# INFORME DEL EVENTO

# LEPRA

COLOMBIA 2019

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos Minsalud

# INFORME DE EVENTO LEPRA, COLOMBIA, 2019

**Vilma Fabiola Izquierdo Charry**
**Grupo Transmisibles**
**Grupo de Micobacterias**
**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 infecciosa crónica que se desarrolla lentamente, con un período de incubación promedio de cinco años, aunque los síntomas pueden tardar 20 años en aparecer. A diferencia de la mayoría de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID), que son causadas por parásitos, la lepra es causada por una bacteria, *Mycobacterium leprae*, también conocida como Bacilo de Hansen. Afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, las membranas mucosas del tracto respiratorio y los ojos.

La lepra es curable y la discapacidad que crea se puede prevenir si la enfermedad se diagnostica y trata adecuadamente en las primeras fases de la infección. Cuando los casos no se tratan durante la primera fase de la infección, la enfermedad y las reacciones que ocurren como resultado de ello puede causar secuelas progresivas y permanentes, incluyendo deformidades y mutilaciones, reducción de la movilidad de las extremidades, e incluso ceguera. Por lo anterior, los individuos que tienen la enfermedad de Hansen y sus familias pueden sufrir de estigma y discriminación social en sus comunidades y ciudades (1,2).

La lepra es una EID que se presenta en más de 120 países en el mundo, con más de 200 000 nuevos casos notificados cada año. También es la causa de más deformidad física, que otras enfermedades infecciosas. La estigmatización de personas afectadas y la discriminación en su contra siguen obstaculizando la detección temprana (2).

Para el 2019, la prevalencia registrada de lepra (prevalencia puntual), es decir el número de casos en tratamiento a finales de 2019, fue de 177 175, con una tasa de prevalencia correspondiente de 22,7 por millón de habitantes. La prevalencia es menor en 7 063 casos que en 2018. Se observó disminución de las prevalencias en todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) excepto en las Américas (AMR), donde aumentó de 34 358 en 2018 a 35 231 en 2019. A nivel mundial, se detectaron 202 185 nuevos casos, para una nueva tasa de detección de casos de 25,9 por millón de

habitantes, lo que representa una disminución global de 6 506 casos. La disminución se observó en todas las regiones de la OMS, pero particularmente en la Región de Asia Suroriental (SEAR) (disminución de 4 708 casos) (2).

Las proporciones regionales de todos los casos nuevos en 2019 fueron: 71,3 % (143 787) en la Región de Asia Suroriental (SEAR); 14,9 % (29 936) en las Américas (AMR); 9,9 % (20 205) en África (AFR); 2,1 % (4 211) en la Región del Mediterráneo Oriental (EMR); 1,9 % (4 004) en la Región del Pacífico Occidental (WPR) y 42 casos nuevos en Europa (EUR) (2).

La reducción del número de casos nuevos ha sido uniforme y paulatina durante los últimos 10 años, tanto a nivel mundial como en las regiones de la OMS. Brasil, India e Indonesia notificaron más de 10 000 nuevos casos, mientras que otros 13 países (Bangladesh, República Democrática del Congo, Etiopía, Madagascar, Mozambique, Myanmar, Nepal, Nigeria, Filipinas, Somalia, Sudán del Sur, Sri Lanka y la República Unida de Tanzania) cada uno informaron entre 1 000 y10 000 nuevos casos. Cuarenta y cinco países notificaron 0 casos y 99 notificaron más de 1 000 casos nuevos. Gracias al compromiso de los países, la perseverancia y esfuerzos, el objetivo de eliminar la lepra como un problema de salud a nivel mundial se logró en 2000, cuando disminuyó la morbilidad por lepra por debajo de 1 caso por cada 10 000 habitantes a nivel mundial. En Latinoamérica, solo Brasil no ha llegado aún a esta meta (2).

Según la OMS durante el 2019 a nivel mundial, los casos de lepra en menores de 15 años fueron 14 981, correspondientes al 7,4 % de todos los casos nuevos. Los casos de niños nuevos muestran una tendencia a la baja, de 20 648 en el 2010 a 14 981 en el 2019 (reducción del 27 %) y la tasa de detección se calculó en 7,8 por millón de niños, a finales de 2019. Esta tasa está destinada a ser reducida a 0,8 por millón de niños para la nueva estrategia de la OMS: “Poner fin a la negligencia para lograr los objetivos de desarrollo sostenible - una hoja de ruta para las enfermedades desatendidas, 2021-2030” (1).

