

IQEN

INFORME QUINCENAL
EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Volumen 22 número 20 - Bogotá, D.C. - 31 de octubre de 2017

100 logros INS en 100 años de historia

Comportamiento de la lepra, una enfermedad en eliminación, Colombia 2008-2016.....329



Ministro de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Directora General Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Comité Editorial

Oscar Eduardo Pacheco García

Hernán Quijada Bonilla

Pablo Enrique Chaparro Narváez

Jose Orlando Castillo Pabón

Vilma Fabiola Izquierdo Charry

Alfonso Rafael Campo Carey

María Nathalia Muñoz Guerrero

Santiago Elias Fadul Pérez

Diseño y Diagramación

Claudia P. Clavijo A.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

Instituto Nacional de Salud

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad, y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382, 1486.

Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida:

Rodríguez Gutiérrez Lilian Andrea, Pérez Santiago Fadul. Comportamiento de la lepra, una enfermedad en eliminación, Colombia 2008-2016; 22(20):328 - 340 Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2022%202017%20num%2020.pdf>

Comportamiento de la lepra, una enfermedad en eliminación, Colombia 2008-2016

Lilian Andrea Rodríguez Gutiérrez¹

Santiago Fadul Pérez²

Resumen

Introducción: la lepra es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium leprae*, su manifestación es de tipo crónico y presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas en la piel y los nervios periféricos. La patogenia de la lepra es multifactorial y depende tanto de factores genéticos determinantes de la resistencia o susceptibilidad, como de la virulencia del germen, el tamaño del inóculo, la frecuencia y duración de la exposición al *M. leprae*, entre otros

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de lepra notificados al sistema de vigilancia, los datos se tomaron de la notificación al SIVIGILA en los años 2008 a 2016 en el territorio colombiano; se calcularon frecuencias organizadas en tablas y gráficas; la tasa de detección de nuevos casos se estableció mediante gradientes de calor por percentiles.

Resultados: En los últimos nueve años, la notificación de los casos de lepra registra un comportamiento variable en cada periodo epidemiológico, en el 2013

se registró el mayor número de casos y la tasa de detección más alta de casos nuevos de lepra en el país. El sexo masculino es el más afectado por esta enfermedad representando el 64,2 % de los casos. Las entidades territoriales con la detección más alta de casos nuevos son Arauca, Huila y Norte de Santander. En cuanto a los casos clasificados como recidivas, el 2011 aporta el mayor número de casos, para el grado dos de discapacidad el 2013 presenta un total de 55 casos.

Conclusiones: De acuerdo con la condición de ingreso, los casos nuevos representan el mayor número de casos. Para el 2013 se presenta el mayor porcentaje de los casos con discapacidad (35,5% de los casos), de acuerdo a la clasificación clínica los casos multibacilares registran el mayor porcentaje.

Palabras clave: Lepra, *Mycobacterium leprae*, epidemiología Colombia.

¹ Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública.

² Referente de vigilancia en Lepra, Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública.

Introducción

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Micobacterium leprae*, su manifestación es de tipo crónico y presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas en la piel y los nervios periféricos. “La patogenia de la lepra es multifactorial y depende tanto de factores genéticos determinantes de la resistencia o susceptibilidad, como de la virulencia del germen, el tamaño del inóculo, la frecuencia y duración de la exposición al *M. leprae*, entre otros” (1).

La situación de la lepra a nivel global al término del 2015 fue de 210 758 casos nuevos, con una incidencia de 3,2 por 100 000 habitantes, mostrando una disminución comparada con los años anteriores. La mayor carga de casos nuevos se encuentra en India con 127 326 casos que representa 60% del total, seguido por Brasil con 26 395 casos (13% del total mundial), e Indonesia con 17 202 casos (8 % del total mundial).

De los 136 países que reportan a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, 30 no notificaron ningún caso; 60 notificaron entre 1 y 99 casos; 32 notificaron entre 100 y 999 casos; 11 países notificaron entre 1 000 y 9 999 casos y los 3 países restantes notificaron más de 10 000 casos nuevos durante ese año; sin embargo, hubo 92 países que no hicieron notificación teniendo casos de lepra (2).

