

Incidencia de la lepra en la provincia Santiago de Cuba

Incidence of leprosy in Santiago de Cuba province

Luis Eugenio Valdés García¹<https://orcid.org/0000-0003-1613-4305>

Nancy Suárez Ramírez² <https://orcid.org/0000-0002-2468-8378>

Ariadna Domínguez Mateos³<https://orcid.org/0000-0001-9999-5789>

Adriana Rodríguez Valdés¹<https://orcid.org/0000-0002-6862-8713>

¹Instituto Finlay de Vacunas. Filial Santiago de Cuba, Cuba.

² Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología Departamento de enfermedades no transmisibles. Santiago de Cuba, Cuba.

³ Hospital Materno Norte Tamara Bunke Bider Departamento de Epidemiología Hospitalaria. Santiago de Cuba, Cuba.

***Autor para la correspondencia:** valdez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: En 1992 la Organización Mundial de la Salud OMS propuso eliminar la lepra como problema de salud, al establecer como indicador para alcanzar este objetivo tener una tasa de prevalencia por debajo de 1×10^4 habitantes, indicador alcanzado en Cuba desde 1993. Santiago de Cuba junto a Granma y Camagüey son las provincias con las mayores incidencias. La vigilancia de la enfermedad es de suma importancia, siendo la búsqueda activa de casos y tratamiento temprano los pilares esenciales en el periodo post-eliminación.

Objetivo: Describir algunas características clínico-epidemiológicas de la lepra en la provincia Santiago de Cuba.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, y transversal en el período de enero de 2001 a diciembre de 2022. La población estuvo conformada por 707 pacientes, diagnosticados con la enfermedad. La fuente de información fue la base de datos de casos de lepra. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad,



incidencia por años y municipios, formas clínicas y modo de detección. Se utilizaron como medidas de resumen las tasas y porcentajes.

Resultados: Predominaron las formas multibacilares. Santiago de Cuba, Songo - La Maya, Palma Soriano y Contramaestre aportaron las mayores incidencias. Las lesiones más frecuentes fueron manchas, nódulos y máculas. El 21,2 % presentó diagnóstico tardío y un 21,5 % algún grado de incapacidad. Se diagnosticaron 11 casos de lepra infantil, el sexo masculino fue el más afectado.

Conclusiones: A pesar de considerarse eliminada la lepra en el territorio, es necesario incrementar acciones de vigilancia y trabajar con un mayor enfoque de riesgo en los territorios con altas tasas de incidencia.

Palabras clave: lepra; diagnóstico tardío; incidencia; prevalencia; vigilancia.

ABSTRACT

Introduction: In 1992, the World Health Organization (WHO) proposed to eliminate the leprosy as a public health problem, establishing a prevalence rate below 1 per 100,000 inhabitants as the indicator for achieving this goal—an indicator reached in Cuba in 1993. Santiago de Cuba, along with Granma and Camagüey, are the provinces with the highest incidence. Disease surveillance is of paramount importance, with active case detection and early treatment being essential pillars in the post-elimination period.

Objective: To describe some clinical-epidemiological characteristics of leprosy in the province from Santiago de Cuba.

Method: An observational, descriptive, and cross-sectional study was carried out since January, 2001 to December, 2022. The population was conformed by 707 patients diagnosed with leprosy. The data source was the leprosy case database. The variables studied were: sex, age, incidence by year and municipality, clinical forms, and method of detection. Summary measures rates and percentages were used.

Results: Multibacillary forms predominated. Santiago de Cuba, Songo - La Maya, Palma Soriano, and Contramaestre reported the highest incidences. The most frequent lesions were spots, nodules, and macules. 21.2% of cases were diagnosed



latly, and 21.5% experienced some degree of disability. Eleven cases of childhood leprosy were diagnosed. Males were more affected.

Conclusions: Despite the fact that leprosy is considered eliminated in the territory, it is necessary to increase surveillance actions and work with a greater risk-based approach in territories with high incidence rates.