En Colombia para el 2018 la tasa de detección de lepra fue de 0,67 x 100 000 habitantes, encontrándose la mayor tasa en el departamento de Arauca con 4,06 por 100 000 habitantes. En la evaluación al momento de la notificación el grado de discapacidad en los 334 casos notificados en el 2018 fue de 19,8 % (66/334) con discapacidad grado I y de 14,4 (48/334) con discapacidad grado II (3).

Este informe anual de evento de interés en salud pública tiene como objetivo realizar la descripción y el análisis del comportamiento de algunas de las variables de la ficha de notificación de lepra código 450 del sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) y proveer información confiable y oportuna para orientar las decisiones de prevención y control de la lepra tanto en lo territorial como en lo nacional.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó análisis de tipo descriptivo retrospectivo, con los casos de lepra de todas las formas que ingresaron al sistema nacional de vigilancia en salud pública (Sivigila) a través de la ficha de notificación código 450 (datos básicos y complementarios) para el 2019. Según lo establecido en el protocolo 2019 para el evento, los casos de lepra pueden ser clasificados inicialmente por laboratorio o por clínica; según la condición de ingreso puede ser nuevo, recidiva o retratamiento y según la clasificación clínica pueden ser paucibacilar o multibacilar. Así mismo, en el diligenciamiento de la ficha de notificación se establece si el paciente presenta algún grado de discapacidad y se clasifica.

Se ejecutó el proceso previo de depuración de la base de datos antes del análisis de las variables de estudio. Durante la depuración realizada se determinó: la exclusión de los casos con ajuste 6 (descarte que puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la condición del caso, entre otros), la exclusión de los casos con el ajuste D (por error de digitación), la exclusión de los casos duplicados por documento de identidad, por nombres y apellidos (con revisión de otras variables), consistencia de las variables con el análisis de completitud y calidad del dato para los casos en general.

Las variables que se incluyeron en el análisis fueron: edad, sexo, área de ocurrencia del caso, tipo de régimen de salud, pertenencia étnica, clasificación del caso, hospitalización, departamento y municipio de residencia, condición de ingreso, clasificación clínica, diagnóstico por laboratorio o por patología, evaluación del grado de discapacidad y tipo de reacción.

En el plan de análisis se utilizó la estadística de tipo descriptivo con análisis univariado para describir persona, tiempo y lugar, con medidas estadísticas de tendencia central, frecuencia absoluta, promedio y tasas. El análisis se realizó por departamento y municipio de residencia. Para los denominadores de las tasas de incidencia se tuvieron en cuenta las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Con respecto a los indicadores establecidos en el protocolo del evento para el 2019, se efectuó el cálculo para los indicadores de: proporción de casos nuevos según clasificación bacteriológica (PB o MB); porcentaje de casos nuevos detectados con discapacidad y tasa de discapacidad grado I y grado II.

Para establecer el incremento y decremento con base en el promedio de la notificación de lepra durante los últimos cinco años, según departamento de residencia, se tuvo en cuenta la distribución de Poisson y se determinó el comportamiento inusual cuando la probabilidad fue inferior a 0,05. Los datos fueron procesados en hojas de cálculo de Excel. La información se presenta en tablas y figuras.

**Consideraciones éticas**: en el diseño del estudio se tuvieron en cuenta los principios metodológicos para salvaguardar el interés de la ciencia y el respeto a los derechos de las personas. No hubo ninguna intervención en los sujetos, no se violó el derecho a la privacidad y los resultados se presentan de manera agrupada en cumplimiento de la norma nacional (Resolución 008430 de 1993). Este estudio se considera sin riesgo.

## 3. RESULTADOS

De acuerdo a la notificación al sistema nacional de vigilancia en salud pública, durante el 2019 se registró un total de 438 casos de lepra, se eliminaron: 13 casos por ajuste 6, 11 casos con ajuste D y 17 casos repetidos; quedando para el análisis un total de 397 casos. De estos, 307 (77,3 %) fueron clasificados inicialmente como confirmados por laboratorio y 90 (22,7 %) por clínica. La condición final de todos los casos analizados fue vivo.

En el contexto sociodemográfico se destaca el sexo masculino con el 62 % (246/397); las edades de los casos notificados fueron entre los 6 años y los 89 años, siendo el grupo de mayor porcentaje el de 65 años y más con un 22,4 % (89/397); con relación a la pertenencia étnica se notificaron 4 indígenas y el 4,5 % de los casos era afrocolombiano; el 16,1 % (64/397) de los casos se presentó en el rural disperso (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución sociodemográfica de la lepra, semanas epidemiológicas 01 a 52, Colombia, 2019