En la Región de las Américas se estimó 28 806 casos nuevos de lepra en el 2015, mostrando la mayor carga en Brasil con 26 395 casos. En cuanto a los casos con discapacidad grado II en esta región se estimaron 1 973 casos con una prevalencia de 3,5 por 100 000 habitantes, para los casos con lepra multibacilar se estimaron 19 859 casos en el 2015 (2). Se ha observado que la prevalencia ha disminuido de 0,71 casos por 100 000 habitantes en el 2006 a 0,36 en 2013 (3). En cuanto a América Latina y el Caribe se ha alcanzado la meta de eliminación nacional notificando menos de un caso por 100 000 habitantes con corte a 2013 (3).

A fin de mejorar el diagnóstico temprano de la enfermedad de Hansen para disminuir y contener el

número de casos nuevos que tienen discapacidad grado II, se determinó la *estrategia mundial de eliminación de la lepra 2016-2020*, el cual fijó las siguientes metas para el 2020: I. ninguna discapacidad de grado II en los pacientes pediátricos con lepra; II. Disminución del número de casos nuevos de lepra con discapacidad de grado II a menos de un caso por millón de habitantes; III. Ningún país en su legislación permitió la discriminación por causa de lepra. Se realizará una evaluación del progreso en el 2018 (6) (4).

En el reporte de la OMS 2015, Colombia registró 498 casos, 349 registros nuevos, de los cuales 265 fueron multibacilares, nueve casos nuevos en niños, 58 casos con grado II de discapacidad y 25 casos reportados como recidivas (2).

En Colombia, la lepra es un tema de preocupación debido a la drástica disminución de casos, generando en el personal de salud y la comunidad en general la premisa de que la enfermedad ya se encuentra erradicada o eliminada, por lo que se observó disminución o ausencia de actividades de búsqueda de sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico, dificultades en la identificación de casos sospechosos, falta de oportunidad en el diagnóstico y en el manejo de los casos (4).

Los objetivos del estudio fueron identificar las características demográficas y sociales de la población afectada con lepra en Colombia, establecer la frecuencia de la lepra en Colombia, identificar las características clínicas y bacteriológicas del evento, identificar el grado de discapacidad de los pacientes registrados en el país entre 2008 y 2016.

Método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La población en estudio fueron los casos de lepra notificados al sistema de información de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en el periodo comprendido entre 2008 y 2016 en el territorio nacional. La información fue analizada mediante distribución de frecuencias y se presentaron los resultados en tablas con el programa Excel 2013®. Las variables en estudio fueron: año

de ocurrencia, sexo, área, tipo de seguridad social, pertenencia étnica, departamento de residencia y clasificación de caso medidas a nivel nominal; grado de discapacidad, medida a nivel ordinal; edad, número de casos por entidad territorial por año, medidas a nivel de razón. Los datos necesarios se obtuvieron de la base de datos Sivigila del Instituto Nacional de Salud y las cifras de la población colombiana de los periodos comprendidos desde el 2008 a 2016 a través de las proyecciones de la base de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Los datos obtenidos se ordenaron en distribuciones de frecuencia, que se presentan en tablas y gráficas; la tasa de detección de casos nuevos se estableció por diagrama de calor por entidad territorial de residencia, con escala de valoración mediante percentiles.

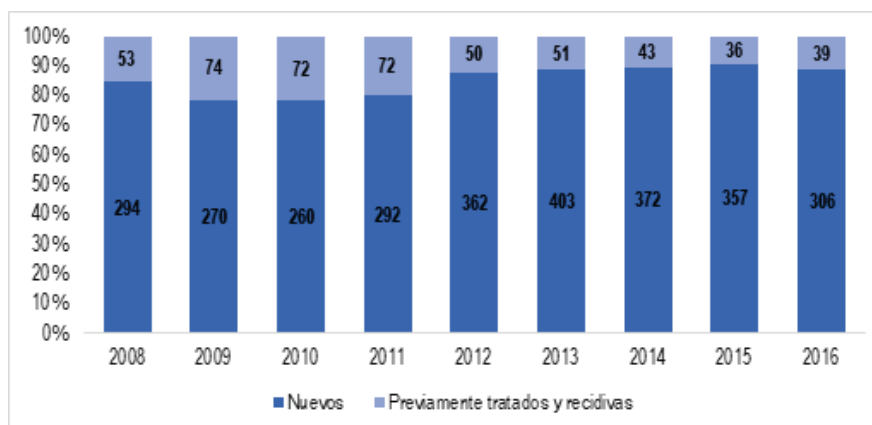
Consideraciones éticas

Se realizó una investigación sin riesgos según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, empleando técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de la población en estudio, por lo tanto, no se incurrió en ninguna falta bioética al ser humano y no se violó el derecho de privacidad (5).

