

INFORME DEL EVENTO

LEPRA COLOMBIA 2017

INFORME DE EVENTO LEPRA, COLOMBIA, 2017

Santiago Elias Fadul Perez
Micobacterias - ITS

Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hansen continúa siendo una patología de interés en salud pública a pesar de que se alcanzó la meta de eliminación a menos de un paciente por cada 10.000 habitantes.

En los tres últimos decenios han ocurrido avances notables en el control de la Enfermedad de Hansen, gracias a la disponibilidad generalizada y gratuita de una farmacoterapia enérgica en forma de poliquimioterapia, estrategias adecuadas, una sólida colaboración con los principales asociados y el compromiso político de los países donde la Enfermedad de Hansen es endémica. (1)

La eliminación de la Enfermedad de Hansen como un problema mundial de salud pública se logró en el 2000. Desde el punto de vista práctico, esta meta se definió como una prevalencia registrada de menos de un caso de Enfermedad de Hansen por 10 000 habitantes. (1)

Es así como cada país asume la realización de planes estratégicos en los

cuales el lema principal gira en torno a mejorar el impacto que se tiene sobre la enfermedad. El último plan estratégico de Colombia abarcó el periodo 2010 a 2015 y tenía como lema “Aliviar la Carga de la Enfermedad y Sostener las Actividades de Control de Lepra”. A través de estos lineamientos se logró disminuir la prevalencia en el país y en algunos departamentos, pero en ciertos municipios siguen presentándose prevalencias de más de un caso por cada 10.000 habitantes, pocas variaciones en las tasas de detección de casos nuevos, casos diagnosticados con discapacidad

grado II y multibacilares, lo que corrobora la falta de detección temprana que se realiza de esta enfermedad.

En Colombia se cuenta con un plan denominado “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen 2016-2025” que tiene por objeto Disminuir la prevalencia de Enfermedad de Hansen para mantener el cumplimiento de los criterios internacionales de eliminación de la Enfermedad de Hansen hasta alcanzar indicadores que den cuenta de ninguna o una mínima transmisión.

Para lograr el anterior resultado se establecen metas generales encaminadas a disminuir a 2021 la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,58 casos por un millón de habitantes y lograr reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 60% respecto a la línea de base de 2015. A 2025 disminuir la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,46 casos por un millón de habitantes y reducir la Enfermedad de Hansen infantil, en 100% con respecto a la línea de base 2015.

Este plan propone a la vez tres pilares estratégicos:

- Reforzar la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales y la nación en el control de la enfermedad de Hansen a través de la coordinación y las alianzas
- Detener la Enfermedad de Hansen y sus complicaciones mediante la oferta de servicios integrales con oportunidad, calidad y eficiencia
- Eliminar la discriminación y fomentar la inclusión con un enfoque de participación y garantía de derechos.

El Informe de actualización sobre la situación de la Enfermedad de Hansen en el mundo del 2014 (cuyo subtítulo destacaba la necesidad de una detección temprana de los casos), publicado en septiembre del 2015, se basó en las estadísticas anuales de la Enfermedad de Hansen provenientes de 121 países de cinco regiones de la OMS. (2)

La recopilación y el análisis de los datos proporcionaron la siguiente información:

- 213.899 pacientes recién diagnosticados notificados en el 2014, lo cual corresponde a una tasa de detección de 3,0 por 100 000 habitantes. (3)
- 14.110 casos nuevos con discapacidad grado 2 se detectaron, lo cual corresponde a 6,6% del total de pacientes recién diagnosticados y a una tasa de 2,0 casos por millón. (3)
- 18.869 pacientes nuevos detectados y notificados en el 2014 fueron niños, lo que corresponde a 8,8% del total de pacientes notificados. (3)
- 61% de los pacientes fueron casos multibacilares de Enfermedad de Hansen.
- 36% de los pacientes fueron mujeres. (3)
- Las tasas de tratamiento completo de 75 países oscilaron entre 55% y 100% en los pacientes multibacilares notificados en el 2012 y en los pacientes paucibacilares notificados en el 2013. (3)
- 1.312 recaídas se notificaron en 46 países. (3)

Metas Estratégicas para Colombia

Teniendo en cuenta que Colombia formuló un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) para el período 2012 – 2021, es pertinente formular las metas de este Plan teniendo en cuenta dos horizontes temporales. El primero a 2021 y a 2025. En consideración de lo mencionado el MSPS proponen las siguientes metas:

A 2021

- Disminuir la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre

los casos nuevos a una tasa de 0,58 casos por un millón de habitantes.

- Reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 60% respecto a la línea de base de 2015.

A 2025

- Disminuir la discapacidad grado 2 por Enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0.46 casos por un millón de habitantes.
- Reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 100% con respecto a la línea de base en 2015.

2. MATERIALES Y METODOS

En el presente informe se hace un análisis descriptivo retrospectivo de la situación de la notificación de los casos de Lepra (evento 450) en el país a través del sistema de información en vigilancia en salud pública durante el año 2017.

La información se obtiene a partir de las bases de datos entregadas por el equipo Sivigila del Instituto Nacional de Salud y corresponde a la notificación realizada por las entidades territoriales. Es de carácter acumulativo y la información depende de la notificación y los ajustes que realicen las entidades territoriales al sistema de información.

El sistema de información del PNPEL incluye los formatos, herramientas, software, flujos de información y el talento humano necesarios para recopilar, consolidar, procesar y difundir información de la ejecución del programa en forma oportuna, eficiente y eficaz, con el fin de posibilitar la toma de decisiones

a través de los procesos de Monitoreo y Evaluación.

El flujo de la información incluye el nivel local, municipal, departamental y nacional, con la participación de diferentes instituciones y fuentes de información. El PNPEL, para el seguimiento al tratamiento de los pacientes, el tamizaje de grupos de riesgo y el reporte de actividades programáticas. El Sivigila, para la notificación obligatoria del evento y el seguimiento a las actividades de VSP, como el estudio de contactos. La Red Nacional de Laboratorios (RNL), responsable del informe trimestral de actividades de a través de los procesos de Monitoreo y Evaluación.

El flujo de la información incluye el nivel local, municipal, departamental y nacional, con la participación de diferentes instituciones y fuentes de información. El PNPEL, para el seguimiento al tratamiento de los

pacientes, el tamizaje de grupos de riesgo y el reporte de actividades programáticas. El SiviGila, para la notificación obligatoria del evento y el seguimiento a las actividades de VSP, como el estudio de contactos. La Red Nacional de Laboratorios (RNL), responsable del informe trimestral de actividades de diagnóstico y del seguimiento a actividades de control. El Sistema de

Estadísticas Vitales a cargo del DANE, que administra los datos de población.

El método más utilizado para el análisis incluye la distribución de probabilidad estadística de **Poisson**, a partir de una frecuencia de ocurrencia media, teniendo la probabilidad de que ocurra un determinado número de eventos durante cierto período de tiempo.

El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva y las variables de análisis fueron, departamento, municipio y técnica de medición, todas estas cualitativas nominales, variable cuantitativa continua.

La información fue analizada mediante distribución de frecuencias y se presentaron los resultados en tablas y gráficas con el programa Excel 2013®.

3. RESULTADOS

De acuerdo con la notificación a Sivigila, para el 2017 se registró un total de 471 casos, de estos 13 casos con ajuste 6, 15 casos con ajuste D y 41 casos repetidos, quedando un total de 402 casos. Del total de casos, 289 casos (71,9 %) se confirmaron por laboratorio y 113 casos (28,1 %) se confirmaron por clínica, cabe resaltar la importancia de la confirmación diagnóstica del caso es clínico.

3.1 Magnitud en lugar y persona

Los departamentos que presentaron mayor número de casos notificados de lepra hasta la semana epidemiológica 52 de 2017, fueron Santander con el 12,9 % (52 casos), Valle del Cauca con el 10,7 % (43 casos) y Norte de Santander con el 10,7% (43 casos). El 83,3 % de las entidades territoriales notificaron casos de Lepra para el 2017 (ver tabla 1).

Tabla N° 1

Casos de lepra por entidad territorial de notificación, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2017

Entidad Territorial de notificación	Casos notificados por la entidad territorial	%
SANTANDER	52	12,9
VALLE DEL CAUCA	43	10,7
NORTE SANTANDER	43	10,7
HUILA	29	7,2
BOGOTA	27	6,7
CARTAGENA	23	5,7
BOLIVAR	20	5,0
CESAR	16	4,0
MAGDALENA	16	4,0
BARRANQUILLA	15	3,7
CUNDINAMARCA	13	3,2
ARAUCA	12	3,0
ATLANTICO	12	3,0
TOLIMA	10	2,5
CAUCA	10	2,5
ANTIOQUIA	9	2,2
SUCRE	8	2,0
CASANARE	7	1,7
RISARALDA	7	1,7