| VARIABLE | CATEGORIA | CASOS | % |
|---|---|---|---|
| **Sexo** | Masculino | 246 | 61,96 |
| | Femenino | 151 | 38,04 |
| **Grupo de edad** | 0 a 4 años | 0 | 0 |
| | 5- 14 años | 11 | 2,77 |
| | 15-24 años | 26 | 6,55 |
| | 25-34 años | 62 | 15,62 |
| | 35-44 años | 53 | 13,35 |
| | 45 a 54 años | 74 | 18,64 |
| | 55 a 64 años | 82 | 20,65 |
| | 65 y más años | 89 | 22,42 |
| **Pertenencia étnica** | Indígena | 4 | 1,01 |
| | ROM, Gitano | 1 | 0,25 |
| | Raizal | 3 | 0,76 |
| | Palenquero | 2 | 0,50 |
| | Afrocolombiano | 18 | 4,53 |
| | Otros | 369 | 92,95 |

| VARIABLE | CATEGORIA | CASOS | % |
|---|---|---|---|
| **Tipo de régimen en salud** | Subsidiado | 245 | 61,71 |
| | Contributivo | 121 | 30,48 |
| | No asegurado | 21 | 5,29 |
| | Especial | 5 | 1,26 |
| | Particular | 3 | 0,76 |
| | Indeterminado | 2 | 0,50 |
| **Área de ocurrencia** | Cabecera municipal | 291 | 73,30 |
| | Centro poblado | 42 | 10,58 |
| | Rural disperso | 64 | 16,12 |

Fuente: SIVIGILA evento 450, 2019.

Durante el 2019 se presentaron 16 casos de extranjeros con nacionalidad venezolana (4 %). El resto (381 casos) fueron colombianos (96 %). El 5,3 % (21/397) de los casos fue hospitalizado y la condición de ingreso –caso nuevo - se puede observar en la tabla 2 de acuerdo al lugar de residencia. El 64 % de los casos nuevos reside en 12 departamentos y 3 Distritos, con tasas por encima de la tasa nacional (0,70 x 100 000 habitantes). Es importante mencionar que no todas las entidades territoriales realizaron notificación de lepra para el 2019, departamentos como Guainía, Guaviare, Vaupés y San Andrés, Providencia y Santa Catalina no registraron casos.

Tabla 2. Tasa de incidencia de casos de lepra según entidad territorial de residencia, Colombia, 2019

| ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA | NUEVO | | RECIDIVA | | RETRATAMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| AMAZONAS | 1 | 1,29 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ANTIOQUIA | 4 | 0,06 | 3 | 0,05 | 1 | 0,02 |
| ARAUCA | 6 | 2,14 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ATLÁNTICO | 6 | 0,43 | 1 | 0,07 | 0 | 0 |
| BARRANQUILLA | 18 | 1,45 | 1 | 0,08 | 0 | 0 |
| BOGOTÁ | 17 | 0,22 | 2 | 0,03 | 0 | 0 |
| BOLÍVAR | 19 | 1,69 | 0 | 0 | 2 | 0,18 |
| BOYACÁ | 4 | 0,32 | 1 | 0,08 | 0 | 0 |
| CALDAS | 5 | 0,50 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CALI | 27 | 1,20 | 4 | 0,18 | 1 | 0,04 |
| CAQUETÁ | 1 | 0,25 | 0 | 0 | 1 | 0,25 |
| CARTAGENA | 12 | 1,20 | 2 | 0,20 | 0 | 0 |
| CASANARE | 2 | 0,47 | 1 | 0,23 | 0 | 0 |

| ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA | NUEVO | | RECIDIVA | | RETRATAMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| CAUCA | 2 | 0,14 | 2 | 0,14 | 1 | 0,07 |
| CESAR | 27 | 2,16 | 6 | 0,48 | 1 | 0,08 |
| CHOCÓ | 2 | 0,37 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CÓRDOBA | 5 | 0,28 | 1 | 0,06 | 0 | 0 |
| CUNDINAMARCA | 11 | 0,36 | 1 | 0,03 | 0 | 0 |
| LA GUAJIRA | 3 | 0,32 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HUILA | 27 | 2,43 | 1 | 0,09 | 0 | 0 |
| MAGDALENA | 13 | 1,50 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| META | 8 | 0,76 | 2 | 0,19 | 0 | 0 |
| NARIÑO | 4 | 0,25 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NORTE DE SANTANDER | 31 | 1,98 | 0 | 0 | 1 | 0,06 |
| PUTUMAYO | 1 | 0,28 | 0 | 0 | 1 | 0,28 |
| QUINDÍO | 1 | 0,18 | 1 | 0,18 | 0 | 0 |
| RISARALDA | 2 | 0,21 | 1 | 0,10 | 0 | 0 |
| SANTANDER | 27 | 1,21 | 0 | 0 | 2 | 0,09 |
| STA MARTA D.E. | 2 | 0,38 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SUCRE | 5 | 0,54 | 2 | 0,22 | 1 | 0,11 |
| TOLIMA | 21 | 1,57 | 4 | 0,30 | 0 | 0 |
| VALLE DEL CAUCA | 19 | 0,84 | 6 | 0,26 | 0 | 0 |
| VICHADA | 1 | 0,90 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DESCONOCIDO | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **343** | **0,70** | **42** | **0,09** | **12** | **0,02** |

Fuente: SIVIGILA evento 450, 2019.

