

Comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad de Hansen en los pacientes atendidos en el Centro Nacional de Dermatología Francisco Soto Calderón

Clinical-epidemiological behavior of Hansen's disease in patients treated at the Francisco Soto Calderón National Dermatology Center

¹Julio César Ticay Borge, ²Manuel Gómez Guerrero, ³Norma Leslie Zamora Rivas

¹Estudiante de la carrera de medicina y cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua.

Julioesarticayborge@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1884-168X>

²Docente del departamento de Áreas Básicas Biomédicas, UNAN-Managua. Nicaragua.

mjgomez@unan.edu.ni, <https://orcid.org/0000-0001-7658-9155>

³Médico especialista en dermatología, Centro Nacional de Dermatología Francisco Soto Calderón,

Responsables del Programa de Lepra a Nivel Nacional.

drazamora27@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-5332-4863>



Palabras Clave:

clínica, epidemiología, enfermedad de Hansen, lepra.

RESUMEN

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad de Hansen, es importante para su control, junto con el compromiso de distintas instituciones y gobiernos para erradicar esta enfermedad. El objetivo del estudio fue describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la Enfermedad de Hansen en los pacientes que acudieron al Centro Nacional de Dermatología “Francisco Soto Calderón”, durante 2018-2022. El estudio es de tipo descriptivo de series de casos, de corte transversal y de enfoque cuantitativo, donde se incluyeron 38 pacientes diagnosticados con la enfermedad de Hansen. La fuente de información fue secundaria, para lo cual, se llenó una ficha de recolección de datos a partir del expediente clínico de los pacientes. La mayoría de los casos se presentaron en las edades mayores de 34 años 68.4%, predominando levemente el sexo masculino en un 55.30%. En cuanto a los factores de riesgo de infección, el hacinamiento estuvo presente en un 84%, siendo este un medio de transmisión en el entorno familiar, la mayoría de los pacientes procedían del área rural con un 55,30%. El diagnóstico clínico más frecuente fue multibacilar (81,6%). En relación a las formas clínicas predominó la lepra tuberculoide con lepra dimórfica (66%), los aspectos de las lesiones que predominaron fueron las infiltraciones en un 28,9%, encontrándose además asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico clínico y el manejo terapéutico $p=0,002$. Finalmente, el esquema utilizado fue el tratamiento multibacilar con un 95% y un 100% de éxito de curación para pacientes con enfermedad de Hansen.

ABSTRACT

Key words:

clinical, epidemiology, Hansen's disease, leprosy.

To know the clinical and epidemiological characteristics of Hansen's disease is important for its control, along with the commitment of different institutions and governments to eradicate this disease. The aim of the study was to describe the clinical-epidemiological behavior of Hansen's disease in patients who attended the National Dermatology Center "Francisco Soto Calderón" during 2018-2022. The study is a descriptive case series, with a cross-sectional and quantitative approach, where 38 patients diagnosed with Hansen's disease were included. The source of information was secondary, so, a data collection form was filled out from the patients' medical records. The majority of cases occurred in ages over 34 years (68.4%), with a slight predominance of the male sex at 55.30%. Regarding to the risk factors for infection, overcrowding was present in 84%, this being a means of transmission in the family environment, most of the patients come from rural areas with 55.30%. The most frequent clinical diagnosis was multibacillary (81.6%). In relation to the clinical forms, tuberculoid leprosy with dimorphic leprosy predominated (66%), the aspects of the lesions that predominated were infiltrations in 28.9%, also finding a statistically significant association between the clinical diagnosis and the therapeutic management $p=0.002$. Finally, the scheme used was multibacillary treatment with 95% and 100% cure success for patients with Hansen's disease.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*, también conocida como bacilo de Hansen, la enfermedad puede causar secuelas progresivas y permanentes. La enfermedad de Hansen, afecta la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratoria; provocando también discapacidades y exclusión social¹. En algunos casos los síntomas pueden aparecer a los 9 meses después de haber adquirido la infección y en otros casos pueden tardar hasta 20 años. Particularmente la mayoría de los casos nuevos pueden curarse en un plazo de seis a doce meses; siempre y cuando el diagnóstico sea precoz y oportuno².

En esta última década, esta enfermedad ha sido un desafío para muchos países y organizaciones. Según las cifras del 2014 alrededor del 5% de los casos tenían deformidades visibles al momento del diagnóstico, lo que equivale a 1,4 por millón de habitantes con una reducción del 40%. En el año 2019 se detectaron más de 200,000 casos de lepra en 116 países de todo el mundo. A nivel mundial, la tasa de detección de casos nuevos en niños fue de 7,9 por millón de niños, esto representa una mejora significativa con respecto a la tasa de 2014 de 10,1³.