CORDOBA	5	1,2
STA MARTA D.E.	4	1,0
META	4	1,0
CALDAS	3	0,7
PUTUMAYO	3	0,7
NARIÑO	3	0,7
BOYACA	2	0,5
CAQUETA	2	0,5
QUINDIO	2	0,5
AMAZONAS	1	0,2
SAN ANDRES	1	0,2
Total	402	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Detección de casos nuevos de Lepra

Con base a lo registrado al Sivigila, de los 402 casos notificados, el 89,1 % corresponden a nuevos casos detectados (358 casos), el 7,0 % como recidivas (28 casos) y el 4,0 % como reingreso abandono no recuperado (16 casos). La tasa de detección de casos nuevos presentados para el país para el 2017 es de 0,73 casos por 100 000 habitantes.

El departamento de Arauca presentó la mayor tasa de detección de casos nuevos con 4,48 casos por 100 000 habitantes, seguido de Norte de Santander con 2,75 casos por 100 000 habitantes y Santander con 2,26 casos por 100 000 habitantes (ver tabla 2).

Tabla N° 2

Casos de lepra por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2017

Entidad territorial de residencia	Casos notificados	Casos por residencia	Casos Nuevos	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
Arauca	12	12	12	4,48	0	0
Norte Santander	43	42	38	2,75	4	0
Santander	52	50	47	2,26	1	2
Magdalena	16	19	17	2,16	2	0
Huila	29	28	25	2,11	0	2
Casanare	7	7	7	1,90	0	0
Cesar	16	19	17	1,61	1	1
Bolívar	20	25	18	1,60	5	2
Cartagena	23	18	16	1,56	1	1
San Andrés	1	1	1	1,29	0	0
Atlántico	12	16	16	1,24	0	0
Valle Del Cauca	43	42	40	0,93	2	2
Tolima	10	14	12	0,85	2	0
Putumayo	3	3	3	0,85	0	0
Sucre	8	8	7	0,81	1	0
Cauca	10	10	10	0,71	0	0
Caquetá	2	3	3	0,61	0	0
Santa Marta	4	3	3	0,60	0	0
Barranquilla	15	9	7	0,57	2	0
Risaralda	7	6	4	0,42	2	0
Caldas	3	5	4	0,40	1	0
Meta	4	5	4	0,40	0	1
Cundinamarca	13	13	9	0,33	3	1
Córdoba	5	5	5	0,28	0	0
Bogotá	27	19	15	0,19	1	3
Quindío	2	2	1	0,17	0	1
Nariño	3	3	3	0,17	0	0
Boyacá	2	2	2	0,16	0	0
Antioquia	9	6	5	0,08	0	0
Amazonas	1	1	1	0,00	0	0
Buenaventura	0	0	0	0,00	0	0
Choco	0	0	0	0,00	0	0
La Guajira	0	0	0	0,00	0	0
Guaviare	0	0	0	0,00	0	0
Guainía	0	0	0	0,00	0	0
Vaupés	0	0	0	0,00	0	0
Vichada	0	0	0	0,00	0	0
Exterior	0	6	6	NA	0	0
Total	402	402	358	0,73	28	16

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De acuerdo con el número de casos registrados para el 2017 el 62,7 % (252 casos) corresponde al sexo masculino, el 67,2 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado y el 26,4 % al régimen contributivo. En cuanto a la

caracterización por pertenencia étnica, el 89,3 % (359 casos) se han notificado como “otros”. El grupo de edad con mayor número de casos fue el de 65 años y más con el 21,6 % (87 casos) seguido por el de 60 a 64 años con el 11,7 % (47 casos) (ver tabla 3).

Tabla N° 3

Distribución de Casos de Lepra por sexo, tipo de aseguramiento en salud, pertenencia étnica y grupos de edad Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2017

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	150	37,3
	Masculino	252	62,7
Tipo de régimen	Contributivo	106	26,4
	Especial	6	1,5
	No afiliado	15	3,7
	Excepción	5	1,2
	Subsidiado	270	67,2
	Indeterminado	0!	0!
Pertenencia étnica	Indígena	2	0,5
	ROM(gitano)	2	0,5
	Raizal	1	0,2
	Palenquero	1	0,2
	Afrocolombiano	37	9,2
	Otros	359	89,3
Grupos de edad	Menores de un año	0	0,0
	1 a 4 años	1	0,2
	5 a 9 años	2	0,5
	10 a 14 años	5	1,2
	15 a 19 años	11	2,7
	20 a 24 años	18	4,5
	25 a 29 años	28	7,0
	30 a 34 años	30	7,5
	35 a 39 años	27	6,7
	40 a 44 años	29	7,2
	45 a 49 años	32	8,0
	50 a 54 años	45	11,2
	55 a 59 años	40	10,0
	60 a 64 años	47	11,7
65 y más años	87	21,6	

