

INFORME DEL EVENTO

LEPRA COLOMBIA, 2020



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

INFORME DE EVENTO LEPROA, COLOMBIA, 2020

Claudia Lorena Pérez Clavijo.
Grupo de Micobacterias
Grupo Enfermedades Transmisibles
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 causada por una bacteria de crecimiento lento llamada *Mycobacterium leprae*, también conocida como Bacilo de Hansen el cual afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, las membranas mucosas de las vías respiratorias superiores y los ojos, su periodo de incubación promedio es de cinco años, pero los síntomas pueden tardar 20 años en presentarse.

Esta enfermedad está catalogada dentro de las Enfermedades infecciosas desatendidas (EID) las cuales se definen como enfermedades de origen infeccioso que en la actualidad persisten en las comunidades más pobres (1). Y puede afectar a todas las personas sin importar condiciones o factores como lo son: la raza o el sexo; su principal vector o reservorio es el ser humano por lo que su transmisión se liga en mayor porcentaje a la transmisión entre convivientes, que conjuntamente se encuentra asociado a los factores socioeconómicos en los cuales habitan.

Asimismo, la lepra se reconoce como una enfermedad de afección moderada y morbilidad baja en comparación con otras enfermedades transmisibles, cuyas exacerbaciones agudas de los signos y síntomas se producen durante el curso natural de la enfermedad, así como durante o después del tratamiento y estas resultan ser la consecuencia de la respuesta inmunitaria del organismo contra *M. leprae*, las cuales pueden afectar la piel, los nervios, los ojos o las extremidades. Si no se tratan o si se tratan de forma inadecuada, las reacciones pueden conducir a un deterioro grave de la función nerviosa y tras ello la progresión a discapacidades (2, 3).

Por consiguiente, el enfoque de atención y vigilancia deberá ser orientado principalmente a la reducción de discapacidades físicas progresivas y permanentes que puede afectar la calidad de vida de las personas y su desempeño en las diferentes áreas de desarrollo del ser humano, las cuales puede ser evitadas con un diagnóstico oportuno y el acceso a un tratamiento a tiempo.



En 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) (4).

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) (4).

Ahora bien, desde el contexto de EID se reconoce con datos de 2018, de más de 127 países en el mundo, más de 210 000 nuevos casos notificados cada año, de los cuales 15 000 son niños, con un 80 % de los casos en India, Brasil e Indonesia. Además, se han notificado casos de lepra en 24 países de las Américas, algunos con más de 100 casos por año: Argentina, Colombia, Cuba, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela (5).

La reducción del número de casos nuevos ha sido uniforme y paulatino 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 y 10 000 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 esfuerzo, el objetivo de eliminar la lepra como un problema de salud a nivel mundial se logró en el 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 (4).

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 (4).

En Colombia para el 2019 se notificaron 397 casos con un tasa de detección de lepra de 0,78 por 100 000 habitantes, encontrándose la mayor tasa en los departamentos de Huila



(2,43), Cesar (2,16) y Arauca (2,14); en evaluación del grado de discapacidad para el 2019 se presentó un aumento significativo en la notificación de este, logrando así reconocer la situación de la población notificada bajo el evento y el porcentaje de discapacidad en el cual se encontraban en el momento de la notificación, obteniendo resultados tales como discapacidad grado I con el 23,9 % (82/343) y para grado II el 9,3 % (32/343) (6).

De acuerdo con lo anterior, desde el Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen 2016-2025, en Colombia se continuará con el camino hacia la eliminación de la lepra, por esto es necesario recapitular lo mencionado anteriormente en donde se recalca la importancia de que los pacientes sean diagnosticados precozmente e inicien tratamiento oportunamente, y de igual manera accedan a una rehabilitación efectiva. en el cual la meta se orientará principalmente a no tener casos de niños diagnosticados con enfermedad de Hansen y reducir al mínimo el número de nuevos casos diagnosticados con discapacidad grado II(7).

Finalmente, el 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



El presente informe es un análisis descriptivo, retrospectivo y es la consolidación de los datos para la vigilancia epidemiológica en salud pública de la enfermedad de lepra. La fuente de información fue establecida a partir de los datos primarios derivados de la notificación individual del evento en el subsistema de información Sivigila.

La información consolidada y analizada correspondió a la totalidad de los registros notificados bajo el código 450 en Sivigila durante el 2020. Según lo establecido en el protocolo 2020 para el evento, los casos de lepra pueden ser clasificados inicialmente por laboratorio o por clínica; según la condición de ingreso en los cuales se destacan nuevo, recidiva o retratamiento y según la clasificación clínica las cuales podían ser paucibacilar (PB) o multibacilar (MB), grado de discapacidad y tipo de reacción.

La depuración de la base se realizó a través de unos pasos que permitieron identificar variables trazadoras para su análisis final. Durante la depuración realizada se determinó: la exclusión de los casos con ajuste 6 (descarte que puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio o 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) en consistencia de las variables con el análisis de 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.