Se han realizado estudios de esta enfermedad donde predomina principalmente los casos del sexo masculino, el grupo etario de 46-48 años, la forma clínica multibacilar (dímorfa y

lepromatosa).⁴ La migración se presentó en un porcentaje elevado. Todos mostraron manifestaciones cutáneas, la minoría con diagnóstico tardío y discapacidad. Hallazgos similares⁵ correspondió en un 58.30% de los que presentaron el grupo 18-30 años de edad. En la mayoría de los estudios de la enfermedad de Hansen el sexo masculino predomina en los casos, con un 71.4 % del total de casos, 9 correspondieron a la forma lepromatosa 64.3 %, seguida de la indeterminada con 3 casos 21.4 % de igual forma estos 9 correspondieron a la forma multibacilar 64.3 %, mientras que solo 35.7 % pacientes correspondieron a la paucibacilar de 2-5 lesiones. Casi la totalidad de los mismos 85.7 % (12), presentaron lesiones cutáneas, 71.4 % (10) ⁶.

En Nicaragua, se han realizado estudios en el Centro Nacional de Dermatología a los pacientes con enfermedad de Hansen, donde la población en estudio era mayor de 50 años⁷. De igual manera en otro estudio se demostró, que la prevalencia de la enfermedad para el año 2012 en el barrio Francisco Rojas de Tipitapa, fue de 10.85 por 10,000 habitantes. Concluyeron que existe un foco activo de lepra en el barrio Francisco Rojas del municipio de Tipitapa departamento de Managua. Además, la discapacidad frecuente fue grado I en un 23.52% seguida del grado II con un 67.64%⁸⁻⁹.

La Organización Mundial de la Salud, ha creado la *Estrategia Mundial Contra la Lepra 2021-2030* con el objetivo de cero lepra: cero infección y enfermedad, cero discapacidades, estigma y discriminación³.

Esta investigación tiene como objetivo primordial determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad de Hansen en los pacientes que acudieron al Centro Nacional de Dermatología Francisco Soto Calderón, con lo que se pretende brindar información de los resultados obtenidos de esta problemática a las organizaciones e instituciones que están en pro de la eliminación de Enfermedades de Notificación Obligatoria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo descriptivo de series de casos de corte transversal y de enfoque cuantitativo. Para realizar esta investigación se solicitó la aprobación del presente estudio a la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua, el SILAIS-Managua y el Centro Nacional de Dermatología, Francisco Soto Calderón. Se aseguró que la información se utilizará con fines académicos; además que se guardó la confidencialidad de cada uno de los datos obtenidos de los pacientes en los expedientes clínicos.

En el estudio se incluyeron los expedientes clínicos de los pacientes que fueron diagnosticados con la enfermedad de Hansen (EH), que se encontraban con la información completa para la revisión de las variables correspondientes. La muestra fue seleccionada con los pacientes diagnosticados con la EH en el período 2018-2022, mediante la información obtenida en archivos del centro hospitalario, se obtuvo una muestra de 38 pacientes con esta enfermedad.

Posteriormente se elaboró un instrumento de recolección de la información según los objetivos planteados, los que fueron llenados a partir de la información de los expedientes revisados. Para luego ingresarla en una base de datos elaborada en el programa en SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 25.0, para la introducción de las variables de los datos de los pacientes y también se utilizó *Microsoft Office Excel 2016* para representar los datos obtenidos en las tablas de frecuencia y porcentajes gráficos de barras y de pastel para representar las variables cualitativas y gráficos de barra para las cuantitativas.

Para las variables cualitativas y cuantitativas se construyeron tablas de frecuencia y porcentaje; se estableció medida de tendencia central de edad, incluyéndose además algunos cruces bivariados para establecer asociación con la prueba de Chi cuadrado, considerando que existe asociación estadística significativa cuando el valor de p resulte ser $<0,05$.

RESULTADOS

En las características sociodemográficas se mostrarán los resultados obtenidos respecto al grupo etario, sexo y hacina-

De la muestra obtenida ($n=38$) en este estudio, se obtuvo una media de tendencia central de la edad con una media de 42.56 años y una desviación estándar de 18.586 años. Se encontró que el grupo etario de 50 a más predominó en un 34.20%, las edades de 35 a 49 años en un 34.20%, y las personas de 15 a 34 años un 28.90% y con un mínimo porcentaje el 2.60% que corresponde a al grupo etario de 5 a 14 años, (figura 1).

