

# INFORME DEL EVENTO

## LEPRA COLOMBIA 2018



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



La salud  
es de todos

Minsalud

## INFORME DE EVENTO LEPRA, COLOMBIA, 2018

Santiago Elías Fadul Perez  
Grupo Micobacterias - ITS  
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

### 1. INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad granulomatosa crónica, de etiología infecciosa ocasionada por el *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen, tiene un lento crecimiento y un periodo de incubación prolongado con un promedio de duplicación de 12 días. Es un bacilo intracelular (1, 2, 3) que comparado con otros agentes infecciosos le confiere una capacidad patogénica notable ya que el paciente multibacilar asintomático puede transmitir la infección.

El bacilo tiene un tropismo por el sistema tegumentario, el cual compromete principalmente la piel y sus anexos al igual que a los sistemas nervioso periférico, respiratorio, reticuloendotelial, ocular, hepático, renal y osteomuscular. La lepra se manifiesta de formas variables y esto va a depender del tipo de respuesta celular predominante que tenga el paciente (1, 4, 5), inicia como una lesión única, llamada lepra indeterminada, que es poco observada, y luego la enfermedad migra a uno de los dos polos de la lepra, si el paciente migra al polo estable presentará sintomatología de la forma tuberculoide el cual se caracteriza por presentar pocas lesiones, una marcada respuesta inmunológica, neuropatía periférica y destrucción temprana de anexos o también puede migrar al polo inestable también llamado lepromatoso con poca respuesta inmunológica, lesiones abundantes, mal definidas y sin neuropatía (1).

La importancia de un adecuado manejo de la enfermedad radica en prevenir las complicaciones derivadas de la infección, de la respuesta inmunológica del huésped afectado y la prevención de las discapacidades, que generalmente se evidencian por destrucción del septo y punta nasal con la consecuente nariz en silla de montar, estenosis laríngea, iridociclitis, epiescleritis, úlceras corneales, ectropión, lagofthalmos y ceguera, a nivel osteomuscular ocasiona deformidad en manos y pies con la consecuente alteración de la marcha, se puede evidenciar en la mayoría de los casos la mono o poliartritis, lesiones con úlceras crónicas y a nivel de los pies el



“mal perforante plantar”, con la presencia de neuropatías tanto sensitivas como motoras que llevan a sobreinfección (1,6).

La eliminación de la lepra como problema de salud pública, definida por la OMS, como una prevalencia registrada de menos de un caso por 10 000 personas a final de cada año se, pudo lograr en la mayoría de los países a nivel mundial para el 2000, quedando ocho países que se encontraban por encima de esta prevalencia; en los últimos 20 años más de 16 millones de pacientes afectados con lepra han sido tratados con tratamiento multidroga (MDT) logrando controlar la incidencia y las discapacidades que esta enfermedad conlleva (2).

Para el 2017, en el mundo un total de 147 países o territorios informaron a la Organización Mundial de la Salud sobre la presencia de casos de lepra en sus territorios: 43 países de la Región de África, 29 de la Región de las Américas, 10 de la Región de Asia Sudoriental, 19 de la Región del Mediterráneo Oriental, 25 de la Región Europea y 21 de la Región del Pacífico Occidental, para ese año se detectaron 210 973 casos nuevos de lepra, y la prevalencia mundial registrada para el 2017, fue de 193 069 casos (7).

La Organización Mundial de la Salud para apoyar el impulso de la erradicación de la lepra elaboró la “estrategia mundial para la lepra 2016-2020”, la cual que ve enfocada en acelerar las acciones hacia un mundo sin lepra y cuyo objetivo principal es “reforzar las medidas de control de la enfermedad y evitar las discapacidades, sobre todo entre los niños afectados de los países endémicos” (8).

En Colombia la meta de la eliminación (prevalencia menor a 1 caso por cada 10 000 habitantes) se cumplió en el año 1987, sin embargo en los últimos 10 se siguen presentando un promedio de 400 casos anuales, de los cuales 7 % ocurre en niños lo que indica transmisión activa del microorganismo (9).

Colombia por sus características especiales de país tropical y teniendo en cuenta el informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) “Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia, 2017” reportó que el 26,9 % del total de la población está en condición de pobreza y 7,4 % en pobreza extrema (10), y que además de estos se presentan factores sociales como hacinamiento, desnutrición, población rural dispersa y la limitación en el acceso oportuno a los servicios de salud para la atención y el diagnóstico, esto hace que en nuestro país existan factores de riesgos sociales que exponen a sus habitantes susceptibles a la infección y el desarrollo de la enfermedad.