Tanto las tasas de casos nuevos de lepra como las recidivas y los retratamientos se pueden observar en la tabla 2. La tasa nacional para casos nuevos fu de 0,70 por 100 000 habitantes y los departamentos y distritos que se encuentran por encima de la tasa nacional están resaltados en color verde. Para las recidivas la tasa nacional fue de 0,09 y las entidades territoriales de residencia que se encontraron por encima de esta tasa están de color amarillo y en color rojo, para los retratamientos.

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 diagnosticas como un examen bacteriológico e histopatológico para su clasificación final y tratamiento; del total de los casos notificados para el 2019 al 92,4 % (367/397) se les realizó alguna o varias ayudas diagnósticas como la baciloscopia (67 %) con índices bacilares variados o biopsia (61,5 %) para complementar su clasificación.

Dentro del análisis y caracterización de los casos nuevos identificados (343), teniendo en cuenta la clasificación bacteriológica, se evidenció que el 71 % (243/343) presentaba una forma de lepra multibacilar y el 29 % una forma paucibacilar.

En el anexo figura 1, se observa la distribución de los casos clínicos según entidad de residencia y en la tabla 3, las tasas de incidencia por entidad territorial de residencia. Para Colombia la tasa de incidencia de casos paucibacilares estuvo en 0,22 x 100 000 habitantes. En color rojo se encuentran todos aquellos territorios que superan esta tasa. Se destacan Amazonas, Valle del Cauca y Magdalena. Para los casos multibacilares en Colombia, durante el 2019 la tasa fue de 0,59 x 100 000 habitantes y en color amarillo se encuentran todos aquellos territorios que están por encima de la tasa nacional. Se destacan los departamentos de Cesar (2,32 x 100 000 habitantes) y Arauca (2,14 x 100 000 habitantes).

Tabla 3. Tasas de incidencia de la clasificación bacteriológica de los casos de lepra por entidad de territorial de residencia, Colombia, 2019

| ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA | PAUCIBACILAR | | MULTIBACILAR | |
|---|---|---|---|---|
| | Casos | Tasa por 100 000 hab. | Casos | tasa por 100 000 hab. |
| AMAZONAS | 1 | 1,29 | 0 | 0 |
| ANTIOQUIA | 2 | 0,03 | 6 | 0,09 |
| ARAUCA | 0 | 0,00 | 6 | 2,14 |
| ATLÁNTICO | 2 | 0,14 | 5 | 0,36 |
| BARRANQUILLA | 8 | 0,64 | 11 | 0,88 |
| BOGOTÁ | 10 | 0,13 | 9 | 0,12 |
| BOLÍVAR | 5 | 0,44 | 16 | 1,42 |
| BOYACÁ | 1 | 0,08 | 4 | 0,32 |
| CALDAS | 3 | 0,30 | 2 | 0,20 |
| CAQUETÁ | 1 | 0,25 | 1 | 0,25 |
| CARTAGENA | 8 | 0,80 | 6 | 0,60 |
| CASANARE | 0 | 0,00 | 3 | 0,70 |
| CAUCA | 2 | 0,14 | 3 | 0,20 |
| CESAR | 5 | 0,40 | 29 | 2,32 |
| CHOCÓ | 1 | 0,19 | 1 | 0,19 |
| CÓRDOBA | 2 | 0,11 | 4 | 0,22 |
| CUNDINAMARCA | 3 | 0,10 | 9 | 0,29 |
| LA GUAJIRA | 1 | 0,11 | 2 | 0,22 |
| HUILA | 6 | 0,54 | 22 | 1,98 |
| MAGDALENA | 7 | 0,81 | 6 | 0,69 |
| META | 2 | 0,19 | 8 | 0,76 |
| NARIÑO | 1 | 0,06 | 3 | 0,18 |
| NORTE DE SANTANDER | 5 | 0,32 | 27 | 1,72 |
| PUTUMAYO | 0 | 0,00 | 2 | 0,57 |
| QUINDÍO | 0 | 0,00 | 2 | 0,37 |