Keywords: leprosy; delayed diagnosis; incidence; prevalence; surveillance.

Recibido: 07/07/2025

Aprobado: 19/01/2026

Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*. Existe desde tiempos inmemoriales y acompaña al hombre casi desde sus orígenes. En Cuba se registran las primeras evidencias de lepra en la provincia de La Habana en 1613, años más tarde Santiago de Cuba aportaría casos a la incidencia de esta enfermedad.⁽¹⁾

Durante el 2023 se registraron 182815 nuevos casos a nivel mundial, de estos poco más del 13,0 % en la región de las Américas.⁽²⁾

Cabe destacar que la enfermedad se considera eliminada en Cuba como problema de salud desde 1993 al exhibir tasas menores de 1×10^4 hab.⁽³⁾

A pesar de este logro, aún la enfermedad evidencia regiones donde existe una transmisión activa, mostrando persistencia de la infección, diagnóstico de casos infantiles y predominio de formas multibacilares, además, de presencia de incapacidades en alrededor de 20,0 % de los casos reportados.⁽⁴⁾ La estrategia de la Organización Mundial de la Salud publicada en 2016 para el enfrentamiento a la lepra, propone que para el 2030 no se registren personas con esta enfermedad, y se aboga por disminuir la morbilidad oculta por esta causa.⁽⁵⁾



Pese a estos antecedentes, en Cuba se notifican como promedio 250 casos nuevos anualmente, siendo Santiago de Cuba una de las provincias con mayores tasas de incidencia y prevalencia.⁽⁶⁾

Objetivo: Describir algunas características clínico-epidemiológicas de la lepra en la provincia Santiago de Cuba.

Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal con el objetivo de describir algunas características clínicas y epidemiológicas de la lepra en la provincia Santiago de Cuba, en el período comprendido del 2001 al 2022.

Población: La población de estudio estuvo constituida por 707 pacientes diagnosticados con la enfermedad en el período antes descrito, siguiendo los criterios diagnósticos contemplados en el programa nacional de control de la lepra del Ministerio de Salud Pública.⁽⁷⁾

Fuentes de información: Se utilizaron las bases de datos de registros de casos de lepra del Departamento de Estadísticas del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología que utiliza el software *Excel* 2016 y las encuestas epidemiológicas de caso de lepra del Departamento de Epidemiología.

Variables de estudio: Se escogieron variables demográficas como edad, sexo, lugar de residencia, variables clínicas como la clasificación de los casos según formas clínicas, localización de las lesiones, sus tipos, la presencia de incapacidades provocadas por la enfermedad y variables epidemiológicas como tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, la distribución temporal y espacial de los casos, identificación de las principales fuentes de infección y el modo de detección de los casos.

Se utilizaron medidas de frecuencia absolutas y relativas y de resumen como el porcentaje, las tasas, además otras de dispersión y asociación.

Resultados



El promedio anual de nuevos casos fue de 32, y se registró la mayor incidencia en el año 2002 con 69 diagnósticos y una tasa de incidencia de $6,6 \times 10^5$ hab, la menor fue en el 2021 con 9 diagnósticos y una tasa de 0,9. El valor de la media fue 32 y la desviación estándar de 11,6. La tendencia de la enfermedad ha sido descendente, siendo más acentuada a partir del 2016. La cifra de casos diagnosticados fue mayor durante el primer semestre en los años evaluados, influyendo en esto las bajas cifras registradas en los meses de julio y agosto.

En cuanto a la prevalencia también ha mostrado una tendencia descendente, particularmente en la segunda mitad del periodo que se analiza, no obstante Santiago de Cuba es la segunda provincia con más alta tasa de prevalencia registrada durante los últimos 20 años, solo superada por la provincia Granma como se refleja en la tabla 1.