Resultados

El total de casos registrados fue de 3 406, con un promedio anual de 378,4 casos en los nueve años descritos, es importante destacar que entre el 2008 a 2015 se refleja un aumento del 11,7 % en la notificación; en contraste, si comparamos el año 2012 con el 2015, se registra una disminución del 4,6 % en la notificación, al igual que entre el 2015 y 2016 donde disminuyo en 13,9%. La detección de casos nuevos de lepra mostró una disminución entre 2009 y 2010. Sin embargo, en el 2013 se observa un incremento con 41 casos nuevos más que el año anterior, casi el 88,7 % de los casos, con una tasa de detección de casos nuevos de 0,86 casos por 100 000 habitantes (gráfica 1).

Grafica 1. Notificación de casos nuevos de lepra, Colombia, 2008-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008-2016

El sexo masculino es el más afectado y aporta 1 843 casos; en el 2013 se registró la detección más alta de casos nuevos para el sexo masculino en el país (1,13 casos por 100 000 hombres) (tabla 1).

Tabla 1. Número y tasa de detección de casos nuevos de lepra por sexo, Colombia, 2008-2016

Año	Femenino	Tasa de detección de casos nuevos por 100000 habitantes	Masculino	Tasa de detección de casos nuevos por 100000 habitantes
2008	106	0,47	188	0,86
2009	102	0,45	168	0,76
2010	100	0,43	160	0,71
2011	95	0,41	197	0,87
2012	142	0,60	220	0,96
2013	141	0,59	262	1,13
2014	138	0,57	234	0,99
2015	134	0,55	223	0,94
2016	115	0,47	191	0,79

Fuente: Siviigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008-2016

De acuerdo con la distribución de casos nuevos detectados por grupo de edad, el 22,8% se encuentran en el grupo de 65 y más años; llaman la atención los casos registrados en los menores de cuatro años. Para el 2008 y 2016 se presenta la tasa más alta de detección de casos nuevos en el grupo de 65 y más años (2,76 casos y 2,46 casos por 100 000 habitantes respectivamente), para los años 2013, 2014 y 2015 la tasa más alta se presenta en el grupo de 60 a 64 años (tabla 2).

Tabla 2. Número y tasa de detección de casos nuevos de lepra por grupo de edad, Colombia, 2008-2016.

Grupo de Edad	2008	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	2009	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	2010	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	2011	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	2012	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	2014	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	2015	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	2016	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes
<1 año - 4	3	0,07	2	0,05	4	0,09	2	0,05	2	0,05	1	0,02	0	0,00	0	0,00
5 - 9	2	0,05	2	0,05	8	0,19	1	0,02	4	0,09	2	0,05	4	0,09	4	0,09
10 - 14	6	0,13	2	0,04	9	0,20	4	0,09	5	0,11	3	0,07	5	0,12	8	0,19
15 - 19	6	0,14	12	0,27	1	0,02	12	0,27	12	0,27	15	0,34	9	0,21	3	0,07
20 - 24	22	0,56	14	0,35	11	0,27	13	0,32	21	0,50	18	0,42	19	0,44	8	0,19
25 - 29	19	0,54	22	0,62	11	0,30	21	0,57	20	0,53	17	0,44	22	0,56	24	0,60
30 - 34	21	0,67	14	0,44	13	0,40	25	0,75	38	1,13	28	0,80	29	0,82	29	0,80
35 - 39	18	0,61	25	0,86	16	0,55	22	0,74	33	1,10	30	0,95	19	0,59	23	0,70
40 - 44	27	0,93	28	0,96	24	0,82	16	0,55	25	0,86	23	0,80	25	0,87	24	0,82
45 - 49	26	1,00	17	0,64	33	1,21	28	1,00	28	0,99	26	0,90	41	1,42	27	0,94
50 - 54	25	1,18	22	1,00	26	1,14	24	1,01	29	1,18	37	1,41	43	1,60	33	1,21
55 - 59	21	1,25	32	1,83	22	1,21	28	1,48	42	2,13	51	2,39	29	1,31	33	1,43
60 - 64	19	1,47	19	1,41	21	1,49	22	1,49	28	1,83	42	2,53	42	2,43	37	2,05
> 65 años	79	2,76	61	2,06	61	1,99	74	2,35	75	2,30	79	2,27	70	1,94	92	2,46