| ENTIDAD TERRITORIAL DE RESIDENCIA | PAUCIBACILAR | | MULTIBACILAR | |
|---|---|---|---|---|
| | Casos | Tasa por 100 000 hab. | Casos | tasa por 100 000 hab. |
| RISARALDA | 0 | 0,00 | 3 | 0,31 |
| SANTANDER | 5 | 0,22 | 24 | 1,07 |
| STA MARTA D.E. | 2 | 0,38 | 0 | 0,00 |
| SUCRE | 1 | 0,11 | 7 | 0,75 |
| TOLIMA | 5 | 0,37 | 20 | 1,50 |
| VALLE DEL CAUCA | 19 | 0,84 | 38 | 1,68 |
| VICHADA | 0 | 0,00 | 1 | 0,90 |
| DEPTO DESCONOCIDO | 1 | 0,00 | 8 | 0,00 |
| COLOMBIA | **109** | **0,22** | **288** | **0,59** |

Fuente: SIVIGILA evento 450, 2019.

Los resultados de la histopatología se pueden observar en el Anexo, tabla 1.

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 343 casos nuevos, el 23,9 % (82/343) presentó discapacidad grado I y el 9,3% (32/343) grado II, con un total de discapacidad al momento del diagnóstico de 33,2 %. El departamento del Putumayo presentó dentro de sus casos notificados una discapacidad del 100 %, seguido de Antioquia y Arauca con un 50% (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los casos nuevos notificados de acuerdo al grado de discapacidad y entidad de residencia, Colombia, 2019

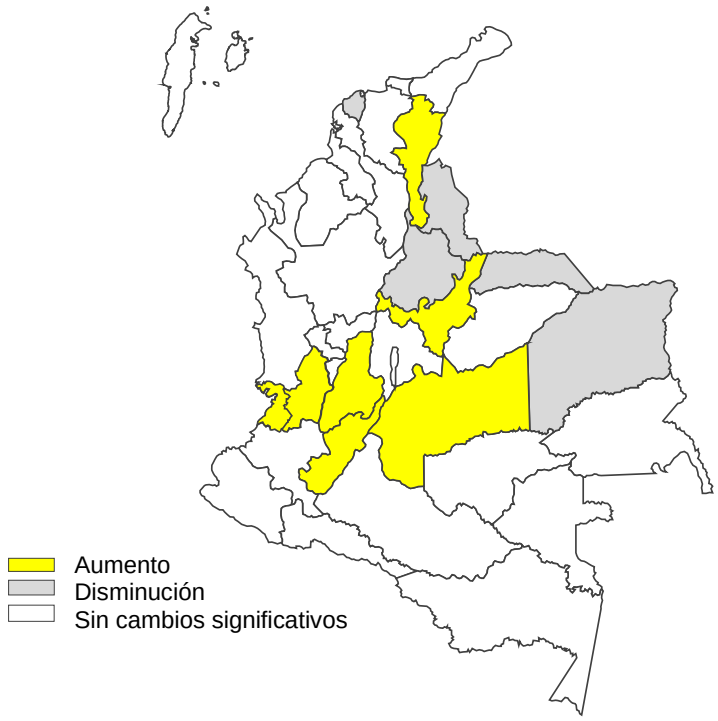
| Departamentos/ Distritos | Nuevos | Grado 0 | Grado I | % Grado I | Grado II | % Grado II |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VALLE DEL CAUCA | 46 | 31 | 11 | 23,9 | 4 | 8,7 |
| NORTE DE SANTANDER | 31 | 21 | 6 | 19,4 | 4 | 12,9 |
| SANTANDER | 27 | 17 | 9 | 33,3 | 1 | 3,7 |
| CESAR | 27 | 16 | 8 | 29,6 | 3 | 11,1 |
| HUILA | 27 | 21 | 6 | 22,2 | 0 | 0,0 |
| TOLIMA | 21 | 16 | 5 | 23,8 | 0 | 0,0 |
| BOLÍVAR | 19 | 11 | 5 | 26,3 | 3 | 15,8 |
| BARRANQUILLA | 18 | 12 | 4 | 22,2 | 2 | 11,1 |
| BOGOTÁ | 17 | 14 | 3 | 17,6 | 0 | 0,0 |
| MAGDALENA | 13 | 7 | 3 | 23,1 | 3 | 23,1 |
| CARTAGENA | 12 | 8 | 2 | 16,7 | 2 | 16,7 |
| CUNDINAMARCA | 11 | 8 | 1 | 9,1 | 2 | 18,2 |
| DEPTO DESCONOCIDO | 9 | 8 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| META | 8 | 5 | 2 | 25,0 | 1 | 12,5 |