El objetivo de este artículo es describir la frecuencia, distribución, tendencia, comportamiento en magnitud, características demográficas y sociales como los grados iniciales de discapacidad, de acuerdo a la notificado durante el año 2018 al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, (Sivigila) para la lepra. \

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

Para realizar el análisis se hace una descripción retrospectiva con base en la notificación durante el 2018 al Sivigila para el evento lepra, se procesaron en hoja de cálculo de Excel 2013, utilizando frecuencias absolutas y relativas y se procedió a realizar la estimación de la magnitud en lugar y persona, estableciendo su tendencia y detectando cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación mediante el análisis comparativo en el tiempo para la incidencia, los grados de discapacidad al momento del diagnóstico, y la clasificación clínica de los casos. identificado con el código 450, para esto se tiene en cuenta la captación y notificación de los diferentes actores caracterizados como unidades notificadoras al sistema, en todo el territorio nacional y que es producto de las actividades de búsqueda de casos y la revisión de sus convivientes según lo normado en el protocolo de vigilancia del Instituto Nacional de Salud, los comportamientos inusuales se está utilizando como modelo de probabilidad la distribución de Poisson, que permite determinar cuáles son las entidades territoriales con aumento o disminución estadísticamente significativa de casos (11).

Para poder caracterizar adecuadamente un caso y ante la presencia de un persona clínicamente compatible de padecer de lepra en un cualquier zona del territorio nacional, se debe realizar un examen clínico (dermato, neuro-oftalmológico) el cual se puede fortalecer con las ayudas diagnósticas normadas para tal fin (baciloscopia y biopsia), en esta caso se deberá verificar la presencia de lesiones cutáneas de características eritematosas o hipocrómicas y al examen de sensibilidad se puede evidenciar lesiones con alteración de la sensibilidad térmica dolorosa o táctil superficial o profunda, es muy importante confirmar el engrosamiento o dolor espontáneo a la palpación de uno o varios troncos nerviosos (cubital, radial, mediano, ciático poplíteo externo y tibial posterior) que incluye una disminución de la fuerza muscular o parálisis en el territorio como los músculos inervados por ellos; de tener estas características será un caso confirmado y se realizará la notificación por parte de la UPGD respectiva.

Se debe tener en cuenta que se realizan cada tres periodos epidemiológicos, este año ingresan los casos por clínica y se tiene en cuenta si se realizan las ayudas del laboratorio (Baciloscopia y/o Biopsia) lo que permite una buena caracterización de



los casos. En el comportamiento del evento se tienen en cuenta los casos notificados al Sivigila, por departamento de residencia.

Se realiza un análisis en donde se tenga en cuenta la distribución poblacional por edad, sexo y menores de quince años. La clasificación clínica a través del número de manchas o nódulos y muy importante el grado de discapacidad al momento del diagnóstico.

La población utilizada para la construcción de los indicadores es tomada de las proyección de población 2005 - 2020 del DANE

Los indicadores que se deben tener en cuenta para el análisis son:

- Tasa de detección de casos por residencia (Numerador: número de casos de lepra notificados en el período según residencia/Denominador: población total en Colombia por departamento o municipio por 100 000 habitantes).
- Tasa de detección de casos nuevos por residencia, según clasificación en multibacilar o paucibacilar (Numerador: número de casos nuevos de lepra multibacilar/paucibacilar notificados en el período según residencia/Denominador: población total en Colombia por departamento o municipio por 100 000 habitantes).
- Porcentaje de casos nuevos detectados con discapacidad (Numerador: casos nuevos detectados en el período con grado de discapacidad I y grado de discapacidad II/ Denominador: casos nuevos notificados y evaluados en el período por 100).
- Tasa de discapacidad grado II (Numerador: número de casos nuevos de lepra que presentan grado de discapacidad II causado por la lepra y notificados en el período según lugar de residencia/Denominador: población total en Colombia por departamento o municipio por 100 000 habitantes).
- Porcentajes de casos con lepra dentro de los convivientes examinados (Numerador: total de casos nuevos de lepra (paucibacilar – multibacilar) a los que se le realizó el estudio de convivientes en un periodo determinado/Denominador: total de casos dentro de los convivientes notificados con lepra en un periodo determinado por 100).



