominio de las formas lepromatosas, debido a su período de incubación más prolongado (7) (Cuadro N° 2).

En lo que se refiere a la incidencia, la tasa aumenta desde 1983 a 1986 para luego ir descendiendo paulatinamente, el ascenso se debió a la reiniciación de las actividades de control sobre todo a la detección de casos que al comienzo producen el efecto de la

acumulación de enfermos no diagnosticados anteriormente (7), luego a partir de 1986 la incidencia disminuye gradualmente hasta que llega a tasas relativamente constantes (Cuadro N9 3).

Por grupos de edad, hay un predominio de pacientes adultos (15 y más años), no existe ningún caso en niños menores de 10 años (Cuadro N9 4). El reducido número de pacientes menores de 15 años se puede interpretar por la disminución del riesgo de infección en la comunidad, consecuentemente hay un aumento en la edad media a la que se infectan las personas (7).

El tratamiento con poliquimioterapia es del 1009/0 desde 1987 habiéndose dado las primeras altas ese mismo año. Se observa un predominio de las formas multibacilares debido a su mayor período de incubación (7) y también porque el tiempo de tratamiento es más prolongado (Cuadro N2 5).

En la actualidad, la principal fuente de descubrimiento de casos es la consulta espontánea de los pacientes a las consultas dermatológicas o generales; sin embargo, se mantiene un porcentaje promedio del 30% de descubrimiento de casos entre los contactos intradomiciliarios (Cuadro N2 6), esto contrasta con lo que sucede en Venezuela

donde sólo el 5,5% de los pacientes conocidos corresponden a contactos inscritos (8).

La proporción de casos multibacilares en relación a los casos detectados es en promedio el 48.15% en 6 años de control de la lepra en el Ecuador (Cuadro N9 7), concluyendo que las formas abiertas son en proporción, menores a las formas cerradas indicando que la endemia es todavía activa en el país.

AGRADECIMIENTO

Agradesco el generoso apoyo brindado por la OPS/OMS y por la Ayuda Alemana a los Enfermos de Lepra (AYU) por el asesoramiento y apoyo financiero otorgado al Programa Nacional de Control de Lepra. Mi reconocimiento y gratitud al Director Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica, doctor Roberto Sempéregui Ontaneda, al señor José Félix Jurado, Inspector Nacional de Dermatología Sanitaria, al doctor Mario Varcárcel, Asesor de OPS/OMS y, a los Epidemiólogos Provinciales e Inspectores Sanitarios por la invaluable colaboración brindada en todo momento sin la cual, no hubiera sido posible llegar a los resultados obtenidos.

ABSTRACT - As recommended by WHO/PAHO and sponsored by the German Aid for Leprosy Patients (AYU), MDT/OMS was introduced in Ecuador in the second half of 1983 for treatment of all known cases of leprosy in the country.

Since then, the prevalence shows a steady decrease. From 2,399 (0.27/1000) in 1983 to 839 (0.08/1000) in 1990. The incidence has been decreasing since 1983, from 1.7/1000 to 1.01/1000 in 1990.

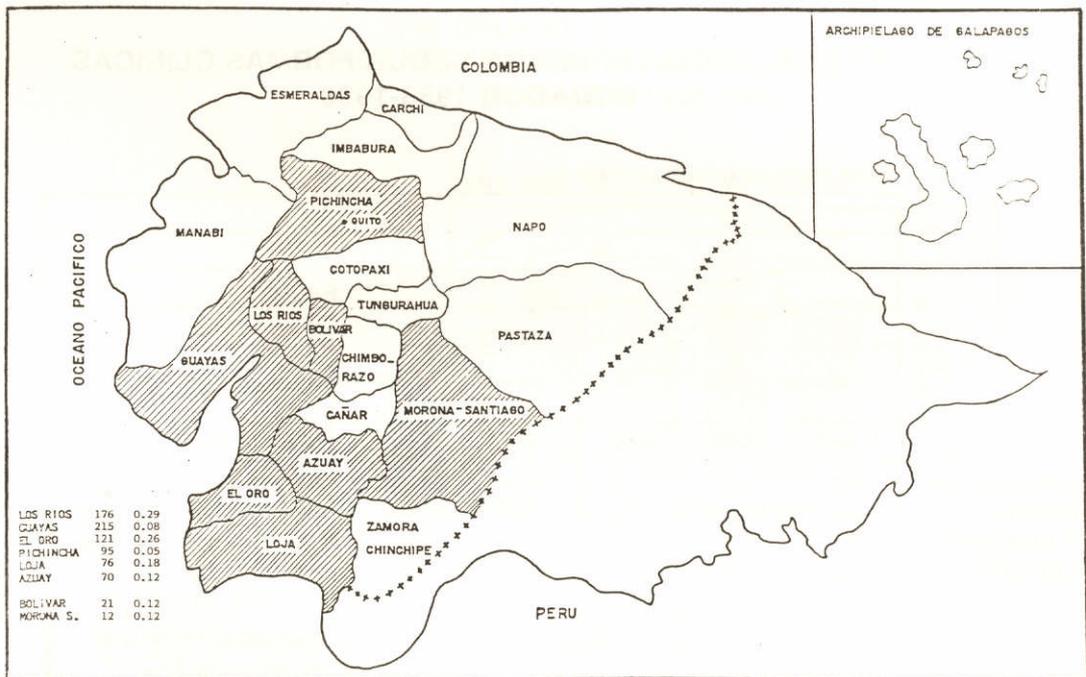
The coverage of MDT is 100% since 1987. Patients are mainly from lepromatous form due to its greater period of incubation and the need of a long treatment. The incidence of patients below 15 years-old is minimal what leads to the conclusion that there is a low risk of infection in the community. The proportion of multibacillary cases among new cases is 48,15% in 6 years of control activities in Ecuador, lesser than the average of paucibacillary cases, what means that the endemy is still active in the country.