| Departamentos/ | Nuevos | Grado 0 | Grado I | % | Grado II | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ARAUCA | 6 | 1 | 3 | 50,0 | 2 | 33,3 |
| ATLÁNTICO | 6 | 3 | 2 | 33,3 | 1 | 16,7 |
| SUCRE | 5 | 3 | 2 | 40,0 | 0 | 0,0 |
| CALDAS | 5 | 3 | 1 | 20,0 | 1 | 20,0 |
| CÓRDOBA | 5 | 4 | 1 | 20,0 | 0 | 0,0 |
| ANTIOQUIA | 4 | 2 | 2 | 50,0 | 0 | 0,0 |
| BOYACÁ | 4 | 3 | 0 | 0,0 | 1 | 25,0 |
| NARIÑO | 4 | 3 | 0 | 0,0 | 1 | 25,0 |
| LA GUAJIRA | 3 | 3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| CAUCA | 2 | 1 | 1 | 50,0 | 0 | 0,0 |
| RISARALDA | 2 | 1 | 1 | 50,0 | 0 | 0,0 |
| STA MARTA D.E. | 2 | 1 | 1 | 50,0 | 0 | 0,0 |
| CASANARE | 2 | 2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| CHOCÓ | 2 | 2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| QUINDÍO | 1 | 0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| VICHADA | 1 | 0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| PUTUMAYO | 1 | 0 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 |
| AMAZONAS | 1 | 1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| CAQUETÁ | 1 | 1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| **TOTAL** | **343** | **229** | **82** | **23,9** | **32** | **9,3** |

Fuente: SIVIGILA evento 450, 2019.

Durante el 2019 se reportaron al sistema de vigilancia de Lepra 111 reacciones lepróticas, 67 de tipo I siendo aquellas que se evidencian por la exacerbación de las lesiones establecidas o generación de nuevas, acompañadas de neuritis y empeoramiento clínico y 44 reacciones tipo II, las cuales se manifiestan con el empeoramiento de las lesiones establecidas acompañadas de nódulos inflamatorios difusos denominados eritemas nudosos y acompañado de fiebre, malestar general, adinamia, mialgias, artralgias, neuritis, linfoadenopatías y hepatomegalia.

Figura 1. Variaciones en las entidades territoriales respecto al promedio de casos de lepra, Colombia, 2016 – 2019




Fuente: SIVIGILA evento 450, 2019.

Al realizar el análisis de los comportamientos inusuales de lepra para el 2019, se observó un incremento en los casos frente al promedio de los últimos cinco años en las entidades territoriales de Cesar, Boyacá, Tolima, Huila, Meta y Valle del Cauca. Así mismo, se presentó un decremento en Santander, Norte de Santander, Arauca, Vichada y Atlántico, las demás entidades territoriales no presentaron cambios (figura 1).

Tabla 5. Indicadores de la vigilancia de Lepra, Colombia, 2019

| *INDICADORES DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO DE LA LEPRA* | *Numerador* | *Denominador* | *Resultado Tasa por 100 000 habitantes* |
|---|---|---|---|
| Tasa de detección de casos de lepra por residencia | 397 | 49.156.286 | 0,81 |
| Tasa de detección de casos nuevos de lepra paucibacilares | 109 | 49.156.286 | 0,22 |
| Tasa de detección de casos nuevos de lepra multibacilares | 288 | 49.156.286 | 0,59 |
| Porcentaje de casos nuevos de lepra con discapacidad grado I | 82 | 343 | 23,90 |
| Porcentaje de casos nuevos de lepra con discapacidad grado II | 32 | 343 | 9,30 |

Fuente: SIVIGILA evento 450, 2019.

## 4. DISCUSIÓN

El modo de transmisión de la lepra es por inhalación de secreciones del tracto respiratorio superior (nariz y boca), derivada de la convivencia prolongada de una persona susceptible con un enfermo no tratado, cuyo reservorio es el hombre; puede durar de 9 meses a 10 años para su periodo de incubación y ser transmisible 4 años para la lepra tuberculoide y 8 años para la lepra lepromatosa (2, 5, 7).

Los factores de riesgo asociados con la presencia de un caso de lepra son desnutrición, hacinamiento y susceptibilidad inmunológica de la persona infectada. Existen otros determinantes como el ambiente físico, social y económico. Dentro de los factores de protección la vacunación con BCG es eficaz en la protección frente a la lepra hasta en un 70 %. Se ha identificado que la cicatriz de BCG indicaría que es un individuo de bajo riesgo para presentar lepra; en caso tal de ser un contacto solo se debe aplicar una dosis de BCG al que NO presente y un refuerzo 6 meses más tarde (4, 6, 8).