Tabla 1: Tasas de Incidencia y prevalencia de casos por años

Años	Incidencia		Prevalencia		Años	Incidencia		Prevalencia	
	Nro Casos	Tasa *	Nro Casos	Tasa **		Nro Casos	*Tasa	Nro Casos	Tasa **
2001	34	3,3	76	0,7	2012	34	3,2	38	0,4
2002	69	6,6	97	0,9	2013	32	3,0	36	0,3
2003	45	4,3	40	0,4	2014	27	2,6	27	0,3
2004	33	3,2	38	0,3	2015	29	2,8	33	0,3
2005	36	3,3	38	0,3	2016	40	3,9	44	0,4
2006	32	3	33	0,3	2017	24	2,8	29	0,3
2007	29	2,8	31	0,3	2018	25	2,2	26	0,2
2008	35	3,3	42	0,4	2019	28	1,7	35	0,3
2009	43	4,1	45	0,4	2020	25	1,8	31	0,3
2010	22	2,1	35	0,3	2021	9	0,9	21	0,2
2011	38	3,6	48	0,4	2022	18	1,8	24	0,2

Los municipios con mayores incidencias acumuladas como se refleja en la tabla 2 fueron Santiago de Cuba (97,2) Songo - La Maya (56,9), San Luis (44,3), Palma Soriano (42,0) y Julio A. Mella (40,2) $\times 10^5$. Santiago de Cuba, Palma Soriano, Contramaestre y San Luis fueron los territorios que mostraron una incidencia de casos mantenida, mientras que Julio A. Mella, II Frente, III Frente y Guama exhibieron niveles más bajos de transmisión. Santiago de Cuba aportó 67,6 % de la incidencia acumulada, seguida de Songo - La Maya y Palma Soriano con 7,5 y 7,3 %, respectivamente.



En 40 de las 43 áreas de salud (93 %) se han registrado casos durante el periodo, en 4 de ellas (José Martí, Frank País, Julián Grimau y Municipal) durante 17 o más años, en otras 9 entre 11 y 16 años y en 15 áreas entre 5 y 10 años.

Tabla 2: Incidencia de la lepra por municipios, Santiago de Cuba

Municipios	Años																					
	2001	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Sgto. de Cuba	18	49	31	24	34	23	23	27	22	13	29	20	23	18	17	28	14	14	19	14	5	14
Contramaestre	2	1	3			3	1	1	5	2	1		1	2	4	3	5	1	1	3	1	
Songo – Maya	5	3	2	4			1	3	8	3	2	4			1	5	2	1	2	4	1	3
Palma Soriano	8	8	4	2		1	1	1		4	1	6	1	2		3	1	4	2	1	1	
San Luis		5	1	1	2	3	1	3	5		3		2	1	3	1		3	3	1		
II Frente		3	2	2			1		1		2		1		1		1		1			
J. A. Mella	1		1				1		2			2	1	3	1			2				
III Frente						1						1	3		2		1			2	1	
Guama			1			1						1		1								1
Total	34	69	45	33	36	32	29	35	43	22	38	34	32	27	29	40	24	25	28	25	9	18

En cuanto a la variable edad el rango fue de 7 a 90 años, la edad promedio fue de 50 años con una desviación estándar de 17,86. El 53,0 % de la incidencia acumulada se registró entre personas mayores de 50 años y 39 pacientes (5,5 %) fueron menores de 20 años.

En el periodo analizado se notificaron 11 casos de la lepra infantil (1,6 %), con la última incidencia en este grupo en el 2019, destacando los municipios Santiago de Cuba con 7 notificaciones, Songo La Maya con 2 y Palma Soriano y Julio A. Mella con una, respectivamente. Hubo un notable predominio del sexo masculino y de las formas clínicas multibacilares.

En total se registraron 380 pacientes masculinos (53,7 %) Se observó predominio de estos en todos los grupos de edades, excepto en el de 20 - 29 y 40 - 49 años, (Tabla 3).