Key Words: Hanseniasis. Epidemiology. Ecuador.

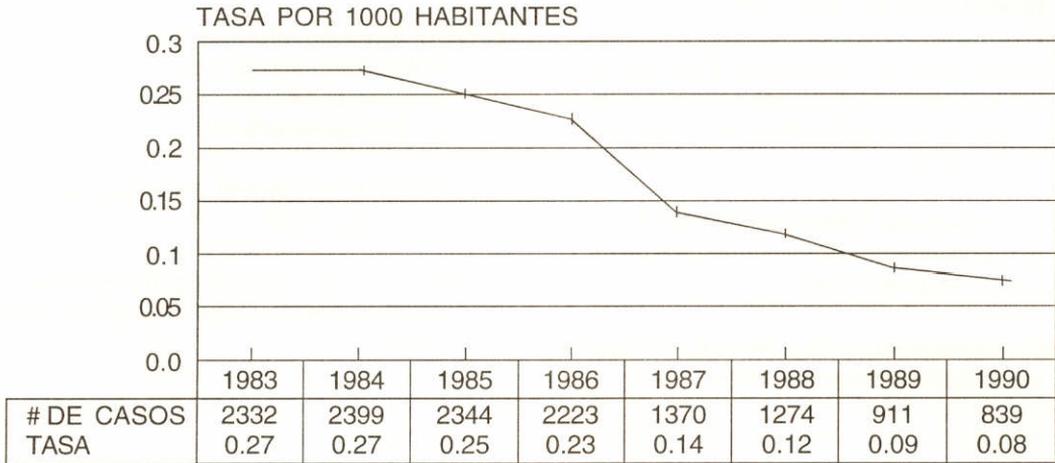
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La lepra en el Ecuador, Programa Nacional de Dermatología Sanitaria 1988.
2. Ministerio de salud Pública del Ecuador. La lepra una enfermedad curable con su ayuda. Ayuda Alemana a los Enfermos de Lepra (AYU), 1986.
3. Ministerio de Salud Pública. Manual de Normas para el Control de la Enfermedad de Hansen. Quito - Ecuador, 1984.
4. OMS. Epidemiología de la lepra en relación con la lucha antileprosa. 1985.
5. OMS. Serie de Informes Técnicos, 1988. Comité de expertos de la OMS en Lepra.
6. OMS. Série de Informes Técnicos, nº 675, 1982. Quimioterapia de la lepra para los programas de lucha: informe de un Grupo de Estudio de la OMS.
7. OPS/OMS. El Control de la Lepra en las Americas. 1989.
8. OMS. Una guía para el control de la lepra. Ministerio de Sanidad y Consumo. Espana, 1988.