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008-2016

En el periodo en estudio la tasa de detección de casos nuevos más alta se presentó en el 2013 con 0,86 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales con mayor tasa de detección de casos nuevos durante los nueve años fueron Huila, Norte de Santander, Arauca y Bolívar. En 2008 la tasa de detección de casos nuevos fue de 0,66 casos por 100.000 habitantes los departamentos con mayores tasas fueron Bolívar (2,95 casos), seguido por Atlántico (2,77 casos). En el 2010 se presentó la tasa de detección de casos nuevos más baja con 0,57 casos por 100 000 habitantes. El departamento con la detección más alta de casos nuevos en 2013 fue Bolívar (3,19 casos por 100 000 habitantes), seguido por Atlántico (2,75 casos por 100 000 habitantes) (tabla 3).

Tabla 3. Tasa de detección de casos nuevos de lepra por 100.000 habitantes por departamento de residencia, Colombia, 2008-2016

Departamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Amazonas	0,00	0,00	1,39	4,12	2,71	0,00	0,00	0,00	0,00
Antioquia	0,10	0,23	0,18	0,13	0,13	0,21	0,09	0,11	0,12
Arauca	1,66	3,68	1,21	4,79	4,73	6,24	6,17	5,34	0,75
Atlántico	2,77	3,80	2,75	2,00	2,64	1,00	1,23	0,80	1,11
Barranquilla	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,41	0,82	0,82	0,98
Bogotá	0,20	0,14	0,11	0,13	0,12	0,23	0,22	0,19	0,14
Bolívar	2,95	1,56	3,19	2,48	2,93	2,24	2,12	1,00	1,08
Boyacá	0,24	0,08	0,08	0,08	0,31	0,39	0,16	0,16	0,08
Buenaventura	0,00	0,28	0,28	0,54	0,53	0,26	0,00	0,00	0,49
Caldas	0,51	0,10	0,20	0,41	0,61	0,51	0,41	0,40	0,40
Cauquetá	0,69	0,23	0,22	0,00	1,31	1,07	0,85	1,05	0,41
Cauca	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,84	1,82	1,80	0,69
Casanare	0,64	0,63	0,00	0,90	0,69	0,87	1,71	1,12	0,00
Cauca	0,62	0,31	0,45	0,15	0,37	0,30	0,22	0,65	0,57
Cesar	1,81	0,84	1,03	1,43	2,32	2,59	2,66	2,04	3,17
Choco	0,21	0,00	0,84	0,00	0,21	0,20	0,61	0,40	0,40
Cordoba	0,07	0,26	0,32	0,37	0,18	0,24	0,30	0,18	0,23
Cundinamarca	0,17	0,21	0,28	0,32	0,47	0,35	0,27	0,19	0,15
Guanía	0,00	0,00	0,00	2,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Guaviare	1,00	0,98	0,00	0,95	0,00	1,85	0,91	0,90	0,00
Huila	1,90	2,25	1,57	2,37	2,88	2,57	2,02	2,51	1,54
La Guajira	0,00	0,88	0,00	0,24	0,34	0,22	0,11	0,21	0,20
Magdalena	2,28	1,47	0,93	1,85	2,76	3,00	1,56	2,84	1,54
Meta	0,84	0,59	0,57	0,45	1,10	1,08	1,27	0,83	0,71
Nariño	0,19	0,06	0,12	0,06	0,24	0,24	0,35	0,17	0,17
Norte de Santander	2,35	1,09	2,54	3,06	3,79	3,23	3,57	2,80	2,56
Putumayo	0,00	0,93	0,00	0,30	0,30	0,30	0,00	0,29	0,29
Quindío	0,55	0,91	0,36	0,54	0,72	0,36	0,89	0,18	0,35
Risaralda	0,11	0,22	0,65	0,54	0,75	0,32	0,21	0,63	0,21
San Andrés	1,39	0,00	0,00	2,71	0,00	1,33	0,00	0,00	0,00
Santander	2,06	1,95	0,99	1,19	1,43	2,40	2,29	1,84	1,69
Santa Marta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,07	0,21	1,03	1,02
Sucre	1,01	0,37	0,62	0,98	0,60	0,48	0,47	0,35	0,47
Tolima	1,02	1,08	1,15	0,86	1,15	0,93	0,78	1,56	1,20
Valle del Cauca	0,46	0,50	0,55	0,64	0,51	0,70	0,72	0,90	0,80
Vaupés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	0,00	3,22	1,57	0,00	1,49	2,92	4,27	0,00	2,71
Nacional	0,66	0,60	0,57	0,63	0,78	0,86	0,78	0,74	0,63