402

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

3.2 Comportamiento de otras variables de interés

Clasificación de los casos de lepra

El objetivo de la clasificación de la Lepra es reconocer y establecer las diversas formas de la enfermedad con el fin de conocer su diagnóstico, evolución y pronóstico. En Colombia adoptando la clasificación operativa de la OMS, con los

resultados de la baciloscopia inicial los casos pueden ser clasificados como paucibacilares cuando no se observan bacilos en el frotis directo (Índice bacilar = 0) y multibacilares (MB) cuando se encuentran bacilos en el frotis (Índice bacilar > 0), esta clasificación operativa permite orientar adecuadamente el tratamiento y dar un diagnóstico inicial de la enfermedad.

Del total de casos nuevos identificados (358 casos), de acuerdo con la clasificación inicial de los casos según la clasificación clínica, el 75,4 % (270 casos)

presentaban lepra multibacilar lo que indica que no están siendo diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad (ver tabla 4).

Tabla N° 4
Clasificación bacteriológica de los casos nuevos detectados de lepra por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2017

Entidad territorial de residencia	CASOS NUEVOS	
	Clasificación clínica Paucibacilar	Clasificación clínica Multibacilar
AMAZONAS	0	1
ANTIOQUIA	2	3
ARAUCA	3	9
ATLANTICO	7	9
BARRANQUILLA	3	4
BOGOTA	2	13
BOLIVAR	7	11
CALDAS	2	2
CARTAGENA	6	10
CASANARE	1	6
CAUCA	3	7
CESAR	1	16
CORDOBA	0	5
CUNDINAMARCA	0	9
HUILA	9	16
MAGDALENA	6	11
META	2	2
NARIÑO	0	3
NORTE SANTANDER	4	34
PUTUMAYO	0	3
QUINDIO	0	1
RISARALDA	1	3
SAN ANDRES	0	1
SANTANDER	11	36
STA MARTA D.E.	0	3
SUCRE	1	6
TOLIMA	2	10
VALLE DEL CAUCA	14	26
CAQUETA	1	2
BOYACA	0	2
DEPTO DESCONOCIDO	0	6
Total general	88	270

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Es importante señalar que el riesgo de daño neural en los pacientes con lepra MB es mucho mayor, por lo tanto, la clasificación es muy útil a la hora de evaluar el riesgo futuro y orientar el cuidado de los pacientes.

La Lepra se puede clasificar de acuerdo con el número de lesiones presentadas, como paucibacilares aquellos pacientes que presentan de una a cinco lesiones y

como multibacilar mayor de cinco lesiones.

Del total de casos clasificados como paucibacilares, el 41,4 % de los casos presentan más de cinco lesiones, el 24,4 % registran con uno a cinco lesiones. De los casos clasificados multibacilares, el 75,6 % registran con una a cinco lesiones (casos) corresponden a Lepra lepromatosa, el 29,8 % (68 casos) a Lepra tuberculoide, el 13,6 % (31 casos) a Lepra (ver tabla 5).

Tabla N°5

Clasificación bacteriológica y por número de lesiones de los casos de lepra, Colombia semanas epidemiológicas 01-52, 2017

Número de lesiones	Paucibacilares clasificados clínicamente	%	Multibacilares clasificados clínicamente	%	Total general
Una a cinco lesiones	33	24,4	102	75,6	135
Más de cinco lesiones	41	41,4	58	58,6	99
No presentan lesiones	19	11,5	146	88,5	165
Total	93	23,3	306	76,7	399

*Tres casos sin información

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De los casos que presentaron información con base a su clasificación por histopatología (228 casos) el 39 % (89 indeterminada, el 10,1 % (23 casos) a Lepra dimorfa, el 0,9 % a Lepra Neural y 6,6 % con otro diagnóstico. Se obtuvo un total de 174 casos sin información con respecto a su clasificación (ver anexo 1).

La Lepra indeterminada es la forma inicial de enfermedad y se presenta como máculas hipocrómicas o eritematosas, anestésicas o no, que se curan o se transforman en algún otro tipo de lepra (05).