## 3. RESULTADOS

### 3.1 Comportamiento de la notificación

De acuerdo a la notificación al sistema nacional de vigilancia en salud pública, durante el año 2018 se registró un total de 413 casos, de estos seis casos se eliminaron por ser descartados (ajuste 6), cinco casos por error de digitación (ajuste D) y 19 casos repetidos, quedando para el análisis un total de 383 casos. Del total de los casos, 255 (66,6 %) fueron confirmados por laboratorio y 128 (33,4 %) por clínica.

### 3.2 Detección, magnitud en lugar y persona

Los departamentos que presentaron el mayor número de casos notificados de lepra durante el 2018 fueron Valle del Cauca con el 17,5 % (67), Santander con el 9.1 % (35), Norte de Santander con el 8,6 % (33), Huila con el 7,3 % (28), y Bolívar con el 6,3 % (24). El 86,1 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra durante el 2018 (ver tabla 1). El departamento de Arauca presentó la mayor tasa de detección de casos nuevos con 4,06 por 100 000 habitantes, seguido de Norte de Santander con 2,30 por 100 000 habitantes y Huila con 2,17 por 100 000 habitantes (ver tabla 1).

De acuerdo al número de casos registrados durante 2018, el 59,8 % (229) corresponden al sexo masculino, por régimen de afiliación el 65,3 % (250) pertenece al régimen subsidiado y el 30,5 % (117) al régimen contributivo, dentro del análisis y la caracterización por pertenencia étnica, el 94,0 % (360) se han notificado como “otros” y el grupo de edad con mayor número de casos fue el de 65 años y más con el 22,7 % (87) seguido por el de 55 a 59 años con el 13,1 % (50) (ver tabla 2).

Tabla 1. Casos de lepra por entidad territorial de residencia, Colombia, 2018.

Entidad territorial de residencia	Casos Notificados por residencia	Tasa de detección por 100 000 habitantes	Casos Nuevos	Recidivas	Reingreso abandono
ARAUCA	11	● 4,06	11	0	0
NORTE SANTANDER	33	● 2,30	32	1	0
HUILA	28	● 2,17	26	2	0
CESAR	22	● 1,97	21	1	0
STA MARTA D.E.	12	● 1,58	8	3	1
SANTANDER	35	● 1,43	30	1	4
META	16	● 1,38	14	2	0
AMAZONAS	1	● 1,27	1	0	0
VALLE DEL CAUCA	67	● 1,18	56	11	0
BOLIVAR	24	● 1,01	22	1	1
MAGDALENA	11	● 0,77	10	1	0
TOLIMA	14	● 0,70	10	4	0
CUNDINAMARCA	19	● 0,61	17	1	1
CAQUETA	3	● 0,60	3	0	0
PUTUMAYO	2	● 0,56	2	0	0
CASANARE	3	● 0,53	2	0	1
BARRANQUILLA	9	● 0,49	6	3	0
CAUCA	8	● 0,42	6	2	0
CARTAGENA	4	● 0,39	4	0	0
QUINDIO	3	● 0,35	2	1	0
SUCRE	4	● 0,34	3	0	1
RISARALDA	3	● 0,31	3	0	0
CALDAS	3	● 0,30	3	0	0
ATLANTICO	8	● 0,27	7	1	0
BOYACA	3	● 0,23	3	0	0
CORDOBA	4	● 0,22	4	0	0
NARIÑO	5	● 0,22	4	0	1
LA GUAJIRA	2	● 0,19	2	0	0
BOGOTA	13	● 0,13	11	1	1
ANTIOQUIA	10	● 0,12	8	1	1
EXTERIOR	2	N/A	2	0	0
<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>0,67</b>	<b>334</b>	<b>37</b>	<b>12</b>



Tabla 2. Distribución de casos de lepra por sexo, tipo de aseguramiento en salud, pertenencia étnica y grupos de edad, Colombia, 2018.