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008-2016.

Con base en los casos de lepra reportados al Sivigila para el 2008, de los 347 casos confirmados, 292 (84,7 %) corresponde a nuevos casos detectados y 49 (15,3 %) a recidivas. Para el 2009, de los 344 casos confirmados de lepra, 270 (78,5 %) corresponde a nuevos casos detectados y 31 (9,0 %) a recidivas, en comparación con el año anterior se observa una disminución del 36,7 % en la notificación de recidivas. En el 2011 se detectaron 292

(80,2 %) nuevos casos y 67 (18,4 %) recidivas. En comparación con el 2010 se observa un aumento del 29,9% en la notificación de recidivas. En el 2016 se observa una disminución del 47,1% en la notificación de recidivas en comparación con el 2015 (tabla 4).

Tabla 4. Casos de lepra por departamento de residencia, Colombia, 2008-2016.

Año	Casos Nuevos	Porcentaje	Recidivas	Porcentaje
2008	294	84,7	49	14,1
2009	270	78,5	31	9,0
2010	260	78,3	47	14,2
2011	292	80,2	67	18,4
2012	362	87,9	50	12,1
2013	403	88,8	50	11,0
2014	372	89,6	30	7,2
2015	357	90,8	25	6,4
2016	306	88,7	17	4,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008-2016

Durante los nueve años de estudio, de los 3406 casos inicialmente clasificados bacteriológicamente, 2105 (61,8%) fueron lepras multibacilares (tabla 5).

Tabla 5. Casos de lepra por clasificación bacteriológica, Colombia, 2008-2016.

Año	Paucibacilar	%	Multibacilar	%	Sin Dato	%	Total
2008	124	35,7	219	63,1	4	1,2	347
2009	121	35,2	180	52,3	43	12,5	344
2010	127	38,3	180	54,2	25	7,5	332
2011	130	35,7	228	62,6	6	1,6	364
2012	155	37,6	257	62,4	0	0	412
2013	173	38,1	280	61,7	1	0,2	454
2014	139	33,5	274	66,0	2	0,5	415
2015	145	36,9	248	63,1	0	0	393
2016	101	29,3	239	69,3	5	1,4	345
Total	1215	35,7	2105	61,8	86	2,5	3406

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008-2016.

En cuanto a su distribución por grado de discapacidad, se presentó un 47,1% para el grado cero de discapacidad, seguido por 18,7% con grado uno de discapacidad y 9,1% con grado dos de discapacidad, la evaluación de discapacidad del paciente al momento del diagnóstico, da cuenta de la capacidad de detección y diagnóstico oportuno de la lepra (tabla 6).

Tabla 6. Casos de lepra por grado de discapacidad, Colombia, 2008 a 2016.

Año	Sin discapacidad	%	Grado I de discapacidad	%	Grado II de discapacidad	%	Sin dato	%	Total
2010	122	36,7	42	12,7	17	5,1	151	45,5	332
2011	214	58,8	92	25,3	49	13,5	9	2,5	364
2012	253	61,4	117	28,4	42	10	0	0,0	412
2013	292	64,3	106	23,3	55	12,1	1	0,2	454
2014	273	65,8	97	23,4	43	10,4	2	0,5	415
2015	238	60,6	102	26,0	53	13,5	0	0,0	393
2016	213	61,7	80	23,2	52	15,1	0	0,0	345

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008-2016.

