

ESTIMADO DE PREVALENCIA DE LEPRA

Reinaldo E. Gil Suárez¹
Clovis Lombardi²

RESUMEN - Según datos de la OMS, se estima que existe una prevalencia oculta de lepra de alrededor de 250,000 casos, distribuidos en la mayoría de los países endémicos. Esta situación es producto de las características de la enfermedad y de factores operacionales que dificultan el diagnóstico temprano.

Por otra parte, los Programas de Control necesitan disponer de datos estimados sobre esta prevalencia oculta a fin de planificar sus acciones y evaluar los resultados de las mismas, por lo que fue elaborado un método sencillo que permite realizar esta estimación, aunque se reconoce que la confiabilidad del mismo depende de la calidad de los datos utilizados en el procedimiento, y que como todo estimado solamente nos permite acercarnos a la realidad, sin ser exactamente esta realidad.

El método se basa en el hecho, generalmente aceptado, de que los enfermos diagnosticados precozmente presentan menos incapacidades, por lo que se consideró que el porcentaje de casos nuevos que se diagnostican con alguna incapacidad representan un indicador de los enfermos que han dejado de detectarse. Se considero que, de acuerdo al período promedio de incubación, esta estimación debía efectuarse de los cinco años anteriores al año en que pretendemos estimar la prevalencia oculta.

La prevalencia real estimada sería el resultado del estimado de prevalencia oculta más la prevalencia conocida y para evaluar el resultado de las acciones de búsqueda de esta prevalencia oculta sería de esperar que los casos nuevos detectados en el año fuesen igual a la suma del estimado de la prevalencia oculta más el promedio de casos nuevos detectados de rutina en los últimos cinco años.

Se incluye un anexo con el formulario tipo propuesto para hacer la estimación de la prevalencia oculta.

Palabras-clave: Lepra, prevalencia.

1. ANTECEDENTES

Según datos de la OMS, en 1997 se estimó que en todo el mundo había 1,150,000 casos de lepra, de los que 888,349 (77,2 %) estaban registrados. Esto significa que se estima en más de 250 mil casos la prevalencia oculta existente, distribuidas en todas las Regiones de la OMS, y seguramente en la mayoría de los países endémicos.

Las características de la lepra (largo período de incubación, evolución lenta, síntomas clínicos no destacados y a veces de difícil observación para el paciente)^{1,3,4,11,15}, así como las deficiencias operacionales (cobertura limitada, personal no adiestrado)^{2,4,6,12,15,18}, producen dificultades en la identificación y diagnóstico de los casos, especialmente en la etapa inicial de la enfermedad^{10,12}, aunque muchos casos tampoco son diagnosticados inclusive en

¹Consultor a corto plazo OPS-Brasil

²Asesor Regional de Lepra OPS/OMS

etapas más avanzadas. Esta situación crea las condiciones para considerar que existe una prevalencia oculta no detectada, lo que, además de ocasionar complicaciones al enfermo (incapacidades), va a influir en el mantenimiento de la transmisión.

Los Programas de Control, en todos los niveles del sistema de salud, tienen la necesidad de acercarse al conocimiento de la magnitud de esta prevalencia oculta, a fin de planificar sus acciones y evaluar los resultados de las mismas, por lo que se han utilizado diversos métodos para estimar esta prevalencia no detectada y con ello la prevalencia real ^{4,7,10,18,20,21}.

Se sabe que el único método que permite conocer la prevalencia real de lepra es la pesquisa casa a casa de toda una población. Sin embargo, este procedimiento resulta costoso, por lo que sólo se ha empleado en poblaciones muy limitadas o en muestras de población para proyectar los resultados a un universo mayor. Por otra parte, la distribución geográfica irregular de la lepra hace que estas proyecciones no siempre se acerquen a la realidad.

La necesidad de estimar la prevalencia oculta para acercarnos al conocimiento de la prevalencia real y poder planificar acciones a fin de detectar todos los pacientes para colocarlos en tratamiento e influir sobre la transmisión, ha sido el motivo de elaborar este método, el que debe considerarse como lo que realmente es "un estimado", que depende del grado de confiabilidad de los datos que se utilizan, y que no necesariamente tiene que representar la realidad, sino un acercamiento a la misma.