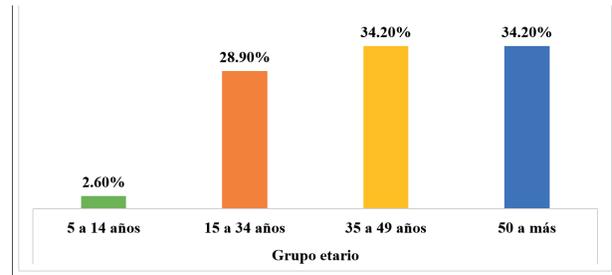


Figura 1 *Grupo etario*, de los pacientes con la Enfermedad de Hansen que acudieron al Centro Nacional de Dermatología (CND).

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Según el sexo correspondió en un 55.30% en los masculinos, y al femenino el 44.70%. En cuanto al hacinaamiento, existe un 84.20% en la población con la enfermedad de Hansen y un 15.80% no presentan hacinaamiento.

En las características epidemiológicas, se mostrarán los resultados obtenidos respecto a la distribución geográfica y los antecedentes familiares con la enfermedad de Hansen: en la distribución geográfica el área rural tiene un ligero predominio con un 55.30% que el área urbana en un 44.70%. Existe antecedentes familiares patológicos de la enfermedad de Hansen en un 31.60%, y un 68.40% no hay existencia de antecedentes.

En los aspectos clínicos, se mostrarán los resultados obtenidos respecto al diagnóstico clínico según la OMS, las formas clínicas, aspecto de las lesiones, grado de discapacidad, comorbilidades, manejo terapéutico, cumplimiento del manejo terapéutico, seguimiento post-manejo terapéutico, porcentaje de personas curadas y las causas del incumplimiento del manejo terapéutico:

El diagnóstico clínico según la OMS, en los pacientes que acudieron al Centro Nacional de Dermatología (CND) 2018-2022, presentaron los siguientes resultados: diagnóstico multibacilar en un 81.60%, y la forma paucibacilar con un 18.40% (figura 2). En el caso de las formas clínicas determinadas, el que tiene mayormente predominio es la lepra dimorfa con un 34.20%, seguida de lepra tuberculoide con el 31.60%, la lepra lepromatosa con un 28.90% y con un bajo índice, la lepra indeterminada con un 5.30% (figura 2).

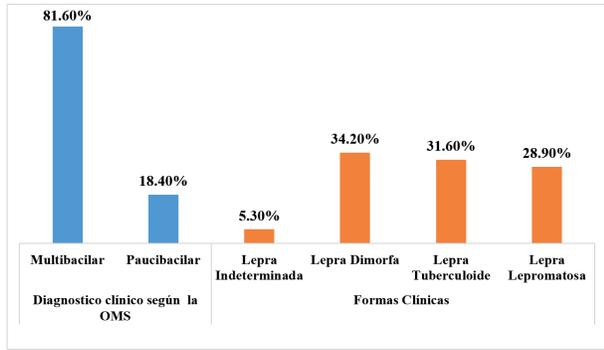


Figura 2 *Diagnóstico clínico según la OMS y formas clínicas* de los pacientes que acudieron al Centro Nacional de Dermatología con la enfermedad de Hansen.

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

En cuanto a los aspectos de las lesiones la mayoría manifestaron infiltraciones en un 28.9% de la población en estudio, con un 15.8% tuvieron infiltración y manchas eritematosas, y el 15.8% presentaron ulceración, cicatriz, infiltración, sin vello, manchas hipocrómicas, manchas hiperocrómica y eritematopigmentada, el 13.2% mostraron manchas hipocrómicas, manchas eritematosas el 13.20%, el 10.5% telangiectasias, infiltración, manchas hiperocrómica, manchas hiperocrómicas, mancha eritematosa y con un 2.6% presentó leproma en su piel (figura 3).



Figura 3 *Aspecto de la lesión*, de los pacientes que acudieron con la enfermedad de Hansen en el Centro Nacional de Dermatología.

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Con respecto a las discapacidades de los pacientes a causa de la enfermedad de Hansen existe mayormente un predominio en grado II con un 26.30%, y el grado I con un 15.80%, y el grado 0 con 57.90% (figura 4).

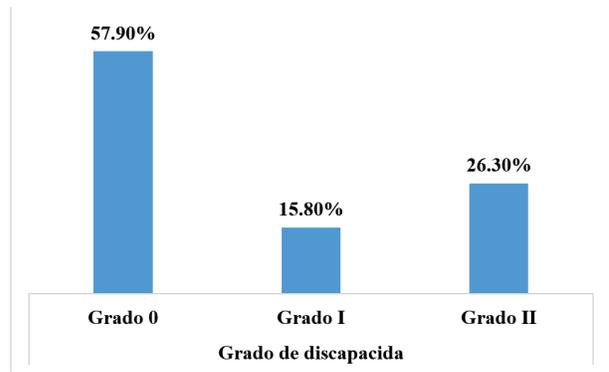


Figura 4 *Grados de discapacidad* de los pacientes con la Enfermedad de Hansen que acudieron al CND.