Tabla 3: Incidencia según edades y municipios



Municipios	Grupos de edades y sexo															
	<15 a		15 - 19		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 +		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sgto. de Cuba	5	2	8	11	27	26	42	26	29	51	53	36	83	79	247	231
Contramaestre	0	0	0	3	5	0	1	3	2	4	2	2	11	7	21	19
Songo-La Maya	2	0	1	1	3	2	6	3	5	4	10	4	7	5	34	19
Palma Soriano	0	1	1	0	1	2	3	3	7	5	7	4	11	7	30	22
San Luis	0	0	1	1	0	1	4	0	6	4	4	3	7	8	22	17
II Frente	0	0	0	0	0	3	0	3	1	0	3	1	4	0	8	7
J. A. Mella	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	8	1	11	3
III Frente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	3	4	7
Guamá	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	3	2
Total	8	3	12	16	37	34	57	40	52	70	79	54	135	110	380	327

Otra variable estudiada fue la clasificación según formas clínicas de la enfermedad la cual se utiliza para la clasificación operacional del programa de control en formas multibacilares (lepromatosa y dimorfa) y paucibacilares (tuberculoide e indeterminadas), (tabla 4). El 91,5 % de los casos fueron clasificados como multibacilares, de estos 460 fueron de lepra dimorfa y 187 lepromatosa, de los 60 casos con formas paucibacilares, (8,5 %) 33 fueron indeterminadas.

En 12 de los 22 años analizados las formas multibacilares de esta enfermedad han estado por encima de 90,0 % y las paucibacilares solo en el 2001 alcanzaron un 20,0 % (7/34). Dentro de las formas multibacilares siempre ha existido un predominio de la forma dimorfa. Solo en los años 2014 y 2017 las formas lepromatosas exhibieron proporciones por encima del 40,0 %.

Los municipios con las mayores proporciones de formas multibacilares fueron: III Frente (100 %), Songo La Maya (96,1 %), Contramaestre (95,0 %) y Santiago de Cuba (93,5 %) y llama la atención que el 8,5 % de los casos diagnosticados en el periodo fueron formas paucibacilares.

De las 647 formas multibacilares, 355 se registraron en pacientes del sexo masculino (54,9 %) y entre las formas paucibacilares el 51,7 % se observó en mujeres.

Tabla 4.: Distribución de casos según formas clínicas y año de diagnóstico



Años	LL	LD	LT	LI	TOTAL	Años	LL	LD	LT	LI	Total
2001	9	18	2	5	34	2012	9	24	--	1	34
2002	21	41	3	4	69	2013	6	25	--	1	32
2003	11	29	2	3	45	2014	15	12		--	27
2004	6	27	--	--	33	2015	6	20	1	2	29
2005	7	25	4	--	36	2016	12	24	4	--	40
2006	11	19	--	2	32	2017	8	14	1	1	24
2007	8	17	1	3	29	2018	9	15	1	--	25
2008	9	24	1	1	35	2019	4	21	2	1	28
2009	13	28		2	43	2020	9	13	1	2	25
2010	4	16	1	1	22	2021	2	6	1	--	9
2011	7	27	2	2	38	2022	3	14	--	1	18

Según el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico se halló que en 98 pacientes fue menor de 3 meses (13,9 %), en 265 fue entre 3 y 6 meses (37,5 %), en 253 entre 7 y 12 meses (35,8 %) y en 79 con más de 1 año (11,2 %). En 11 pacientes no se pudo precisar este dato.

De los casos con diagnóstico demorado el 93,7 % correspondieron a formas multibacilares, de estos, 44,3 % fueron lepromatosas y 49,4 % de las formas paucibacilares 3,8 %, fueron indeterminadas y el 2,5 fue tuberculoides.

Finalmente, otro aspecto investigado fue la forma de detección de los casos, (tabla5), Se destaca en sobremanera la forma espontánea que alcanzó un 50,0 % de los casos, seguido por el estudio de población de riesgo con un 28,6 % y el estudio de contacto que solo representó 20,7 %; en 5 pacientes se ignora este dato 0,7 %.

De los 648 casos con formas multibacilares, el 50,3 % fue detectado en forma espontánea y el 28,5 % a través del estudio de población de riesgo, mientras que solo 21,2 % fue detectado en el chequeo de contactos.