AREAS DE MAYOR PREVALENCIA DE LEPRAS NUMERO DE CASOS Y TASAS X 1.000 HABITANTES ECUADOR - 1990



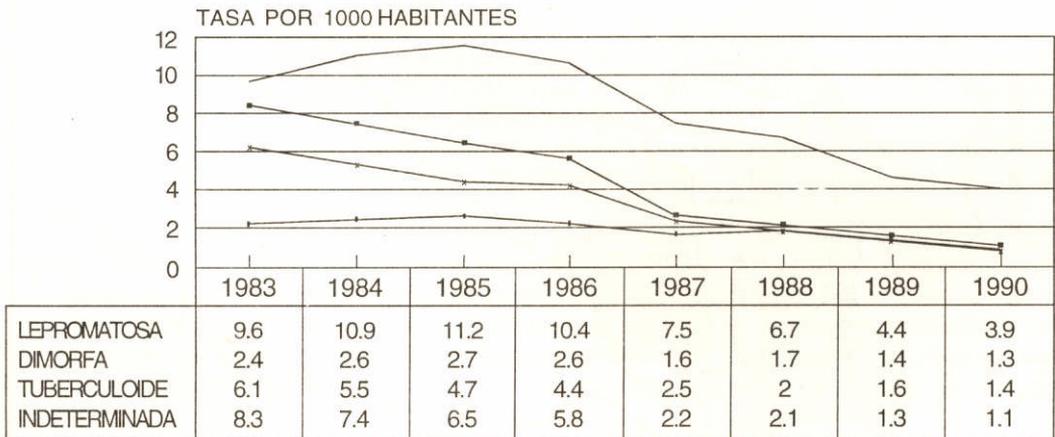
CUADRO Nº 1
PREVALENCIA DE LEPRA
ECUADOR 1983-1990