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	154	40,2
	Masculino	229	59,8
Tipo de régimen	Contributivo	117	30,5
	Especial	6	1,6
	No afiliado	6	1,6
	Excepción	3	0,8
	Subsidiado	250	65,3
	Indeterminado	1	0,3
Pertenencia étnica	Indígena	2	0,5
	ROM(gitano)	0	0,0
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	1	0,3
	Afrocolombiano	20	5,2
	Otros	360	94,0
Grupos de edad	Menores de un año	0	0,0
	1 a 9 años	0	0,0
	10 a 14 años	5	1,3
	15 a 19 años	7	1,8
	20 a 24 años	14	3,7
	25 a 29 años	20	5,2
	30 a 34 años	25	6,5
	35 a 39 años	28	7,3
	40 a 44 años	25	6,5
	45 a 49 años	49	12,8
	50 a 54 años	41	10,7
	55 a 59 años	50	13,1
	60 a 64 años	23	8,4
65 y más años	96	22,7	
		383	

### 3.3 Comportamiento de otras variables de interés

#### Clasificación de los casos de lepra

El diagnóstico de la lepra es clínico y se pueden presentar lesiones cutáneas muy variadas e inespecíficas y se complementa con una buena exploración neurológica y el apoyo de ayudas diagnósticas como un examen bacteriológico e histopatológico



para su clasificación final y tratamiento, del total de los casos notificados para el 2018 al 96 % (366) se les realizó alguna o varias ayudas diagnósticas como la baciloscopia (78,2 %) o la biopsia (12,3 %) para complementar su clasificación.

Dentro del análisis y caracterización de los casos nuevos identificados (334), teniendo en cuenta la clasificación clínica, se evidenció que el 76,3 % (255) presentaba una forma de lepra multibacilar lo que indica alta contagiosidad en la comunidad y fallas en el diagnóstico en etapas tempranas (ver tabla 3).

Tabla 3. Clasificación bacteriológica de los casos nuevos detectados de lepra, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2018.

CASOS NUEVOS			
Entidad territorial de residencia	Clasificación clínica		
	Paucibacilar	Multibacilar	
AMAZONAS	0	1	1
ANTIOQUIA	3	2	5
ARAUCA	1	9	10
ATLÁNTICO	4	1	3
BARRANQUILLA D.E.	1	4	5
BOGOTÁ D. E.	1	9	10
BOLÍVAR	9	4	13
BOYACÁ	0	3	3
CALDAS	2	1	1
CAQUETÁ	0	3	3
CARTAGENA D.E.	2	1	3
CASANARE	0	2	2
CAUCA	2	2	4
CESAR	2	17	19
CÓRDOBA	1	2	3
CUNDINAMARCA	6	5	11
EXTERIOR	1	1	2
HUILA	5	16	21
LA GUAJIRA	0	2	2
MAGDALENA	1	8	9
META	3	8	11
NARIÑO	0	4	4
NORTE SANTANDER	2	28	30
PUTUMAYO	0	2	2
QUINDÍO	0	2	2
RISARALDA	2	1	1
SANTA MARTA D.E.	6	1	2
SANTANDER	6	18	24
SUCRE	0	3	3
TOLIMA	2	6	8
VALLE DEL CAUCA	17	22	39
<b>Total general</b>	<b>79</b>	<b>176</b>	<b>255</b>

### Clasificación de los casos nuevos, según grado de discapacidad al momento de la notificación.

La evaluación de la discapacidad del paciente al momento del diagnóstico es un buen indicador de la capacidad de detección y diagnóstico oportuno de la lepra, de los 334 casos nuevos, el 19,8 % (66) presentó discapacidad grado I y 14,4 % (48) grado II, con un total de discapacidad al momento del diagnóstico de 34,2 %. El Amazonas y Casanare presentaron dentro de sus casos notificados una discapacidad del 100 %, seguido de Magdalena y Putumayo con el 50 % (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los casos nuevos notificados de acuerdo al grado de discapacidad, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2018.