Fuente: Instrumento de recolección de información.

En el caso de las comorbilidades de los pacientes presentaban un predominio en la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en un 10.50%, cirrosis hepática con un 7.90%, diabetes mellitus tipo 2 con un 5.30% y de igual forma los problemas oftalmológicos en un 5.30%, además el 2.60% presentaba úlceras varicosas, el 5.30% otros problemas y el 60.50% no presentaban ninguna comorbilidad (figura 5).

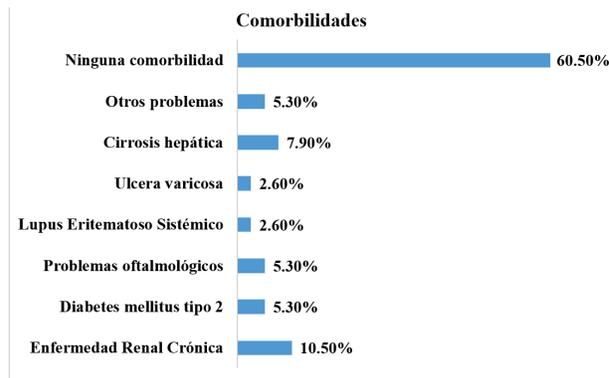


Figura 5 *Comorbilidades* de los pacientes con la Enfermedad de Hansen que acudieron al CND.

Fuente: Instrumento de recolección de información.

Para el manejo terapéutico de la enfermedad de Hansen en el caso del esquema Multibacilar predomina en un 94.70% y el esquema paucibacilar en un 5.30%. Respecto al cumplimiento del esquema terapéutico, se cumplió el esquema un 81.60%, y el 18.40% no cumplieron el esquema terapéutico (figura 6). El seguimiento post-manejo terapéutico se dio a un 81.60% y no se dio seguimiento post-manejo terapéutico a un 18.40%. Con respecto a la curación de la enfermedad de Hansen, están curados un 81.60% y un 18.40% no aplica (figura 6).

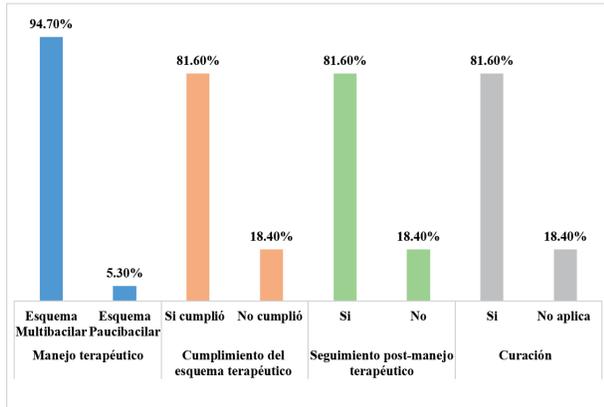


Figura 6 Manejo terapéutico, cumplimiento del esquema terapéutico, seguimiento post-manejo terapéutico y curación de los pacientes con la Enfermedad de Hansen que acudieron al CND. Fuente: Instrumento de recolección de información.

El abandono a la culminación del esquema terapéutico fue del 10.50%, entre las causas están: muerte por accidentes de tránsito un 2.60%, muerte por Enfermedad Renal Crónica en un 2.60%, personas que migraron a otros países en un 2.60% y en un 81.60% no tuvieron ninguna causa para dejar el esquema (figura 7)

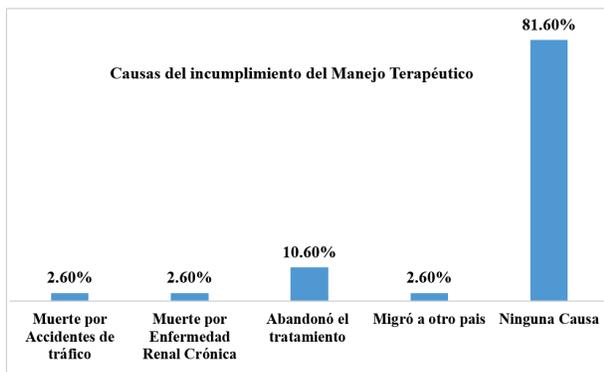


Figura 7 Causas del incumplimiento del manejo terapéutico de los pacientes que acudieron al Centro Nacional de Dermatología con a la enfermedad de Hansen. Fuente: Instrumento de recolección de información.