Discusión

En Colombia, durante el 2008 a 2014 se observa un promedio de 382,6 casos por año, muchos de los cuales no son detectados a tiempo y presentan discapacidad; así mismo, si no se les presta un servicio médico adecuado terminan presentando discapacidad. La lepra puede llevar a discapacidades físicas que hacen difícil la ejecución de las actividades rutinarias de la vida diaria. No obstante, la tasa de detección de casos nuevos por años reflejada en el territorio nacional no sobrepasa de un caso por 100 000 habitantes.

En general la vigilancia realizada expone una tendencia variable en los últimos años; esto radica en las capacitaciones al personal de salud para la detección oportuna, logrando un aumento en el número de casos y de ahí la importancia que el personal de salud conozca la problemática de la lepra para tener un manejo y control adecuado de los pacientes.

El grupo poblacional otros y el grupo de afrocolombianos son los más afectados. En cuanto a la distribución de los casos el grupo más afectado se encuentra entre 65 y más años pudiéndose explicar por el periodo de incubación, la cronicidad de la enfermedad y la baja capacidad de detección de casos por el sistema. Durante el periodo 2008-015 se presentaron 85 casos en menores de 15 años, lo que representa un 2,7 % del

total de casos. La lepra en la infancia es excepcional antes del año de vida y poco frecuente hasta los 3 a 4 años, predominando las formas benignas, indeterminada (L.I.) y la tuberculoide (L.T.). La forma lepromatosa (L.L.) no suele aparecer antes de los 5 años y aumenta su frecuencia con la edad.

Aunque el comienzo de la enfermedad puede manifestarse a cualquier edad, en la edad infantil se ven más frecuentemente entre los 10 y 15 años, como en estos pacientes, debido a su largo periodo de incubación o al hecho de que los primeros signos generalmente asintomáticos, no son diagnosticados (6). Sin embargo, llama la atención que durante los años analizados se encuentran 15 casos en menores de cuatro años lo que demuestra una alta transmisibilidad de adultos con formas clínicas multibacilares, sin diagnóstico y tratamiento, ocho pertenecen al sexo femenino y siete al sexo masculino, todos presentaron formas paucibacilares confirmadas por estudios histopatológicos, dos de ellos son hermanos teniendo como fuente de contagio un hermano de 21 años.

En la mayoría de las regiones del mundo, con excepción de algunas zonas de África, el sexo femenino generalmente es el más afectado. En Latinoamérica, la prevalencia de la lepra es de cerca de 1,8/1,0 en hombres y mujeres, respectivamente (7). En este estudio, el sexo masculino presenta mayor número

de casos, puede ser debido a diferentes factores de riesgo como la ocupación estando expuestos a muchas condiciones ambientales favorables de adquirir la enfermedad. De los casos notificados para el periodo comprendido entre 2008 y 2014, el 85,3 % se notificaron como casos nuevos.

El porcentaje de recidivas postratamiento ha sido estimado por la OMS en 0,1% por año, en pacientes MB que recibieron 24 dosis de PQT (8) y que fueron seguidos por pocos años. Los reportes del Instituto Marchoux en Bakamo registraron inicialmente recaídas de 2,9% o 0,8% por 100 pacientes-año en pacientes MB tratados durante 2 años y seguidos durante 41,9±12,1 meses (9), esta condición puede ser explicada debido a la persistencia de bacilos viables y monoterapia con diamino-difenil-sulfona (DDS), los abandonos de la PQT, la falta de supervisión de ésta, la relación inadecuada entre el paciente y el personal de salud, la terapia irregular con dosis inadecuadas; por lo general son los principales factores que favorecen las recidivas de la lepra (10). Durante el periodo analizado, el 11,4 % de los casos notificados corresponden a recidivas por lo que se ha generado un seguimiento a estos casos pudiéndose registrar que los casos presentan un inadecuado diagnóstico inicial, clasificación y esquema de tratamiento.