El municipio II Frente detectó 80,0 % de sus casos de forma espontánea, seguido por Contramaestre que diagnosticó 72,5 % en esta forma, San Luis y Palma Soriano con 64,2 y 61,5 %, respectivamente.

Por otro lado, los municipios que mostraron mayores índices de diagnóstico mediante el estudio de contactos fueron III Frente (55,5 %) y Songo - La Maya (32,1 %).



Tabla 5: Distribución de casos según formas de detección de los casos

Municipios	Espontáneo	Estudio Pob. Riesgo	Estudio Contactos	Ignorado
Sgto. de Cuba	215	166	95	2
Contramaestre	29	6	5	
Songo – La Maya	25	11	17	
Palma Soriano	32	11	8	1
San Luis	25	2	10	2
II Frente	12	2	1	
J. A. Mella	6	4	4	
III Frente	5	0	6	
Guama	5	0	0	
Total	354	202	146	5

Se hallaron 151 pacientes con algún grado de incapacidad al momento del diagnóstico (21,3%), de estos, 80 con incapacidad grado I y 69 con incapacidad grado II (9,8 %), y los dos restantes con incapacidad grado III.

Todos los años de la serie, mostraron casos con algún grado de incapacidad, excepto el 2003. La tendencia general es estacionaria, sin embargo, las incapacidades grado I muestran una tendencia ligeramente descendente, mientras que las grado II ha sido ascendente, el 66,7 % de las incapacidades fueron observadas entre pacientes del sexo masculino y como era de esperar 97,4 % ocurrieron entre pacientes con formas multibacilares, con respecto al predominio de las formas dimorfas.

Una variable clínica de interés fue conocer las frecuencias de los distintos tipos de lesiones que presentaban los enfermos y las localizaciones anatómicas de las mismas.

El tipo de lesión más frecuente observada fueron las manchas (66,7 %) del total de lesiones descritas, seguidas por los nódulos y las maculas con 8,3 %, respectivamente. Las neuritis estuvieron presentes en 6,3 % y en menores frecuencias, la infiltración (5,5 %) y la rinitis (2,1 %). La alopecia, caída de las cejas y la epistaxis fueron poco frecuentes.



La localización anatómica de las distintas lesiones fueron los brazos (289) y las piernas (210) entre las más frecuentes, seguidas por la cara y los muslos con 184 y 168 lesiones, respectivamente, seguidos por las localizadas en la espalda (143).

Cabe destacar que entre los pacientes con formas multibacilares las localizaciones más frecuentes fueron cara, manos y antebrazos, mientras que entre los paucibacilares fueron espalda, piernas y brazos, el 46,2 % de las lesiones estuvo localizado en la porción inferior del cuerpo (muslos, piernas, pies y glúteos).

Llamó la atención que entre los hombres las lesiones localizadas en la parte superior del cuerpo mostraron las mayores proporciones, mientras que entre las mujeres las mayores proporciones se encontraron en las lesiones localizadas en la parte inferior del cuerpo.

De los 707 casos registrados no se precisó la fuente de infección en 590 (83,4 %), mientras que en los 117 restantes si, se estableció que 71,4 % correspondieron a padres y hermanos, siguiéndole en orden de frecuencia los abuelos, esposos y esposas.

Se hizo el cálculo de la prevalencia oculta para los años 2020, 21 y 2022, lo que arrojó que el número de casos dejados de diagnosticar en cada uno de estos años fue de 23 pacientes, cifra que si se suma a la incidencia casi duplicaría la cifra que se viene notificando.