En el análisis realizado a la base de lepra 2019, se encontró una mayor proporción en hombres que en mujeres y debe presentarse atención en los 11 casos del grupo de edad de 5 a 14 años quienes conforman un grupo prioritario para la detección y el control temprano de la enfermedad. Estas edades son de interés en salud debido a que la OMS establece en sus lineamientos la necesidad, como país, de no tener afectaciones por esta enfermedad en menores de 15 años. Durante el 2018 no se presentaron casos en menores de edad en Colombia.

La enfermedad de Hansen puede darse en cualquier pertenencia étnica como se ha visto en los informes mundiales y regionales (9) pero es de interés la afectación que pueda darse en grupos afro e indígenas. Para este año hubo 4 casos en indígenas pertenecientes a los grupos Arhuaco, Embera y Achagua notificados por los departamentos de Cesar, Tolima, Caldas y el distrito de Barranquilla.

Por otra parte, en la detección de casos nuevos de lepra se ha evidenciado una disminución sostenida en los últimos años (alrededor de 330- 400 casos) (9). Es así que para el año inmediatamente anterior los casos nuevos estuvieron en 334 y para este año fueron de 343 casos. La tasa de detección de casos nuevos presentada para 2015 fue de 0,72 casos por 100 000 habitantes y la tasa de detección para este año fue de 0,81 por 100 000 habitantes (9). Las entidades territoriales con tasa de detección más alta son Huila, Cesar y Arauca. El alto número de casos multibacilares actuales para el país nos indica alta contagiosidad en la comunidad y fallas en el diagnóstico en etapas tempranas por lo que se debe trabajar en estos aspectos.

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 de la OMS (9) 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 antileprosos, 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 (10). En el 2018 se presentaron 334 casos nuevos, 37 recidivas y 12 retratamientos, lo que nos lleva en 2019 a un leve incremento en los dos primeros e igualdad en el retratamiento.

Colombia introdujo a partir de 1985 la poliquimioterapia para el tratamiento farmacológico de la Lepra, cumpliendo con el compromiso global de avanzar hacia la meta de eliminación del evento como problema de Salud Pública en 1997 y desde hace más de 10 años, el país ha presentado tasas por debajo de la meta de eliminación, menor a 1 x 10 000 habitantes (9,10).

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 Colombia priorizó y estableció la siguiente meta: Disminuir la discapacidad severa por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos hasta llegar a una tasa de 0,58 casos por 1 000 000 habitantes con discapacidad grado 2 en el año 2022. Así mismo, reducir a menos del 7 % los casos con discapacidad severa entre los nuevos detectados para el mismo año. Nos encontramos con una discapacidad grado II del 9,3 % por lo que debemos redoblar los esfuerzos a nivel territorial para detectar y tratar los nuevos casos con oportunidad a fin de lograr la meta nacional en el 2022.

Así mismo, en su esfuerzo por erradicar la enfermedad de Hansen en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social incorporó en octubre de 2018 la “Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)” siendo su objetivo principal el de establecer un diagnóstico temprano de la enfermedad, además permitirá que los recursos invertidos las próximas vigencias, cercanos a los 2 000 millones de pesos cada año, generen mayor resolutividad en la detección y su atención integral (11).

## 5. REFERENCIAS

1. WHO. Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy-free world. WER (Internet). 2019 ag. 30 (citado 2020 sept. 7); 94(35/36): 389-412. Disponible en: http://www.who.int/wer

2.WHO. Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. WER (Internet). 2020 sep. (citado 2020 sept. 4); 95(36): 417-440.Disponible en: http://www.who.int/wer

3. INS. Informe de evento: Informe de lepra 2018. INS (Internet). (citado 2020 sept. 7). Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LEPRA_2018.pdf

4. WHO/PAHO. Guía para la Eliminación de la Lepra como problema de Salud Pública. Primera edición. Grupo de eliminación de la lepra. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/250241

5. PAHO. Reconocimiento de las enfermedades tropicales desatendidas a partir de los cambios en la piel. Guía pedagógica dirigida al personal de salud de primera línea. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

6.WHO. Pautas para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra. Nueva Delhi: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/lepra

7. PAHO, WHO. Iniciativa de la OPS para la Eliminación de enfermedades: Política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Páginas 20-21. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/lepra

8. OPS. Marco sostenible e integrado para la eliminación de enfermedades transmisibles en la Región de las Américas. Nota conceptual. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 ag. 16 (citado 2020 sept. 6) Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/lepra