La Lepra lepromatosa, es producto de una ausencia total de inmunidad celular ante la bacteria, lo que ocasiona una multiplicación exagerada de la misma, el daño nervioso es lento y progresivo. Se caracteriza por la presencia de un infiltrado macrofágico difuso. Estos macrófagos tienen diferentes grados de vacuolización y están repletos de grandes masas de bacterias que se diseminan por vía hemática o linfática y alcanzan a todos los órganos, excepto pulmones y sistema nervioso central. La carga bacilar es intensa. Se caracteriza por la presencia de pápulas nódulos y lesiones infiltradas. No son anestésicas, La forma difusa se caracteriza por la infiltración difusa de la piel sin nódulos. Hay una forma pseudotumoral (lepra histioide) (05).

La Lepra tuberculoide se presenta en forma de lesiones solitarias y de pocas lesiones asimétricas. Son máculas bien definidas con un borde de crecimiento elevado y tendencia a la curación central, son hipopigmentadas, anestésicas, con pérdida del pelo y de la sudoración (05).

Leprorreacciones

En cuanto a la aparición de signos y síntomas de inflamación en los casos de Lepra, es decir, Leprorreacciones se tiene que del total de casos nuevos detectados (358 casos), el 76,8 % de los casos detectados no presentaron leprorreacciones (275 casos), el 14,2 % de los casos presentaron leprorreacción tipo I (51 casos) y el 8,9 % presentaron leprorreacción tipo II (32 casos). Es importante recordar que las reacciones son una de las principales causas de lesiones neurológicas que podrían producir discapacidad (6).

Clasificación de los casos según grado de discapacidad en casos nuevos detectados

De los 358 casos detectados, 96 casos (26,8 %) presentaron discapacidad de

grado I y 52 casos (14,5 %) presentaron grado II 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 (ver tabla 7). Dentro del análisis con el indicador del Plan Decenal de Salud Pública, Colombia al año 2017 presenta una tasa de 0,99 por 1.000.000 de habitantes

Tabla N° 7

Distribución porcentual de los casos nuevos detectados de acuerdo al grado de discapacidad por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2017

Entidad territorial de residencia	Casos nuevos	Casos con discapacidad Grado 0	Casos con discapacidad Grado I	% con discapacidad Grado I	Casos con discapacidad Grado II	% con discapacidad Grado II
AMAZONAS	1	1	0	0,0	0	0,0
ANTIOQUIA	5	1	3	60,0	1	20,0
ARAUCA	12	5	6	50,0	1	8,3
ATLANTICO	16	8	4	25,0	4	25,0
BARRANQUILLA	7	4	3	42,9	0	0,0
BOGOTA	15	8	5	33,3	2	13,3
BOLIVAR	18	14	3	16,7	1	5,6
BOYACA	2	1	1	50,0	0	0,0
CALDAS	4	1	2	50,0	1	25,0
CAQUETA	3	1	2	66,7	0	0,0
CARTAGENA	16	7	3	18,8	6	37,5
CASANARE	7	1	3	42,9	3	42,9
CAUCA	10	4	1	10,0	5	50,0
CESAR	17	12	4	23,5	1	5,9
CORDOBA	5	3	1	20,0	1	20,0
CUNDINAMARCA	9	4	2	22,2	3	33,3
DEPTO DESCONOCIDO	6	4	2	33,3	0	0,0
HUILA	25	18	7	28,0	0	0,0
MAGDALENA	17	10	5	29,4	2	11,8
META	4	3	0	0,0	1	25,0
NARIÑO	3	2	1	33,3	0	0,0
NORTE SANTANDER	38	24	10	26,3	4	10,5
PUTUMAYO	3	1	2	66,7	0	0,0
QUINDIO	1	0	1	100,0	0	0,0
RISARALDA	4	4	0	0,0	0	0,0
SAN ANDRES	1	1	0	0,0	0	0,0
SANTANDER	47	25	12	25,5	10	21,3
STA MARTA D.E.	3	1	0	0,0	2	66,7
SUCRE	7	5	2	28,6	0	0,0
TOLIMA	12	10	2	16,7	0	0,0
VALLE DEL CAUCA	40	27	9	22,5	4	10,0
Total	358	210	96	26,8	52	14,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