Discusión

La lepra existe en Cuba desde hace más de 4 siglos, pero no fue hasta 1962 cuando se creó un efectivo programa de control que ha permitido eliminar la enfermedad como problema de salud pública desde 1993, no obstante, se mantiene entre los 6 países de Latinoamérica con incidencias por encima de los 100 casos anuales.⁽⁸⁾

La provincia Santiago de Cuba ha sido considerada como uno de los focos leprógenos más importantes del país junto a Guantánamo, Granma y Camagüey, y ha ocupado en los últimos 10 años el segundo lugar como territorio con alta tasa de prevalencia, solo superada por la provincia Granma.⁽⁹⁾

En los últimos 22 años los municipios de Santiago de Cuba, Palma Soriano, Contramaestre y San Luis fueron los territorios que mostraron una incidencia de



casos mantenida, mientras que Julio A. Mella, II Frente, III Frente y Guama exhibieron niveles más bajos de transmisión. Santiago de Cuba aportó el 67,6 % de la incidencia acumulada, seguida de Songo La Maya y Palma Soriano con 7,5 y 7,3 %, respectivamente, lo que ubica a estos territorios como áreas de riesgo para la transmisión.

La tendencia de la enfermedad ha sido descendente como en el resto del país y la mayoría de los países de América Latina.⁽¹⁰⁾

Santiago de Cuba muestra tasas de prevalencia por debajo de 1×10^4 habitantes (hab) indicador que se usa para considerar que la enfermedad esta eliminada como problema de salud; sin embargo, algunos autores han planteado que se hace necesario tratar con cautela el término eliminación y que se necesitan otros indicadores más sensibles y específicos para considerar esta condición.

En el periodo analizado 18 áreas de salud en algún año mostraron tasas de prevalencia por encima de 1×10^4 hab, y se destaca en este sentido las áreas de salud del municipio Santiago de Cuba, por ejemplo, Frank País y José Martí.

Existen áreas de salud que probablemente se encuentran en silencio epidemiológico, por ejemplo los policlínicos 28 de Septiembre que no diagnostica casos desde el 2018; 30 de noviembre que no registró casos desde el 2016 y en el 2020 solo notificó un caso; Camilo Torres desde el 2013 no notificaba casos y en el 2022 se registran dos; el área de Songo entre el 2010 y el 2022 han notificado cinco casos de Lepra, el área de El Cristo en Santiago de Cuba no registra casos desde el 2013.

Entre los elementos a tomar en cuenta para alcanzar la meta de “cero lepra” para el 2030 propuesta por la OMS se debe realizar una adecuada estratificación del riesgo de transmisión tomando en cuenta algunos indicadores como la existencia de casos *cluster*, la presencia de casos infantiles, el diagnóstico demorado y pacientes con incapacidades Grado I y II, así como la acciones intensivas de búsqueda activa a través de la pesquisa dermatoneurológica, estudios y seguimiento de los contactos detectados.⁽¹¹⁾

Hubo predominio del diagnóstico en el sexo masculino, similares resultados han sido reportados por otros autores.⁽¹²⁾



Con relación a este patrón, estudios recientes consideran que influyen en el mismo factores socioculturales en las mujeres como son, bajo estatus; movilidad más limitada; analfabetismo y el escaso conocimiento de la enfermedad, que serían los responsables de la sub-notificación de los casos de mujeres afectadas por la lepra.⁽¹³⁾

Se registraron 11 casos infantiles (1,6 %) indicador muy por debajo de lo reportado por Cabrales León y cols. en la provincia Las Tunas,⁽¹⁴⁾ y por Reyes en su serie de 2024 casos, en el periodo 2012 al 2022 en Cuba (3,06 %).⁽¹⁵⁾

La frecuencia de formas multibacilares fue muy superior a las paucibacilares, siendo el promedio anual de las primeras 10,5 veces superior a las segundas, patrón superior al descrito por Cáceres Duran en países seleccionados de América Latina⁽⁸⁾, sin embargo, Pedrosa y cols. en Colombia en una serie de 32 años (1985 - 2017) refirió que hasta el año 2003 se observó predominio de formas paucibacilares.⁽¹⁶⁾

Sobre este aspecto Butlin y cols., alertaron sobre los problemas que puedan influir en la clasificación clínica de los casos, por errores de campo de los trabajadores.⁽¹⁷⁾

Más recientemente en un metanálisis conducido por Bahía Barreto y cols. se señala que otro factor además de la respuesta individual al *Mycobacterium leprae* para presentar una forma paucibacilar,⁽¹⁸⁾ es la localización geográfica de los casos, donde se han reportado *clusters* como forma clínica de transmisión. En nuestra casuística llamó la atención el número de casos en las áreas de salud José Martí (10), Palma Norte (5), Eduardo Mesa (5) y Matías (3).