DERMATOLOGIA SANITARIA

+ TASA

CUADRO Nº 2
PREVALENCIA DE LEPRA SEGUN FORMAS CLINICAS
ECUADOR 1983-1990



— LEPROMATOSA

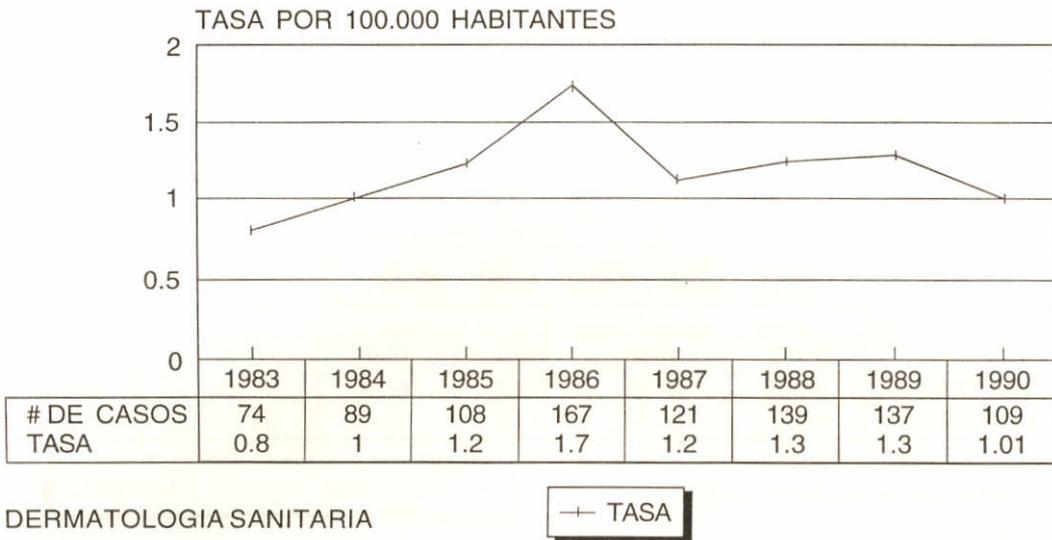
—+ DIMORFA

—x TUBERCULOIDE

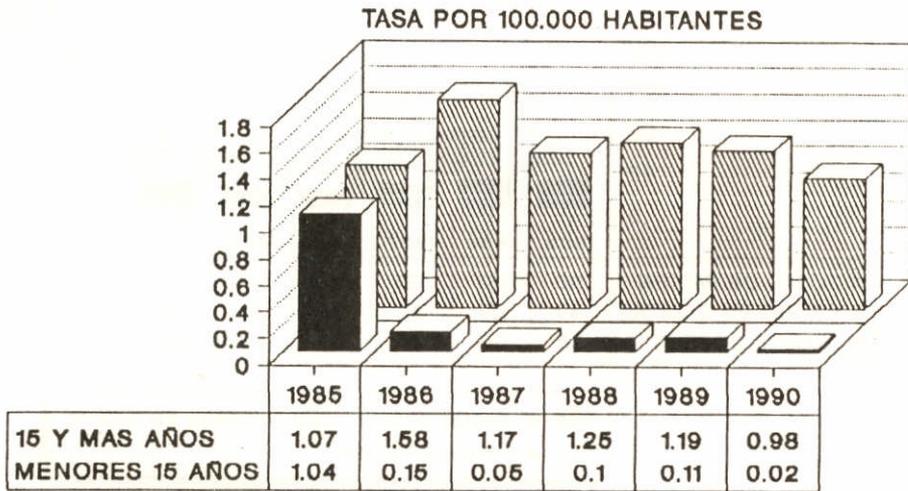
—■ INDETERMINADA

DERMATOLOGIA SANITARIA

**CUADRO N°3
INCIDENCIA DE LEPRA
ECUADOR 1983-1990**



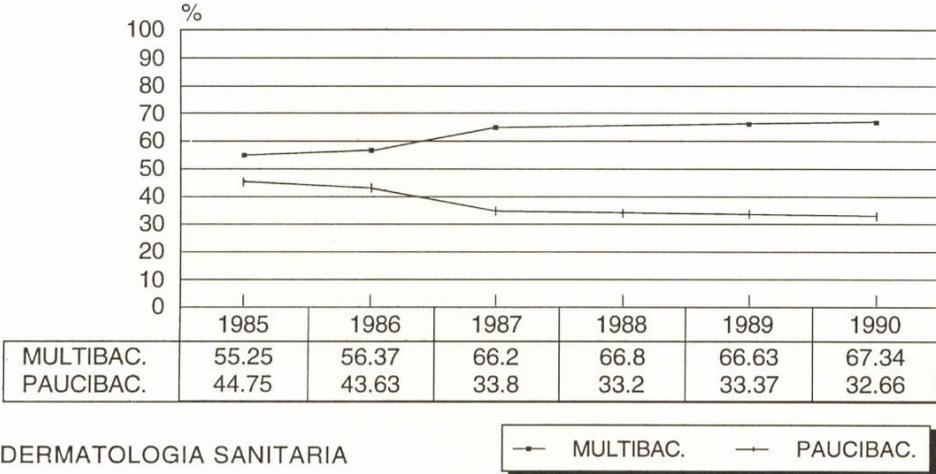
**CUADRO N9 4
INCIDENCIA DE LEPRA POR GRUPOS DE EDAD
ECUADOR 1985-1990**



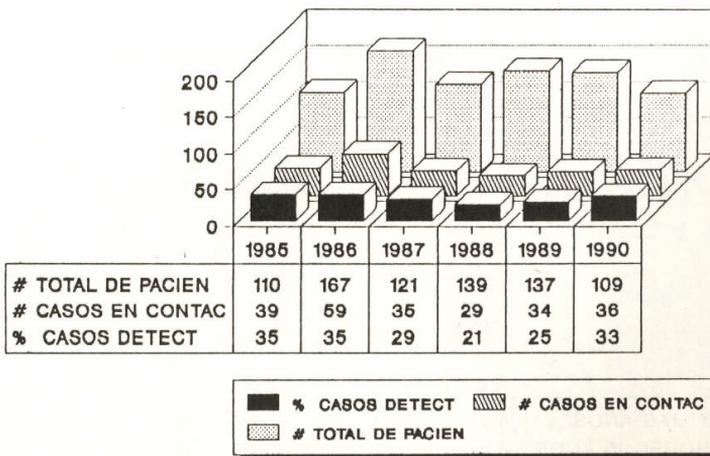
DERMATOLOGIA SANITARIA



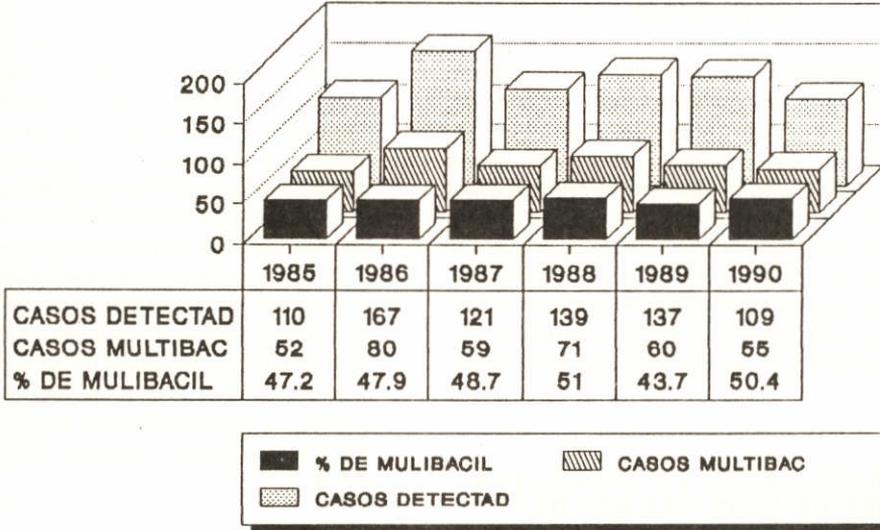
**CUADRO N°5
PROPORCION DE CASOS MULTIBACILARES Y
PAUCIBACILARES CON P.Q.T.
ECUADOR 1985-1990**



**CUADRO N°6
INCIDENCIA DE LEPROA POR GRUPOS DE EDAD
ECUADOR 1985-1990**



CUADRO N° 7
**PROPORCION DE CASOS MULTIBACILARES
 EN RELACION A CASOS DETECTADOS
 ECUADOR 1985-1990**



DERMATOLOGIA SANITARIA