2. ARGUMENTACIÓN

Se acepta que la gran mayoría de los enfermos de lepra cuando son diagnosticados precozmente no presentan incapacidades ^{3,4,5,6,8,9,13,14,17}. De acuerdo a lo anterior, el porcentaje de casos que se diagnostican con algún grado de incapacidad, (inclusive grado

De acuerdo a lo anterior, se acepta en esta propuesta, que el porcentaje de casos nuevos de lepra diagnosticados con alguna incapacidad, entre los que fueron evaluados para medir incapacidades, puede representar un indicador de los enfermos que han dejado de detectarse, si aplicado al total de casos nuevos detectados en el mismo año.

De acuerdo con el período promedio de incubación de la enfermedad, se considera utilizar la sumatoria de los cinco años anteriores al año en el que queremos estimar la prevalencia oculta.

Debe tenerse en cuenta que en el diagnóstico precoz van a influir factores operacionales (programas con bajo desempeño no logran detectar los casos en etapas tempranas). Por tanto con este indicador se estará evaluando el componente operacional del problema, pero también el componente epidemiológico, ya que el diagnóstico tardío va a favorecer el mantenimiento de fuentes de infección en la comunidad.

En programas con desempeño limitado en las actividades, podría sumarse algún indicador específicamente operacional, que pudiera estar relacionado con la implementación de la PQT (casos nuevos que inician PQT) o con la conclusión del tratamiento. Sin embargo, se considera que con el análisis de las incapacidades resulta suficiente para estimar la prevalencia oculta.

En resumen, se ha considerado que en la magnitud de la prevalencia oculta de lepra van a influir elementos epidemiológicos y operacionales, y que ambos pueden medirse por el porcentaje de casos nuevos que se detectan con algún grado de incapacidad.

3. ESTIMADO DE LA PREVALENCIA DE LEPROSA

EL estimado de la prevalencia real de lepra se obtiene sumando la prevalencia conocida o de registro, más el estimado de prevalencia oculta.

1) puede considerarse que se trata de un diagnóstico tardío.

PREVALENCIA REAL ESTIMADA = PREVALENCIA CONOCIDA + PREVALENCIA OCULTA			
Para estimar la prevalencia oculta, aplicamos el por ciento de pacientes nuevos con alguna incapacidad (entre los que fueron evaluados), al total de pacientes nuevos		detectados. Este procedimiento se realiza de los cinco años anteriores al año que queremos estimar. La representación del proceso sería:	
Estimado de Prevalencia Oculta	= Sumatoria	5 años anteriores al año que queremos estimar	% de incapacitados (----- x 100) casos nuevos

Abaixo se presenta una propuesta de tabla para la recolección de la información necesaria y el procesamiento de la misma.

INDICADOR \ AÑO	19__	19__	19__	19__	19__	TOTAL
a) CASOS NUEVOS						
b) EVALUADOS						
c) INCAPACITADOS G 1,2						
d) % DE INCAPACITADOS (c/b) %						
e) ESTIMADO DE CASOS NO DETECTADOS (d/a) %						

4. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES LA DETECCIÓN DE LA PREVALENCIA OCULTA

Cuando se realizan intervenciones para detectar la prevalencia oculta en base al estimado propuesto, la evaluación de las

mismas estaría en relación con el número de casos nuevos que fueran detectados, el que debería ser igual a la suma de la prevalencia oculta estimada y el número habitual de casos que se detectara en el territorio estudiado.

En este caso, el análisis sería:

ESTIMADO DE PREVALENCIA OCULTA	+	PROMEDIO DE CASOS NUEVOS DETECTADOS DE RUTINA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS	=	CASOS NUEVOS DETECTADOS
ESPERADO				REAL

A lo anterior podría añadirse que el porcentaje de la relación real/esperado, nos

estaría indicando que parte de la prevalencia oculta no ha sido detectada.

ABSTRACT - According to data of WHO, it is considered that a hidden prevalence exists in a number of 250.000 cases, approximately, distributed in the major endemic countries. This situation is product of the characteristics of the illness and operational factors that hinder the early diagnosis.