Es conocido que las formas multibacilares desempeñan una función protagónica en la transmisión de la enfermedad, si a esto añadimos el diagnóstico de casos infantiles, además de que el mayor por ciento de los casos diagnosticados se detecta de manera espontánea y que casi 20,0 % de los diagnósticos es tardío, obviamente resulta muy difícil alcanzar la meta de cero lepra en el 2030.

La vigilancia activa debe ser de mayor calidad, hay que implementar campañas de eliminación de la lepra (LEC) en áreas críticas o puntos calientes, realizar una evaluación de posibles zonas de silencio, ejecutar pesquisas de población, además



de mejorar sustancialmente los controles de foco y el estudio y seguimiento de los contactos.

En cuanto al tipo de lesiones halladas en los pacientes, Valón Ferrer y cols reportaron en Guantánamo resultados similares, aunque la proporción de infiltración difusa, de neuritis y alopecia fue superior.

Finalmente se realizó el cálculo de la prevalencia oculta para los años del 2018 al 2022, hallándose como promedio para cada año 8 casos, esto representa prácticamente que para cada periodo se dejan de diagnosticar entre 30 y 40 % de los casos infectados en la provincia.

Se concluye, que a pesar de exhibir una tasa de prevalencia de Lepra por debajo de 1×10^4 hab, la provincia Santiago de Cuba necesita evaluar de forma sistemática otros indicadores epidemiológicos que ayuden a identificar puntos críticos en la distribución de la enfermedad y mejorar las acciones de vigilancia activa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos y contactos con vistas a reducir la prevalencia oculta de la enfermedad que hoy se calcula. Existen zonas de silencio sobre las cuales se debe actuar, lo que reducirá el índice de diagnóstico tardío y con ello la proporción de incapacidades, indicadores con resultados negativos en la provincia.

Referencias bibliográficas:

1. Abreu DA. Historia de la Lepra en Cuba. Folia Dermatológica Cubana ECIMED. 2020[Citado 7/1/2025]; 14(1): e 212 . Disponible en: <https://revfcd.sld.cu/index.php/fcd/article/view/212/210>.
2. World Health Organization. Genève, Italia: WHO; 2021[actualizado 11/01/2023; citado 12/09/2025] Global leprosy (Hansen disease). Elimination of leprosy disease is possible – Time to act! .Relevé Épidémiologique Hebdomadaire.; (37):e 501–21.Disponible en:<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4b0aea60-d4ec-4228-946e-773d864e1b2d/content>.



- 3.- Organización Panamericana de la Salud: OPS; 2021[actualizado 11/01/2024; citado 17/12/2024] Lepra (Enfermedad de Hansen) Hoja Informativa. Lepra en Las Américas en 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lepra-enfermedad-hansen>.
4. World Health Organization. Genève, Italia: WHO; 2021[actualizado 11/01/2024; citado 12/09/2025] Global leprosy (Hansen disease). Beyond zero cases what elimination of leprosy really means.; 37(100):e365–84. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b4ad088c-c66a-46b9-ac80-30576097b57b/content>.
5. Organización Panamericana de la Salud: OPS; 2017[actualizado 11/01/2020; citado 23/2/2025] Estrategia mundial para la lepra 2016 – 2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/manual_operativo.pdf
6. Santiago de Cuba. Departamento de Registros Médicos y Estadística. Anuario Estadístico de Salud. Santiago de Cuba: Dirección Provincial de Salud; 2022[citado 23/02/2025]. Disponible en: <http://ftp.scu.sld.cu/galen/gestion/34.%20Anuario%20Prov.%202022.pdf>
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Lepra. Normas técnicas para el control y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008[citado 23/02/2025]. Disponible en: <https://files.sld.cu/higienepidemiologia/files/2015/07/programa-lepra-2008-vigente.pdf>
8. Cáceres Durán MA. Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020. Rev. Panam Salud Pública. 2022[citado: 2/04/2025]; 46(14):e1-10. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2022.v46/e14/es>
9. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Nacional Estadístico de Salud. 2007 - 2022[citado: 2/04/2025]. Disponible en: <https://dpsalud.ch.gob.cu/2023/10/05/minsap-anuario-estadistico-de-salud-2022/>
10. Reyes Flores C. Incidencia de la lepra en Cuba en el decenio 2012 -2022. Columna Médica. 2024[citado: 2/04/2025]; 3(175) Disponible en