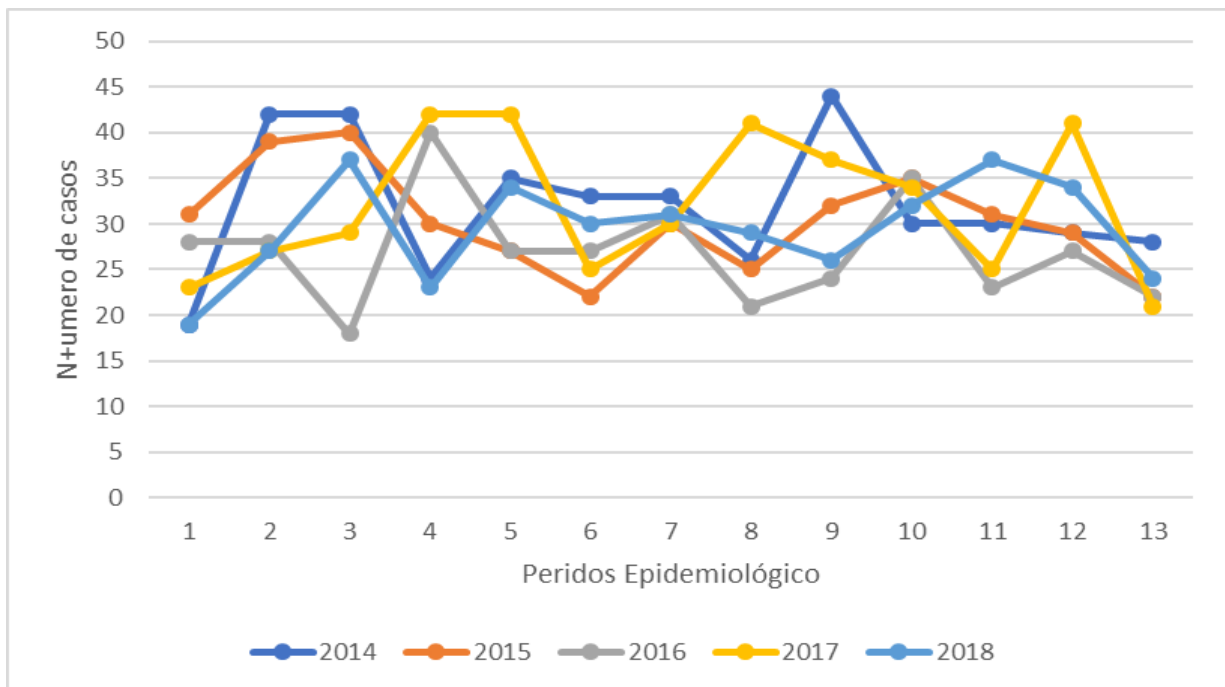
Entidad territorial de residencia	Casos nuevos	Casos con discapacidad Grado 0	Casos con discapacidad Grado I	% con discapacidad Grado I	Casos con discapacidad Grado II	% con discapacidad Grado II
VALLE	56	38	14	25,0	4	7,1
NORTE SANTANDER	32	26	3	9,4	3	9,4
SANTANDER	30	21	6	20,0	3	10,0
HUILA	26	17	8	30,8	1	3,8
BOLIVAR	22	14	3	13,6	5	22,7
CESAR	21	12	3	14,3	6	28,6
CUNDINAMARCA	17	12	2	11,8	3	17,6
META	14	9	4	28,6	1	7,1
BOGOTA	11	6	2	18,2	3	27,3
ARAUCA	11	7	4	36,4	0	0,0
TOLIMA	10	7	2	20,0	1	10,0
MAGDALENA	10	3	2	20,0	5	50,0
STA MARTA D.E.	8	6	2	25,0	0	0,0
ANTIOQUIA	8	5	3	37,5	0	0,0
ATLANTICO	7	6	0	0,0	1	14,3
CAUCA	6	4	0	0,0	2	33,3
BARRANQUILLA	6	5	1	16,7	0	0,0
CARTAGENA	4	3	0	0,0	1	25,0
NARIÑO	4	1	2	50,0	1	25,0
CORDOBA	4	3	0	0,0	1	25,0
SUCRE	3	2	1	33,3	0	0,0
DEPTO DESCONOCIDO	3	2	0	0,0	1	33,3
RISARALDA	3	3	0	0,0	0	0,0
CAQUETA	3	2	1	33,3	0	0,0
CALDAS	3	2	0	0,0	1	33,3
BOYACA	3	1	2	66,7	0	0,0
CASANARE	2	0	0	0,0	2	100,0
QUINDIO	2	1	0	0,0	1	50,0
GUAJIRA	2	2	0	0,0	0	0,0
PUTUMAYO	2	0	1	50,0	1	50,0
AMAZONAS	1	0	0	0,0	1	100,0
<b>Total general</b>	<b>334</b>	<b>220</b>	<b>66</b>	<b>19,8</b>	<b>48</b>	<b>14,4</b>



### 3.1 Tendencia del evento

En los últimos cinco años, la notificación de los casos de lepra muestra un comportamiento variable en cada periodo epidemiológico; es importante destacar que desde el 2014 a 2018 se refleja un aumento del 10,5 % en la notificación del evento en los tres primeros periodos y una disminución de los casos del 5,1 % en la en los últimos dos periodos epidemiológicos (ver figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la notificación de casos de lepra por periodos epidemiológicos, Colombia, 2014-2018.