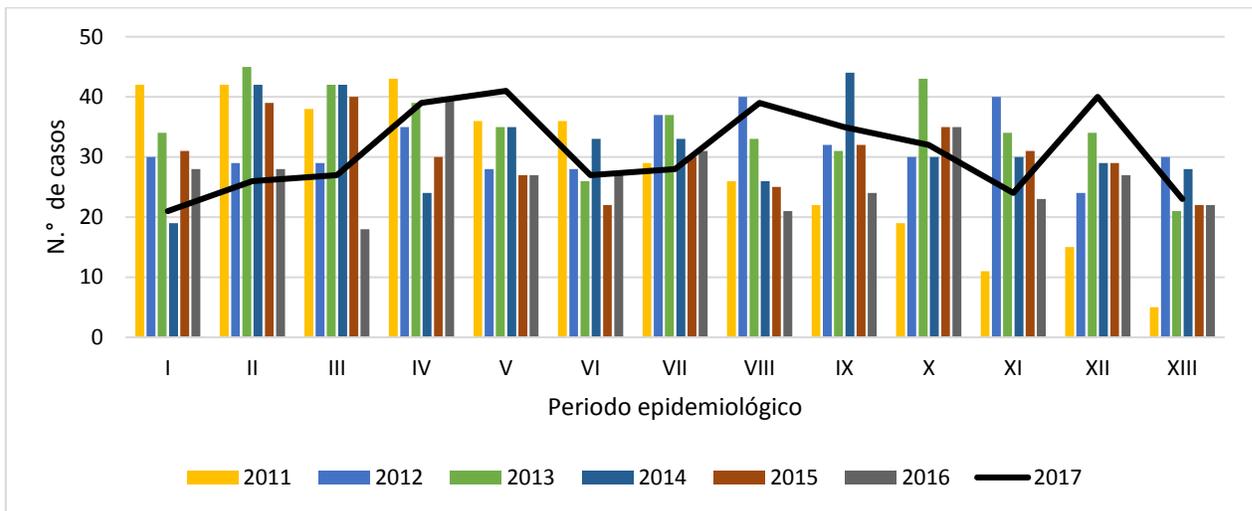
3.3 Tendencia del evento

En los últimos cuatro años, la notificación de los casos de Lepra muestra un comportamiento variable en cada periodo epidemiológico; es importante destacar que desde el 2011 a 2014 se refleja un aumento del 10,5 % en la notificación del evento.

En contraste del año 2014 al 2015, se nota una disminución del 3,91 % en la notificación, durante el 2017 se notificaron 402 casos comparado con el año anterior para este periodo se observa un aumento de la notificación del 14 % de los casos (ver gráfico 1).

Gráfico N° 1

Comportamiento de la notificación de casos de Lepra por periodos epidemiológicos, Colombia, 2011- 2017.



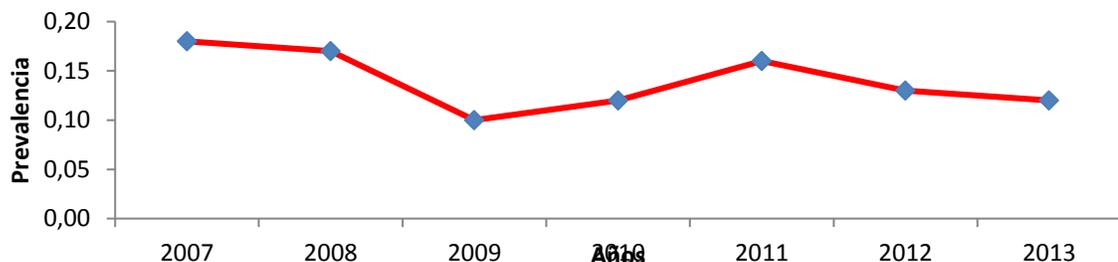
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la siguiente gráfica se observa la tendencia en cuanto a la prevalencia del país, la cual para el año 2013 según los datos del programa de control de Lepra fue de 0,36 casos por

10 000 habitantes que dan cumplimiento al objetivo de mantener una prevalencia por debajo de un caso por 10 000 habitantes (ver gráfico 2).

Gráfico N° 2

Prevalencia de Lepra Programa Nacional de Control de la Lepra reunión nacional, Colombia, 2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Control de la Lepra. Memorias reunión nacional de coordinadores de Lepra año 2014. Actualizado 2 de mayo de 2014.