Las entidades territoriales como Norte de Santander y Santander concentran el mayor número de casos de lepra en nuestro país y Arauca es el departamento que en los tres años analizados presenta la tasa más alta de detección de casos nuevos, que se deben a las actividades de búsqueda sostenida dentro de la comunidad y los convivientes que realizan estos entes territoriales dentro del marco de la vigilancia y la normatividad vigente en Colombia. La OMS recomienda el monitoreo a los casos con discapacidad grado dos, se resalta la importancia de enfocarnos en la detección y seguimiento de los casos con grado uno de discapacidad con el fin de obtener una disminución de casos con grado dos de discapacidad y evitar el progreso de secuelas irreversibles (11). En Colombia, 9,8 % de los casos nuevos presentaban discapacidad grado dos en 2007, la tasa más alta en la Región de las Américas ese año (12). Durante los años 2008 a

2015 se registraron 2610 casos nuevos, el 23,5 % corresponden a grado uno de discapacidad y el 10,9 % grado dos de discapacidad lo que muestra un diagnóstico tardío.

En el país, la Lepra es un tema de preocupación debido a que la disminución de casos ha generado en el personal de salud y la comunidad en general la premisa de que la enfermedad ya se encuentra erradicada o eliminada, por lo que se evidencia disminución o ausencia de actividades de búsqueda de sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico, dificultades en la identificación de casos sospechosos, falta de oportunidad en el diagnóstico y manejo de los casos. La Organización Mundial de la Salud ha elaborado la estrategia mundial contra la Lepra 2016-2020, que está estructurada en reforzar la implicación de los gobiernos, la coordinación y las alianzas, detener la lepra y sus complicaciones, acabar con la discriminación y fomentar la inclusión; con metas para alcanzar a 2020 como la ausencia de discapacidades entre los nuevos pacientes pediátricos, tasa de discapacidades de grado 2 inferiores a 1 por 1 millón y legislación que no permita discriminaciones por el hecho de padecer lepra (13). Con el fin de cumplir con las estrategias y metas es importante intensificar las actividades que promuevan la detección y diagnóstico oportuno de los casos, que van desde el entrenamiento al personal de salud para la identificación casos y valoración de los contactos, la difusión a la comunidad de la información en torno a la enfermedad y fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica como son la notificación de casos, realización de la visita epidemiológica de campo, vacunación a contactos y educación e información.

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 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. (14).

Las características de la lepra (largo período de incubación, evolución lenta, síntomas clínicos no acentuados y a veces de difícil observación para el paciente), así como las deficiencias operacionales (cobertura limitada, personal no adiestrado), producen dificultades en la identificación y diagnóstico de los casos, especialmente en la etapa inicial de la enfermedad, aunque muchos casos tampoco son diagnosticados inclusive en etapas más avanzadas crean 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. La mayoría de los países latinoamericanos han logrado reducir la prevalencia de la lepra a menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes. En estos países, la etapa siguiente es eliminar la enfermedad en el ámbito subnacional, en los territorios que tienen tasas mayores de 1 caso por 10 000. Elementos como la transición demográfica, la existencia de áreas con elevada transmisión y la necesidad de emplear indicadores más sensibles obligan a modificar las estrategias básicas, fortalecer los sistemas de vigilancia y reorientar recursos según sea necesario. Es importante renovar el empleo de tácticas como la identificación de las áreas críticas, las intervenciones diferenciadas, la concentración de indicadores y la conjugación de la vigilancia pasiva y activa (15)

Conclusiones

- En los últimos nueve años, la notificación de los casos de lepra registra un comportamiento variable en cada periodo epidemiológico, para el año 2013 se presentó la mayor notificación de los casos y la tasa de detección más alta de casos nuevos de la enfermedad en el país.
- De acuerdo con el tipo de seguridad social se registra el mayor porcentaje de casos en el régimen Subsidiado. Para el grupo étnico se presenta la mayor notificación en otros grupos poblacionales, seguido del grupo afrocolombiano.
- En el periodo comprendido de 2008 a 2016 más del 85% de las entidades territoriales notificaron casos de lepra, siendo Arauca con la tasa de detección más alta.
- De acuerdo con la condición de ingreso, los casos nuevos representan el mayor número de casos. Cabe resaltar en el año 2012 se presenta mayor notificación para los casos de recidivas.
- De acuerdo con la clasificación clínica y de laboratorio, los casos multibacilares registran el mayor porcentaje.
- Para el periodo 2008 a 2016 en relación con los casos notificados como nuevos y su clasificación se obtuvo mayor porcentaje para lepra multibacilar, siendo el año 2013 donde se registra mayor notificación para los casos con lepra paucibacilar y multibacilar.
- En el año 2013 se aprecia un aumento significativo de casos nuevos con grado dos de discapacidad, donde se refleja una tasa de 0,11 casos con grado dos de discapacidad por 100 000 habitantes.