### 3.2 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Los indicadores claves contemplados por el protocolo y el lineamiento de vigilancia son, (ver tabla 5), se anexa tabla del compartimento de los indicadores por departamento (ver anexo1).

Tabla 5. Indicadores de lepra, Colombia, 2018.

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Tasa de detección de casos general de lepra	383	49.755.827	0,77
Tasa de detección de casos nuevos de lepra en paucibacilar	79	49.755.827	0,16
Tasa de detección de casos nuevos de lepra multibacilar	255	49.755.827	0,51
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado I	66	334	19,8
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado II	48	334	14,4
Tasa de discapacidad grado II	48	49.755.827	0,10
Porcentajes de casos con lepra dentro de los conviviente examinados	12	383	3,1

## 4. DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de la lepra son variables, de ahí que sea llamada una de las grandes simuladoras en dermatología; así mismo, cuenta con la capacidad potencial de ocasionar secuelas neurológicas, oculares, osteomusculares y cutáneas, que afectan no solo la calidad de vida de quien la padece si también de su familia, generando grandes costos al sistema de salud.

Los pacientes con lepra, pueden presentar estados reaccionales antes del diagnóstico, durante el tratamiento y posteriormente a la culminación del tratamiento, se han descrito tres tipos de reacciones leproticas que pueden llegar a afectar desde el 30 al 50 % de los pacientes: la primera llamada reacción tipo I o reacción de reversa es de respuesta celular, la segunda es la reacción tipo II o eritema nodoso leproso de respuesta humoral y la tercera tipo III o fenómeno de Lucio, la cual se manifiesta como una vasculitis leucocitoclástica y necrotizante por depósito de inmunocomplejos que agravan la situación clínica del paciente.

Después de múltiples estudios no está claro cómo se trasmite efectivamente la lepra, sin embargo, se conoce bien que el ser contacto cercano prolongado (más de 6 meses) y los convivientes son demostrativos para la transmisión. Una de las teorías más acorde es la que menciona que las bacterias ingresen al organismo a través de la nariz y posiblemente, a través de heridas abiertas en la piel, y de allí que las bacterias puedan permanecer en el aire expulsadas a través de las

secreciones nasales de pacientes con lepra multibacilar sin tratamiento y logrando de esta manera la trasmisión efectiva dentro de los convivientes.

También se describe que el tener una predisposición genética que se ha identificado en el locus 6q25-q26 pueda estar ligada a no tener defensas contra el bacilo, sumado a un perfil inmunológico celular o humoral, con predominio de respuesta T Helper 1 o 2, y ligado a la desnutrición pueden ayudar a la infección, otros determinantes como la pobreza, condiciones de hacinamiento, la falta adecuada de higiene, dificultades geográficas y administrativas para el acceso a los servicios de atención en salud para el diagnóstico, pueden influir en esta permanencia del bacilo en la comunidad al no tratar los casos infectantes (1, 4).

Para una buena calidad de la prestación de servicios eficaces, efectivos y eficientes, en conformidad con las últimas pautas y normas clínicas en los casos de lepra de los pacientes, se debe ofrecer una atención que contribuya a la satisfacción de los afectados, por eso es necesario prestar una atención integral en todos los casos de lepra y en especial a los niños y las mujeres, fomentar la detección temprana a través de la búsqueda de casos de manera sistemática y periódica facilitando el diagnóstico y el acceso a la atención.

El objetivo de la clasificación de los casos de lepra es identificar y establecer las diversas formas de la enfermedad con el fin de conocer su diagnóstico, la evolución y el pronóstico, en Colombia a la luz de la estrategia mundial de eliminación de la lepra 2016 – 2020 y teniendo presente las necesidades de mejorar las actividades de farmacovigilancia, es fundamental saber si un paciente ha estado antes expuesto o no a fármacos antileproso, por eso la clasificación inicial de casos nuevos o casos que ya han sido expuestos a medicamentos es muy importante en el pronóstico y la curación, dado que se puede deber a una resistencia primaria a estos tratamientos además de esto se consideró que el énfasis exclusivo en los casos nuevos “excluiría” del análisis programático otros casos de retratamiento. (8)

Es importante diferenciar la definición clínica usada por la vigilancia epidemiológica y el programa, la recaída no se considera un caso nuevo según la definición epidemiológica porque el paciente ya ha recibido tratamiento anteriormente, los casos que han recibido tratamiento y regresan nuevamente con síntomas después de haber cumplido con el esquema de medicamentos, se deben volver a registrarse para el tratamiento en el programa como un caso nuevo y para el sistema de vigilancia como recaída.