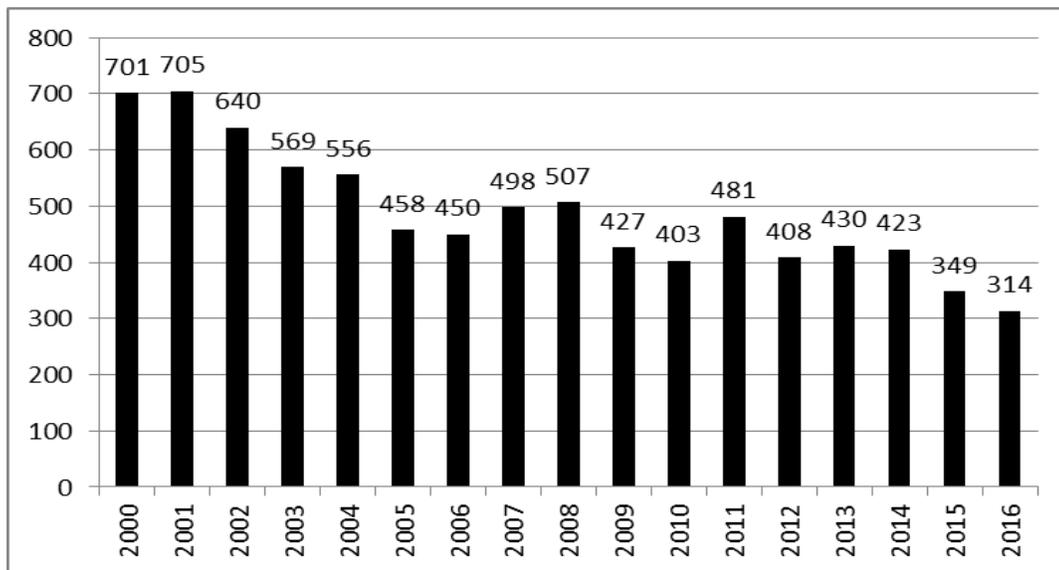
En cuanto al número de casos que recibieron tratamiento al final del año para obtener la información correspondiente a

la prevalencia de los casos por cada año, se presenta el mayor número de casos para el año 2001, observando un

comportamiento variable en cada año analizado (ver gráfico 3).

Gráfico N° 3

Número de casos de lepra en tratamiento al final del año, Colombia, 2007- 2016



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO 2016

3.4 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

A continuación, se muestra una tabla con el resumen los indicadores más importantes para el evento (ver tabla 8).

Tabla N° 8

Indicadores de lepra, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2017

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Porcentaje de casos nuevos de Lepra	358	402	89,1
Porcentaje de Reingreso abandono recuperado	16	402	4,0
Tasa de detección de casos nuevos general de Lepra	358	49.291.609	0,7
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Hombres	223	24.337.747	0,9
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Mujeres	135	24.953.862	0,5
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Menores de 15 Años	3	12.875.188	0,02
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en pacientes de 15 años y más.	355	36.416.421	1,0
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado I	94	358	26,3
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado II	96	358	26,8
Tasa de discapacidad grado II	52	49.291.609	0,1
Proporción de leproreacciones en casos nuevos	83	358	23,2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

4 DISCUSIÓN

Se refleja una leve disminución en los casos notificados, sin embargo, cabe destacar su relevante registro por las entidades territoriales a pesar de las estrategias empleadas evidenciando que existen dificultades en cuanto a su diagnóstico y clasificación. (2)

Para el año 2017, se notificaron al Sivigila 402 casos de lepra de los cuales el 89,1 % corresponden a casos nuevos, 7,1 % como recidivas y 4 % por reingreso por abandono. (8)

La tasa de detección de casos nuevos presentados para el país fue de 0,73 casos por 100 000 habitantes. (8)

Los departamentos que presentaron la tasa de detección más alta dentro de casos nuevos para el año 2017 son Arauca registrando la mayor tasa de detección de casos nuevos con 4,88 casos por 100 000 habitantes, seguido de Norte de Santander con 2,75 casos por 100 000 habitantes y Santander con 2,26 casos por 100 000 habitantes. (8)

En cuanto a la distribución de casos nuevos por sexo se observa que el mayor número de casos detectados corresponden al sexo masculino con el 67.2% (8)

El grupo de edad que presentó mayor cantidad de casos fue el de 65 y más años con el 21.6 %. (8)

Todas las entidades territoriales deben realizar actividades de búsqueda activa de casos de lepra focalizando la búsqueda entre los contactos de los casos registrados por lo menos diez años anteriores.

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 sea necesario.

Importante realizar biopsia para clasificación a todo caso de lepra cuando la baciloscopia sea negativa; siempre y cuando esto no impida el inmediato inicio de la poliquimioterapia (PQT).