Con respecto al grupo etario y el diagnóstico clínico según la OMS, el grupo etario de 50 a más fueron diagnosticados como multibacilares en un 35.50% y el 28.60% como paucibacilares. En el caso de los de 35 a 49 años, el 38.70% fue diagnosticado como multibacilares y el 14.30% como paucibacilares. Las edades entre 15 a 34 años de edad el 22.60% se le diagnosticó como multibacilares y el 57.10% como paucibacilares. Y el grupo etario de 5 a 14 años el 3.20% se le otorgó como multibacilar y el 0.00% como paucibacilar. No se encontró asociación estadísticamente significativa $p=0.301$ (figura 8).

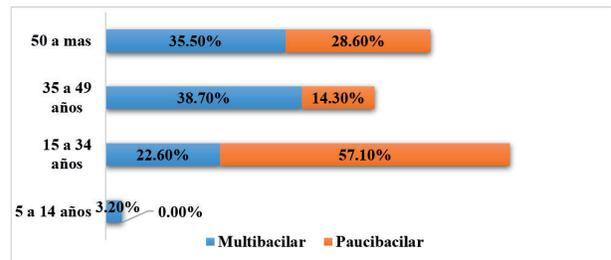


Figura 8 Grupo etario versus diagnóstico clínico según la OMS de los pacientes con la Enfermedad de Hansen que acudieron al CND.

Fuente: Instrumento de recolección de información.

En el grado de discapacidad y el diagnóstico clínico según la OMS, el 51.60% diagnosticados como multibacilares presentaron grado de discapacidad grado 0 y el 85.70% diagnosticados paucibacilares están en discapacidad grado 0. En el caso del 16.10% diagnosticados como multibacilar tienen grado de discapacidad grado I y el 14.30% paucibacilar tienen discapacidad grado I. Los pacientes con el 32.33% mutibacilares tienen discapacidad grado II y el 0.0% diagnosticados como paucibacilar no presentan grado II. No se encontró asociación estadísticamente significativa $p=0.181$ (figura 9).

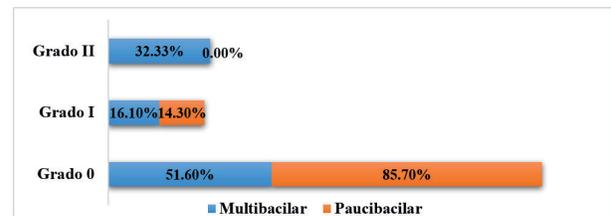


Figura 9 Grado de discapacidad versus Diagnóstico clínico según la OMS, de los pacientes con la Enfermedad de Hansen que acudieron al CND.

Fuente: Instrumento de recolección de información.

El diagnóstico clínico según la OMS y el manejo terapéutico de las personas con la enfermedad de Hansen se le brindó esquema multibacilar al 100% de los pacientes diagnosticados como multibacilares, el 71.40% diagnosticados como paucibacilares se le brindó el esquema multibacilar. En el caso de los pacientes diagnosticado como paucibacilares se le indicó esquema paucibacilar en un 28.60%, y el 0.0% de los mutibacilares no se le indicó esquema paucibacilar, y se encontró asociación estadísticamente significativa $p=0.002$ (figura 10).

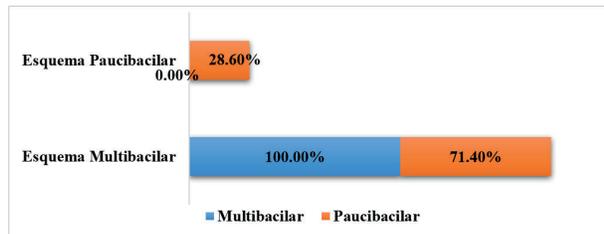


Figura 10: *Diagnóstico clínico según la OMS versus manejo terapéutico* de los pacientes con la Enfermedad de Hansen que acudieron al CND.

Fuente: Instrumento de recolección de información.

DISCUSIÓN

El sexo masculino tuvo un leve predominio 55.30 % sobre el sexo femenino 44.7 %, lo que está relacionado con los estudios nacionales e internacionales donde se muestra en las bases científicas que el sexo masculino (71.40%, 83.30% y 58.88%) se presenta esta enfermedad en comparación con el sexo femenino ^{5-6,9}

Correspondiente al grupo etario, el 34.20% se encuentra entre 35 a 49 años, y el 34.20% entre 50 a más, teniendo en cuenta que estos grupos etarios son los que predominan significativamente. Estudios similares manifestaron que el grupo de edades que predominaron fueron los de 50 a 69 años en un 57.2% y un 41.7% referente a este grupo etario.^{10,11} Tomando en consideración que conforme aumenta la edad, disminuye la respuesta inmunológica de las personas, esto conduce significativamente al desarrollo de la enfermedad de Hansen. ^{9,12}

Las personas con la enfermedad de Hansen que acudieron al CND en el período comprendido 2018-2022, presentaban hacinamiento en un 84.20%, teniendo relación con los estudios realizados en Nicaragua hubo un predominio de la población que estaba bajo hacinamiento con un 60% y 100% de la población estudiada^{7,9}. Este factor influye en la trasmisión de *M. leprae*, ya que el material infeccioso para el contacto en las familias más a menudo son las secreciones nasales, a menos ventilación en el hogar más probabilidades existe en la proliferación de esta enfermedad¹³.