El departamento con mayor tasa de detención durante los dos últimos años sigue siendo Arauca con una tasa de 4,06 por 100 000 habitantes, sin embargo, el departamento del Valle del Cauca durante el 2018 presentó un aumento importante en el número de casos seguido de Santander y Norte de Santander.

El grupo de edad más afectado es congruente con una enfermedad crónica como la lepra y en un país de baja prevalencia y en eliminación, por lo que las acciones se deberían direccionar a este grupo de edad previniendo sus complicaciones, como meta de la estrategia mundial para la lepra 2016-2020 se debe seguir haciendo énfasis en los menores de 10 años, en el 2018 en Colombia no se presentaron casos, sin embargo cinco casos están dentro del rango de edad de 10 a 14 años.

En cuanto al total de casos notificados, se observa leve disminución en comparación con el año anterior, muy posiblemente a la falta de personal capacitado para su detención y diagnóstico, como también a las deficientes acciones de búsqueda comunitaria dentro de los convivientes de los enfermos.

Un alto porcentaje de los notificados registran formas multibacilar, la cual es la presentación clínica muy infectante, por lo que se debe hacer énfasis en investigar los convivientes quienes tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con la población general, para esto es clave vincular activamente a las aseguradoras en las acciones de búsqueda, prevención y rehabilitación de los enfermos de lepra.

Se evidencia una baja actividad en las acciones de vigilancia entre los convivientes, para esto existe una normatividad en donde todas las entidades territoriales deben realizar la búsqueda activa de casos de lepra, focalizando la búsqueda entre los convivientes cercanos y definidos como aquellos que están dentro del núcleo familiar, hacer su seguimiento para dar respuesta a lo definido en la estrategia mundial para la lepra 2016–2020 como el gran impulso para la detección temprana, y además el tamizaje activo de grupos de alto riesgo a partir de los contactos, recordar que la investigación de campo para lepra debe efectuarse durante los ocho días siguientes a la notificación.

Importante 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 la presenten, con énfasis en los grados I o II, como se puede apreciar en el análisis este indicador es muy elevado en Colombia pudiéndose reducirse mediante campañas enfocadas a la detección temprana, tamizaje de los convivientes, servicios de atención de calidad con accesibilidad a todo aquel que necesite diagnóstico y tratamiento, sin barreras geográficas,



económicas o de género, además la detección y el tratamiento de las reacciones leproticas incluido el derecho a un tratamiento oportuno y apropiado, y el derecho a la privacidad y la confidencialidad.

Las personas afectadas por la lepra constituyen un importante recurso para la vigilancia contra la lepra y pueden desempeñar un papel primordial en el control de la enfermedad, se deben diseñar estrategias en la creación de capacidades para la acción de las personas afectadas en la promoción, la rehabilitación basada en la comunidad y el establecimiento de redes destinadas al apoyo psicosocial para la disminución del sufrimiento emocional y económico.

## 5. REFERENCIAS

1. Scollard DM, Adams LB, Gillis TP, Krahenbuhl JL, Truman RW, Williams DL. The Continuing Challenges of Leprosy. *Clin Microbiol Rev.* 2006;19(2):338–81
2. Prasad P KP. CME Article LEPROSY THERAPY , PAST AND PRESENT : CAN WE HOPE TO ELIMINATE IT ? *Indian J Dermatology.* 2010;55(4):316–24.
3. Cambau E, Bonnafous P, Perani E, Sougakoff W, Ji B, Jarlier V. Molecular Detection of Rifampin and Ofloxacin Resistance for Patients Who Experience Relapse of Multibacillary Leprosy. *Clin Infect Dis.* 2002;34:39–45.
4. Suzuki K, Akama T, Kawashima A, Yoshihara A, Yotsu RR, Ishii N. Current status of leprosy : Epidemiology , basic science and clinical perspectives. *Japanese Dermatological Assoc.* 2012;39(July 2011):121–9.
5. Eichelmann K, González SEG, Ocampo-candiani JCSJ. Lepra : puesta al día . Definición , patogénesis , clasificación , diagnóstico y tratamiento. *Actas dermosifiliográficas* [Internet]. AEDV; 2013;104(7):554–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.201/22.03.003>
6. Tejmar-kolar L, Matsuoka M, Cambau E, Jarlier V. Detection of Antibiotic Resistance in Leprosy Using GenoType LepraeDR , a Novel Ready-To-Use Molecular Test. 2012;6(7).
7. Consulat [https://www.who.int/gho/neglected\\_diseases/leprosy/en/03/04/2019](https://www.who.int/gho/neglected_diseases/leprosy/en/03/04/2019)