Se debe asegurar la vacunación a todos los contactos de un caso con diagnóstico de Lepra con BCG; ésta debe ser entendida como una herramienta fundamental en la prevención de nuevos casos de lepra.

Realizar la notificación de todos los casos de lepra en la ficha de notificación individual del Sivigila e investigar los contactos convivientes quienes tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con la población general, La investigación de campo para lepra debe efectuarse durante los ocho días siguientes a la notificación del caso

Vincular activamente a las aseguradoras en las acciones de búsqueda y prevención y rehabilitación de los enfermos de lepra.

Se debe realizar seguimiento y notificación al Sivigila de las recidivas de lepra y se debe verificar que cumplan con la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia de lepra en Colombia, considerando que los criterios

clínicos de las reacciones, la baciloscopia y la biopsia son ayudas útiles para establecer la recidiva.

Es necesario que las entidades territoriales realicen la confirmación de los casos registrados en Rips por medio de las historias clínicas de cada paciente, se recomienda la retroalimentación de los casos con el laboratorio.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial para la Enfermedad de Hansen 2016–2020 Acelerar la acción hacia un mundo sin Enfermedad de Hansen
2. Organización Mundial de la Salud. Boletín epidemiológico N°35 [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2013/wer8835.pdf?ua=1> Weekly epidemiological record
3. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial para la Enfermedad de Hansen 2016–2020 Acelerar la acción hacia un mundo sin Enfermedad de Hansen
4. Ministerio de la Protección Social. Actualización integral del POS 2013. Fecha de consulta: 26 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/LISTADO%20MEDICAMENTOS%20ACUERDO%20008%20CRES.pdf>.
5. Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. Primera edición 2000. Publicado en: http://www.who.int/lep/resources/Guide_S.pdf consultado marzo 10 de 2018
6. Pérez de Arveláez Fanny, Aranzazu Nacarid Clasificación de la lepra a través de la correlación clínica, histológica e inmunológica. Instituto
7. Nacional de Dermatología. Venezolana Revista Dermatología Venezolana N° 36(1):43-54, 1986. Consultado en: svdcd.org.ve/revista/1986/Vol%201/DV-2-1986-Lepra.pdf junio de 2011 consultado marzo 12 de 2018.
8. <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TUBERCULOSIS%20FARMACORRESISTENTE%20PE%20XIII%202017.pdf> Consultado: marzo 20 de 2018

6 ANEXO

Anexo N° 1

Clasificación de acuerdo con el criterio histopatológico de los casos de lepra por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2017

Entidad territorial de residencia	Clasificación de lepra de acuerdo al criterio histopatológico						
	Sin dato	Indeterminada	Tuberculoide	Dimorfa	Lepromatosa	Neural	Otro diagnóstico
AMAZONAS	0	0	0	0	1	0	0
ANTIOQUIA	2	0	0	0	3	0	1
ARAUCA	8	0	1	1	2	0	0
ATLANTICO	10	2	3	0	0	0	1
BARRANQUILLA	1	0	4	2	2	0	0
BOGOTA	5	3	1	2	8	0	0
BOLIVAR	14	2	3	2	4	0	0
BOYACA	1	0	1	0	0	0	0
CALDAS	1	0	0	1	2	0	1
CAQUETA	2	0	1	0	0	0	0
CARTAGENA	7	2	4	0	4	0	1
CASANARE	5	0	1	0	1	0	0
CAUCA	3	2	0	0	4	1	0
CESAR	12	2	1	2	2	0	0
CORDOBA	3	0	0	1	1	0	0
CUNDINAMARCA	4	0	0	0	9	0	0
DEPTO	3	0	0	0	3	0	0
DESCONOCIDO	3	0	0	0	3	0	0
HUILA	6	3	12	2	4	0	1
MAGDALENA	13	1	3	0	1	0	1
META	3	0	1	0	1	0	0
NARIÑO	0	2	0	0	0	0	1
NORTE	23	3	7	2	5	0	2
SANTANDER	23	3	7	2	5	0	2
PUTUMAYO	1	0	1	0	1	0	0
QUINDIO	2	0	0	0	0	0	0
RISARALDA	2	2	0	1	1	0	0
SAN ANDRES	0	0	0	0	1	0	0
SANTANDER	22	1	13	1	11	0	2
STA MARTA D.E.	2	0	0	0	1	0	0
SUCRE	5	0	2	0	1	0	0
TOLIMA	3	0	2	3	4	0	2
VALLE	11	6	7	3	12	1	2
Total	174	31	68	23	89	2	15

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017