En la distribución geográfica en donde se presenta más la enfermedad de Hansen es en el área rural con un 55.30% en comparación con el área urbana en un 44.70% de la población estudiada. En un estudio similar afirmaron que el área rural también hubo predominio en su estudio en un 54.41% la población. El aumento de casos en el área rural se debe principalmente al factor socioeconómico que implican el hacinamiento de los hogares y en caso del área urbana se debe a la migración de poblaciones a las ciudades y en el área laboral⁹.

El 31.6% de los pacientes refirieron tener antecedentes familiares con la enfermedad de Hansen, al consultarles se encontró predisposición para desarrollar la enfermedad en un 35.70% de los casos que tenían antecedente familiar.¹⁰ Por lo tanto, hay más probabilidades si existe o existieron familiares con la enfermedad; abonando a la mayoría de los miembros del hogar, la presencia de las sintomatologías a partir de los 9 meses y en otros casos pueden tardar hasta 20 años. ²⁻³

Con el diagnóstico clínico según la OMS, hubo predominio de los pacientes que fueron diagnosticados como multibacilar en un 81.60%, de igual manera en un estudio realizado se demostró que predominaron los casos multibacilares en un 71.40%,¹⁰ y semejante al porcentaje en estudios se menciona que el 73.30% de la población estudiada influyeron los multibacilares, similar al que demostró un 88.90% de los pacientes predominaron en el diagnóstico como multibacilares. Teniendo en cuenta que a mayor predominio de los pacientes diagnosticados como multibacilares, es mayor la trasmisión hacia la sociedad. ¹⁴⁻¹⁵

En el caso de las formas clínicas predominó la lepra dimorfa con un 34.20% de los pacientes en estudio, dato que corresponde a estudios que afirman que en la mayoría de las personas se pueden encontrar como la lepra dimorfa en casi un 100%. Esto quiere decir que está en el eje central de la enfermedad de Hansen, tanto pueden desarrollarse en el tipo lepromatosa o tuberculoide.⁷

Los aspectos de las lesiones que presentaron mayoritariamente los pacientes fue la infiltración con un 28.90%, datos relacionados al tipo de lesión demuestran que el 28.6% y 26.2% aparecen este tipo de lesiones en la mayoría de las personas, siendo una de los principales hallazgos en los pacientes con Hansen lo que están relacionados,^{7,11} al predominio y aparición de este estudio.

En el grado de discapacidad predominante de los pacientes con lepra en este estudio fue la discapacidad de grado II con un 26.30%, aunque en estudios que se relacionan con este dato hubo predominio de dos grados de discapacidad, el Grado I con un 21.40% y 23.52% seguida de la discapacidad Grado II con un 4.80% y 8.82%,^{9,11} teniendo hallazgos comparativos con el estudio.

Las principales comorbilidades que predominaron en este estudio fue la Enfermedad Renal Crónica con un 10.50%, cirrosis hepáticas con un 7.90% y problemas oftalmológicos y la diabetes mellitus 2 con 5.30%, esta última comorbilidad se relaciona con otro estudio donde manifiesta que la diabetes y la hipertensión arterial son comorbilidades frecuentes en la enfermedad de Hansen porque estas afectan directamente al cuerpo de la persona con el *Mycobacterium leprae* aprovechándose del sistema inmune en ese momento¹⁶.

Para los pacientes diagnosticados con la enfermedad de Hansen, el manejo terapéutico con mayor porcentaje fue el esquema multibacilar con un 94.70% y el esquema paucibacilar en un 5.30%. En un estudio se encontró que los pacientes manejados con el tratamiento multibacilares fue el 50% y el 41.7% fueron tratados con manejo paucibacilar.¹⁰ Antes de la publicación y aplicación de las Directrices para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra, en el Centro Nacional de Dermatología, todo aquel paciente que era diagnosticado como multibacilar y/o paucibacilar se le brindaba su esquema correspondiente a cada uno de las formas clínicas ya sea esquema multibacilar o esquema paucibacilares.