On the other hand, the Programs of Control need to have estimated data about this hidden prevalence in order to plan their actions and to evaluate their results, for what was elaborated a simple method that allows to carry out this estimate. Although it is recognized that the confidence of the method depends on the quality of the data used in the procedure. A all estimated, it only allows to come closer to reality, without being exactly this reality.

The method is based on the fact, generally accepted, that the patients early diagnosed must present less disabilities, for what was considered that the percent of new cases diagnosed with some disability represents an indicator for the average of the incubation period. This estimate should involve the five years previous to the year in which we seek to estimate the hidden prevalence.

The real estimated prevalence would be the results of the estimated of hidden prevalence plus the well-known prevalence. To evaluate the results of the search actions of this serious hidden prevalence it is expected that the new cases detected in this particular year were similar to the sum of the estimated of hidden prevalence added of the average of the new detected cases of routine in the last five years.

Key words: Leprosy, prevalence.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- GIL SUAREZ, R., HERNANDEZ, O., DE ROJAS, V. Programa de Control de Lepra para el Médico de la Familia, 2da. Ed., Ministerio de Salud Pública, La Habana 1994.
- 2- GIL SUAREZ, R. Notas sobre la Epidemiología de la Lepra, OPS/OMS, PNSP 89-42.
- 3- HASTINGS, R.C., et al. Leprosy, Churchill Livingstone, 1985.
- 4- LOMBARDI, C., FERREIRA, J., MOITA, C.P., OLIVEIRA, M. L. W. Hanseníase, Epidemiologia e Controle, Imprensa Oficial del Estado, São Paulo (Brasil) 1990.
- 5- NOORDEEN, S. K. Eliminating leprosy as a public health problem - Is the optimism justified?, World Health Forum, v.17 (2), p. 109-108, 1996.
- 6- NOORDEEN, S. K. Eliminación de la lepra como problema de salud pública. Una perspectiva global. Informe de la Conferencia OPS/OMS sobre la Eliminación de la Lepra de las Américas, Brasilia 1996 (en proceso de edición).
- 7- OMS, Comité de Expertos de la OMS en Lepra, Sexto Informe, Serie de Informes Técnicos 768, 1988.
- 8- OMS, Quimioterapia de la lepra, Informe de un Grupo de Estudio de la OMS, Serie de Informes Técnicos 847, 1994.
- 9- OMS, Elimination of leprosy. Questions and answers. WHO/LEP/96.4
- 10- OMS, Epidemiología de la lepra en relación con la lucha antileprosa, Informe de un grupo de estudio de la OMS, Serie de Informes Técnicos 716, Ginebra 1985
- 11- OMS, Guia para la Eliminación de la lepra como problema de salud pública, WHO/LEP/97.7.
- 12- SANSARRICQ, H., Seize the opportunity, World Health Forum, v. 17 (2), p. 142-144, 1996.
- 13- SMITH, W. C. S., Optimism justified, but realism indispensable, World Health Forum, v. 17(2), p. 122-124, 1996.
- 14- SUMMERS, A., Leprosy for field staff, TALMILEP, UK, London 1993.
- 15- TALHARI, S., NEVES, R.G., Hanseníase, 3a. Ed., Manaus (Brasil), 1997.
- 16- WHO, Guidelines for carrying out Leprosy Elimination Campaigns, Mimeografiado, LEC-10.01.96, Geneva 1996.
- 17- WHO, Global strategy for the elimination of the leprosy as a public health problem, WHO/LEP/96.7.
- 18- WHO, Report of The Second International Conference on the Elimination of Leprosy, WHO/LEP/97.1.
- 19- WHO, Action Programme for the Elimination of Leprosy, Status Report, Updated 1997, WHO/LEP/97.4.
- 20- WHO, WHO Expert Committee on Leprosy, Seventh Report, Final Draft, Geneva 1997.
- 21- WHO, Guidelines for conducting a leprosy elimination programme review. WHO paper presented at the 1st. International Conference on the Elimination of Leprosy, Hanoi 1997.