<https://revcolumnamedica.sld.cu/index.php/columnamedica/article/view/175/143>

11. González Ochoa CE, Abreu González A. Vigilancia de la lepra en situaciones de baja prevalencia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth. 2001[Citado 3/04/2025]; 9(2). Disponible en:

<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v9n2/4300.pdf>

12. Ferrá Torres TM, Florat Gutiérrez D, Rodríguez del Valle K. Factores antropológicos socio-demográficos en la incidencia de lepra. Arch méd Camagüey. 2022[Citado 3/04/2025]; 26:e8853. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v26/1025-0255-amc-26-e8853.pdf>

13. Ticay Borge JC, Gómez Guerrero M, Zamora Rivas NL. Comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad de Hansen en los pacientes atendidos en el Centro Nacional de Dermatología Francisco Soto Calderón. RCSEM .2023[citado 30/03/2024]; 5(7):e20-8 Disponible en:

<https://revistas.unan.edu.ni/index.php/Salud/es/article/view/4310/6696>

14.- Cabrales León MO, Leyva León AI, Escalona Pérez I. Comportamiento de la lepra en la provincia de Las Tunas en el decenio 2012-2021. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2022. [citado/7/1/2023]:e1-7. Disponible en:

<https://promociondeeventos.sld.cu/flap2022/files/2022/10/133.pdf>

15. Pedrosa VL, Dias LC, Galban E, Leturiondo A, Palheta J, Santos M, et al. Leprosy among schoolchildren in the Amazon region: A cross-sectional study of active search and possible source of infection by contact tracing. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2018[Citado 7/1/2025]; 12(2):e0006261. Disponible en:

<https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0006261&type=printable>

16. Butlin CR, Lockwood DNJ. Changing proportions of paucibacillary leprosy cases in global leprosy case notification. Leprosy Review. 2020[Citado 7/1/2025]; 91(3):255–61. Disponible en: <https://leprosyreview.org/article/91/3/20-20010>

17. Barretto de Oliveira BM, Martins Diniz L. Leprosy among children under 15 years of age: literature review. An.Bras.Dermatol. 2016[Citado 7/1/2025]; 91(2):e196-203. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4861567/>



18. Valón Ferrer MA, Hernández Del Pino S, Bordelois Abdo JA, Abijana Damién G, Rodríguez Lambert B, "Correlación clínico patológica de Lepra en Guantánamo. Rev Inf Cient. 2015[Citado 7/1/2025]; 93(5):e1078-97. Disponible en:<https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/178/1396>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Luis Eugenio Valdés García , Nancy Suarez Ramírez y Adriana Rodríguez Valdés

Investigación: Luis Eugenio Valdés García, Nancy Suarez Ramírez y Ariadna Domínguez Mateos

Metodología: Luis Eugenio Valdés García y Ariadna Domínguez Mateos.

Administración del proyecto: Luis Eugenio Valdés García.

Supervisión: Luis Eugenio Valdés García.

Visualización: Luis Eugenio Valdés García.

Redacción del borrador original: Luis Eugenio Valdés García, Nancy Suarez Ramírez y Ariadna Domínguez Mateos

Redacción, revisión y edición: Luis Eugenio Valdés García,.

Revisor: Dra. Maribel Vaillant Rodríguez

Corrector: Lic. Alexander Brossard Taureaux