En el caso del cumplimiento del esquema terapéutico, el 81.60% son los que cumplieron el esquema, mientras que el 18.40% no lo cumplieron porque tuvieron alguna causa que repercutieron a incumplir el esquema terapéutico, una de las causas que predominó fue el abandono del tratamiento con un 10.50%. En un estudio realizado en México se manifestó que el abandono del medicamento representó un 11% de los casos atendidos, lo cual el 80% de los casos fueron multibacilares y el 20% fueron paucibacilares.⁷ Otras de las causas que implican la infracción del medicamento, son las muertes de tránsitos y la Enfermedad Renal Crónica en un 5.20% y con un 2.60% por migración a otras naciones, en busca de una buena estabilidad económica, esta última es una de las principales causas en la propagación de la enfermedad.

El seguimiento post-manejo terapéutico, es unas de las prioridades que se les brinda a las personas que culminaron su tratamiento por esta razón se le dio seguimiento terapéutico a un 81.60% de la población diagnosticada con Hansen, y con un 18.40% no cumplieron el manejo terapéutico por las causas y complicaciones antes mencionadas que presentaron los pacientes en estudio.

Para la OMS y OPS en conjunto con los ministerios y gobiernos que rigen los sistemas sanitarios de cada país y que están en pro de la eliminación de la enfermedad de Hansen como en el caso de Nicaragua. El MINSA, está a la vanguardia en

el seguimiento de la curación de la enfermedad de Hansen por tal motivo el 81.60% de la población estudiada están curadas, y el 18.40% representan aquellas personas que no culminaron su manejo terapéutico y que fraccionaron el seguimiento de la terapia de esta enfermedad. (causas asociadas al incumplimiento del manejo terapéutico)

Considerando en este estudio la importancia de los cruces de variables para establecer si existe o no asociación estadística significativa entre las variables. En el caso de los grupos etarios que más predominan son de 35-49 años y 50 a más con un 38.70% y 35.50%, referente al caso de los pacientes multibacilares. Un estudio realizado en Nuevo León, México afirmó que la población de 45-65 años a más y los pacientes multibacilares son los que predominaron en este estudio.¹⁰ En el caso de las personas paucibacilares hubo un ligero predominio del grupo etario de 15 a 34 años y el de 50 a más con un 57.10% y 28.60%, lo que tiene relación con lo señalado por el Instituto Nacional de Salud que es el 41.7% de la población respecto a este grupo etario.¹¹ Sin embargo, se encontró asociación estadística significativa $p=0.301$.

En el grado de discapacidad grado II está presente en un 32.30% en los casos multibacilares y el 14.30% de los paucibacilares tiene grado I. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los grados de discapacidad y el diagnóstico clínico $p=0.181$. De igual manera el Protocolo de vigilancia y control de la lepra mencionó que el 30% de los casos nuevos tiene algún tipo de discapacidad y el 10 % de ellos presentan discapacidad grado II.¹²

En el caso de los pacientes que fueron diagnosticados como multibacilares, recibieron un 100% el esquema multibacilar y un 71.40% de los pacientes paucibacilares recibieron el esquema paucibacilar. Solamente el 28.60% recibieron el esquema paucibacilar, y se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables respecto al diagnóstico clínico y el manejo terapéutico $p=0.002$. Esto se debió a que a principios del periodo 2019 el Centro Nacional de Dermatología contaba con la misma estrategia terapéutica. A partir de ese año se modificó el manejo terapéutico siendo propuesto por organizaciones internacionales de la salud, basándose en las *Directrices para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra 2017*, planteando que los tres medicamentos que se deben de utilizar para el manejo de la enfermedad de Hansen son los siguientes: Rifampicina, Clofazimine, Dapsona; quienes se les brindará tanto a los pacientes multibacilares y paucibacilares, la única diferencia son los días de administración y edad del paciente, adulto o niño.¹⁷

CONCLUSIONES

Las *características sociodemográficas*: Los casos que presentaron la enfermedad de Hansen en el 68.4% están en las edades mayores de 34 años, con una ligera predominancia en el sexo masculino de un 55.30% en comparación del sexo femenino.

En relación con el *comportamiento epidemiológico*: es de importancia mencionar que los pacientes con origen rural predominaron ligeramente en un 55.30%, mostrando poca diferencia en el caso de los urbano con un 44.70% de los casos confirmados con la enfermedad de Hansen. Un factor de riesgo confirmado de la infección en un 84% de los casos estudiados fue el hacinamiento. Siendo uno de los principales elementos para la transmisión de la enfermedad