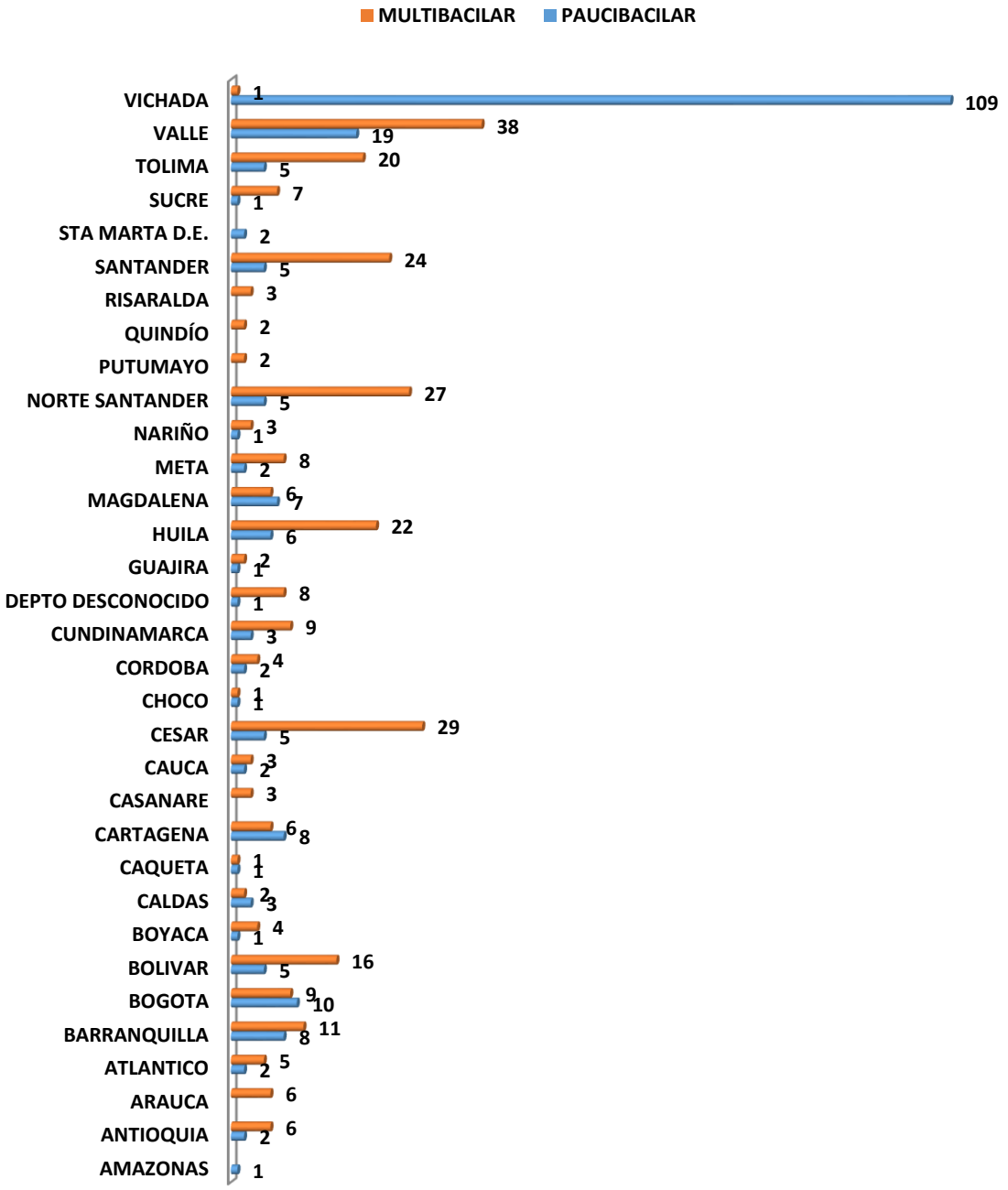
9. OPS. CD55-15 Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017 abr. 19 (citado 2020 sept. 6). Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/lepra

10. OPS. CD55.R9 - Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 oct. 16 (citado2020 sept. 6). Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/lepra

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta Integral de Atención en Salud para Lepra. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; (citado: 2020 sept. 7) Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/lepra.aspx

## 6. ANEXOS

Figura 1. Distribución de la clasificación bacteriológica por entidad territorial, Colombia, 2019




Fuente: SIVIGILA evento 450, 2019.

Tabla1. Distribución de los resultados de histopatología obtenidos durante la vigilancia de lepra, Colombia, 2019

| RESULTADO | NÚMERO | % |
|---|---|---|
| INDETERMINADA | 54 | 13,6 |
| TUBERCULOIDE | 63 | 15,9 |
| DIMORFA | 29 | 7,3 |
| LEPROMATOSA | 84 | 21,2 |
| NEURAL | 2 | 0,5 |
| OTRO DIAGNÓSTICO | 13 | 3,2 |
| EN BLANCO | 152 | 38,3 |
| TOTAL | **397** | **100** |

Fuente: SIVIGILA evento 450, 2019.