Recomendaciones

- Se recomienda que todas las entidades territoriales realicen actividades de búsqueda activa de casos sintomáticos de piel entre los contactos.
- Se debe asegurar la evaluación de la discapacidad al momento del diagnóstico y durante la investigación de campo se deben efectuar acciones de educación y canalización a servicios y programas para la prevención y rehabilitación de la discapacidad en los casos que presenten algún grado de discapacidad.
- Es necesario hacer la notificación de todos los casos de lepra al Sivigila e investigar a los convivientes quienes tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con la población general.
- Se requiere vincular activamente a las aseguradoras en las acciones de búsqueda, prevención y rehabilitación de los enfermos de lepra con grado de discapacidad.
- Se debe realizar seguimiento y notificación al Sivigila

de toda recidiva de lepra y se debe verificar que cumplan con la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia de lepra en Colombia, teniendo en cuenta que los criterios clínicos de las reacciones, la baciloscopia y la biopsia son ayudas útiles para establecer la recidiva.

- Promover y cambiar el concepto erróneo que la población percibe con esta enfermedad con el fin que los pacientes acudan oportunamente al servicio de salud y tengan una atención y recomendaciones adecuadas y así obtener un tratamiento oportuno.

Agradecimientos

Al Instituto Nacional de Salud por el acceso a las bases de datos de vigilancia de Lepra de Siviigila.

Bibliografía

1. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Dirección de Prevención y Control de Micobacterias. Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra. México D.F. noviembre 2000. Consultado en: www.cenaprece.salud.gob.mx/.../pdf/manual_procedlab_lepraindre.pdf
2. Organización Mundial de la salud. Boletín epidemiológico número 36; 05 septiembre 2014, 89th year 2014, 89, 389 400. Consultado en: <http://www.who.int/wer/2014/wer8936.pdf?ua=1>
3. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de lucha contra la lepra. (Consultado el 2014 Enero 22) Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1781:en-el-diamundial-de-la-lucha-contra-la-lepra-&Itemid=487.
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento lepra 2013. Consultando en: http://www.ins.gov.co/lineas-deaccion/Subdireccion_Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/LEPRA%20Periodo%20XII%202014.pdf.
5. República De Colombia Ministerio De Salud. Resolución N° 008430 De 1993 (4 De octubre De 1993)
6. Saúl A. Lepra. En: Ruíz Maldonado R, Parish L, Beare J. Tratado de Dermatología Pediátrica. México: Interamericana; 1992.p. 452-461.
7. Ulrich M, Zulueta AM, Caceres-Pittmar G, Sampson C, Rinardi M. Leprosy in women: characteristics and repercussions. *Social Science and Medicine*. 1993; 37:445-56
8. ALM Consensus Development Conference on the Chemotherapy of Leprosy. Consensus development statement on the chemotherapy of leprosy. *Int J Lepr* 1992; 60:644-52.
9. Marchoux Chemotherapy Study Group. Relapses in multibacillary leprosy patients after stopping treatment with rifampin-containing combined regimens. *Int J Lepros* 1992; 60: 525-35.
10. Rodríguez G, Pinto R. Recidivas post tratamiento de la lepra multibacilar. *RevBioméd*. 2004; 24: 133 – 9.
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad, 2006–2010. Ginebra: OMS; 2005.
12. World Health Organization. Global leprosy situation 2008. *Wkly Epidemiol Rec*. 2008;83: 293–300.
13. Convenio OPS-MSPS No. 519 de 2015. ETE02. Adaptación del Plan de Eliminación de Lepra. Octubre 2016, Consultado el: 17 de enero 2017 Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos_2017-826&alias=2029-dossier-lepra-2017-9&Itemid=688
14. Suárez, R. E. G., & Lombardi, C. (1997). Estimado de prevalencia de lepra. *Hansen int*, 22(2), 31-4.
15. Ochoa, E. S., & Abreu, A. (2001). Vigilancia de la lepra en situaciones de baja prevalencia. *Rev Panam Salud Publica*, 9(2), 94-101.