En relación con el *comportamiento clínico*: la forma clínica multibacilar predominó en un 81.6% de los casos en estudios. Relacionándolos con la mayoría de los pacientes que presentaron más de cinco lesiones cutáneas (multibacilares). En cuanto a las formas clínicas que prevalecieron fue la lepra tuberculoide con la lepra dimórfica con un 65.8%. y referente a las lesiones se encontró que el 28.9% eran infiltradas las lesiones de las personas que acudieron a las consultas. Y el tratamiento que predominó fue el esquema multibacilar en un 95% y con un éxito de curación del 100% de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al personal del Centro Nacional de Dermatología Dra. María Medina y Lic. Karla Arauz, que me brindaron la información para que este trabajo se realizara, a los docentes del departamento de Áreas Básicas Biomédicas, Dra. Anagabriela Duarte colaboradora en los procesos de los diseños investigativos y de igual forma a mi tutor de investigación Dr. Manuel Gómez Guerrero.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Lepra (mal de Hansen). OMS [internet] 2023 [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
2. Organización Panamericana de la Salud. Lepra. WHO y PAHO [Internet]. 2018 [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lepra#highlights>
3. Organización Mundial de la Salud. Hacia cero lepra: Estrategia mundial contra la lepra (enfermedad de Hansen) 2021–2030. World Health Organization. OMS [Internet]. 2021 [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/resrep38995>
4. Gámez SD, Ferrer BM, Fonseca MN. Characterization of patients with Hansen's disease in a health area of Songo-La Maya municipality. MediSan. [internet] 2013 [citado el 19 de agosto 2023]; 17(08): 3018-3022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=44837>
5. Silvente J, González Pérez Y, Pérez López H, et al. Comportamiento de la enfermedad de Hansen. ECIMED [Internet]. 2022 [citado el 19 de agosto 2023]; 15(1): e255. Disponible en: <https://revfcd.sld.cu/index.php/fdc/article/view/255>
6. Romero R, Durán Rodríguez R, Rubio Méndez A. Comportamiento de la enfermedad de Hansen en municipio Baracoa, Guantánamo. Rev Inf Ciet, [Internet]. 2016 [citado el 19 de agosto 2023]; 95(5), 702-710. Disponible en: <https://revinfciencia.sld.cu/index.php/ric/article/view/58>
7. Campos LE. Continuar la búsqueda de la enfermedad de Hansen dando seguimiento a un control de foco anterior de lepra en el barrio Francisco Rojas del Municipio de Tipitapa, Departamento de Managua, en el periodo de octubre del 2014 a enero del 2015. [Tesis] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015. [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/6090>

8. Marín Pérez M, Pérez Pilarte G. Prevalencia de la enfermedad de Hansen en el barrio Francisco rojas del municipio de Tipitapa. [Tesis] Universidad Nacional de Autónoma de Nicaragua, Managua. UNAN-Managua; 2017. [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/UYC/article/view/4566/0>
9. Millón MA. Caracterizar el comportamiento Clínico Epidemiológico de la Enfermedad de Hansen en Managua, en el período 2010-2016. [Tesis] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. UNAN-Managua; 2018. [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/10392/1/99222.pdf>
10. Méndez PÉ, Cruz CM, González MV, et al. Clinical and epidemiological profile of Hansen's disease and geolocation in rural area of Nuevo Leon, Mexico. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [internet]; 2013 [citado el 19 de agosto 2023] 104(7):554-563. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=108312>,
11. Pérez S. Protocolo de Vigilancia de Lepra. Grupo de Vigilancia y Control de enfermedades transmisibles endo-epidémicas y relacionadas con la salud sexual. Instituto Nacional de Salud [internet]. 2022 [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Lepra%202022.pdf
12. Fadul Perez S. Protocolo de vigilancia y control de lepra. INS [internet] 2022 [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: <http://santamargarita.gov.co/intranet/pdf/vigilancia/LEPRAPROTOCOLO.pdf>
13. Jawetz E, Melnick, Adelberg. *Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg*. 27th ed. Mexico McGraw-Hill Education, 2016.
14. Águila RN, Duany BL, Bravo PE, Llanes M, et al. Clinical-epidemiological characterization of patients diagnosed with leprosy. Cumanayagua Municipality. From 2009 to 2019. *Medisur* [internet] 2020 [citado el 19 de agosto 2023]; 18(6): 1163-1171. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=99591>
15. Fortunato CN, Silva AC, Mendes M, Silva J, et al. Calidad de vida de las personas con enfermedad de Hansen asistidas en un hospital de referencia, Paraíba-Brasil. *Enfermería Global EPUB* [internet] 2019 [citado el 19 de agosto 2023]; 18(56), 119-158. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400005
16. Aldama A, Rivelli V, Aldama O, Ozecoski D, et al. Lepra Hoy Consideraciones Epidemiológicas del Hospital Nacional. (Itauguá) *Rev. Nac.* [internet] 2009 [citado el 19 de agosto 2023]; 1(2), 27-30. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742009000200006&lng=en&tlng=.
17. Organización Mundial de la Salud. Directrices para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. 2018 [citado el 19 de agosto 2023]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/guidelines-diagnosis-treatment-and-prevention-leprosy>