Regional Office for South-East Asia, World Health Organization. (2017). Global Leprosy Strategy 2016–2020. Accelerating towards a leprosy-free world. Monitoring and Evaluation Guide. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. <http://www.who.int/iris/handle/10665/254907>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

8. Romero-montoya IM, Beltrán-alzate JC, Ortiz-marín DC. LEPROSY IN COLOMBIAN CHILDREN AND. *Pediatr Infect Dis J*. 2014;33(3):321–2.
9. Dane. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia -2017. Dirección Nacional de estadística 2017. Fecha de consulta:01 de marzo del 2019.disponible:[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/pres\\_pobreza\\_2017.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/pres_pobreza_2017.pdf)
10. Instituto Nacional de Salud. Protocolo lepra. Fecha de consulta:01 de marzo del 2019.disponible:<http://www.ins.gov.co/buscadores/Lineamientos/PRO%20Lepra.pdf>.



## 6. ANEXOS

NOMBRE INDICADOR							
ENTIDAD TERRITORIAL	Tasa de detección de casos general de lepra	Tasa de detección de casos nuevos de lepra en paucibacilar	Tasa de detección de casos nuevos de lepra de lepra multibacilar	Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado I	Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado II	Tasa de discapacidad grado II	Porcentajes de casos con lepra dentro de los convivientes examinados
Amazonas	1,27	0,00	0,00	0,0	100,0	0,20	0,01
Antioquia	0,15	0,01	0,01	37,5	0,0	0,00	0,00
Arauca	4,06	0,00	0,02	36,4	0,0	0,00	0,00
Atlántico	0,61	0,01	0,01	0,0	14,3	0,03	0,00
Barranquilla	0,73	0,00	0,01	16,7	0,0	0,00	0,00
Bogotá	0,16	0,00	0,02	18,2	27,3	0,05	0,00
Bolívar	2,11	0,02	0,03	13,6	22,7	0,05	0,00
Boyacá	0,23	0,00	0,01	66,7	0,0	0,00	0,00
Buenaventura	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Caldas	0,30	0,00	0,00	0,0	33,3	0,07	0,00
Caquetá	0,60	0,00	0,01	33,3	0,0	0,00	0,00
Cartagena	0,39	0,00	0,00	0,0	25,0	0,05	0,00
Casanare	0,80	0,00	0,00	0,0	100,0	0,20	0,01
Cauca	0,56	0,00	0,01	0,0	33,3	0,07	0,00
Cesar	2,06	0,00	0,04	14,3	28,6	0,06	0,00
Chocó	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Córdoba	0,22	0,00	0,01	0,0	25,0	0,05	0,00
Cundinamarca	0,68	0,01	0,02	11,8	17,6	0,04	0,00
Guainía	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Huila	2,34	0,01	0,04	30,8	3,8	0,01	0,00
La Guajira	0,19	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Magdalena	1,39	0,00	0,02	20,0	50,0	0,10	0,01
Meta	1,57	0,01	0,02	28,6	7,1	0,01	0,00
Nariño	0,28	0,00	0,01	50,0	25,0	0,05	0,00
Norte de Santander	2,37	0,00	0,06	9,4	9,4	0,02	0,00
Putumayo	0,56	0,00	0,00	50,0	50,0	0,10	0,01
Quindío	0,52	0,00	0,00	0,0	50,0	0,10	0,01
Risaralda	0,31	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
San Andrés	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Santa Marta	2,36	0,01	0,00	25,0	0,0	0,00	0,00
Santander	1,67	0,01	0,05	20,0	10,0	0,02	0,00
Sucre	0,46	0,00	0,01	33,3	0,0	0,00	0,00
Tolima	0,99	0,00	0,02	20,0	10,0	0,02	0,00
Valle del Cauca	1,55	0,03	0,08	25,0	7,1	0,01	0,00
Vaupés	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00