Sumado a esto, para la elaboración de este se utilizó la estadística de tipo descriptivo con análisis univariado para describir persona, tiempo y lugar, con medidas estadísticas de tendencia central, frecuencia absoluta, relativa y tasas. De igual manera, 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 2018 a 2050 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Respecto a los indicadores establecidos en el protocolo del evento para el 2020, 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.

En adición 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 tuvo 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 con la notificación al sistema nacional de vigilancia en salud pública, durante el 2020 se registró un total de 249 casos notificados, de estos 16 presentaron ajustes por descartes de definición de caso y error de digitación (ajustes 6-D). y se identificaron 16 casos duplicados los cuales se excluyeron, obteniendo así un total de 217 casos confirmados de Lepra. Para el análisis de este informe se tuvo en cuenta un total de 215 casos, correspondientes a los pacientes residentes en el país.

Ahora bien, frente a la clasificación por tipo de caso, se encontró que 165 (76,74 %) fueron clasificados como confirmados por laboratorio y 50 (23,26 %) por clínica. La condición final de los casos fue de 212 casos vivos y 3 fallecidos.

Al mismo tiempo, el 66,52 % (143/215) correspondieron al sexo masculino y 33,48 % (72/215) en sexo femenino, por régimen de afiliación el 57,20 % (123/215) pertenece al régimen subsidiado y el 33,48 % (72/215) a régimen contributivo. Dentro de los grupos de edad notificados se notificaron casos entre los 12 y los 94 años, siendo el grupo de mayor porcentaje el de 65 años y más con un 24,65 % (53/215). Con relación a la pertenencia étnica se resalta que para la semana 53 no se notificaron casos de lepra en población indígena, el 3,2 % de los casos era afrocolombiano, el 0,9 % de los casos pertenecía a población rom, gitana. Frente a la distribución por área de ocurrencia se encontró que el 77,20 % (166/215) de los casos ocurrió en cabecera municipal, 9,30 % (20/215) en centros poblados y en centro poblado el 13,48 % (29/215) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución sociodemográfica de la lepra, semanas epidemiológicas 01 a 52, Colombia, 2020

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS	%
Sexo	Mujer	70	32,56
	Hombre	138	64,19
Grupo edad	10 a 14 años	1	0,47
	20 a 24 años	12	5,58
	25 a 29 años	16	7,44
	30 a 34 años	14	6,51
	35 a 39 años	13	6,05
	40 a 44 años	18	8,37
	45 a 49 años	17	7,91
	50 a 54 años	26	12,09
	55 a 59 años	23	10,70
	60 a 64 años	22	10,23
65 y más años	53	24,65	
Pertenencia étnica	Negro	7	3,26
	ROM, Gitano	2	0,93
	Otro	206	95,81
Tipo de régimen en salud.	Contributivo	73	33,95
	Especial	4	1,86
	Excepción	5	2,33
	Indeterminado / Pendiente	2	0,93
	No asegurado	8	3,72
	Subsidiado	123	57,21
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	166	77,21
	Centro poblado	20	9,30
	Rural Disperso	29	13,49

Fuente: INS, Sivigila, 2020.

Durante el 2020 de los casos analizados, se presentaron 7 casos con nacionalidad venezolana (3,25 %), el resto fueron colombianos (96,74 %). El 12,90% (26/215) de los casos fue hospitalizado por alguna condición.

Ahora bien, de acuerdo con el lugar de residencia el 91,2 % de los casos nuevos residen en 27 departamentos y el 7,8 % en 5 distritos, algunas entidades de residencia presentaron tasas por encima de la tasa nacional (0,4 por 100 000 habitantes), las mismas se encuentran semaforizadas en color rojo. De igual manera cabe resaltar que no todas las entidades territoriales realizaron notificación o presentaron casos entras estas se encuentran Amazonas, Chocó, Guainía, La Guajira, Guaviare, Vaupés y Vichada.

Los departamentos que presentaron el mayor número de casos notificados de lepra durante el 2020 fueron Valle del Cauca con el 20,46 % (44), Santander con el 12,55 % (27), Norte de Santander con el 8,83 % (19), Huila con el 7,90 % (17), Cesar y Tolima con el 5,58 % (12) casos por cada uno. El 81,1 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra durante el 2020 (tabla 2). El departamento de Arauca presentó la mayor tasa de detección de casos nuevos con 3,72 por 100 000 habitantes, seguido de San Andrés con 1,57, Huila con 1,51 y Norte de Santander con 1,2 por 100 000 habitantes (tabla 2).

Tabla 2. Tasa de detección de casos de lepra según entidad territorial de residencia, Colombia, 2020.

Entidad territorial de residencia	Casos detección por residencia	Tasa de detección por 100000 hab.	Casos nuevos	Recidivas	Reingreso o abandono
Amazonas	0	0,00	0	0	0
Antioquia	6	0,09	5	0	1
Arauca	8	2,72	6	1	1
Atlántico	3	0,21	3	0	0
Barranquilla	3	0,24	2	1	0
Bogotá. D.C	9	0,12	8	0	0
Bolívar	7	0,61	5	1	1
Boyacá	2	0,16	2	0	1
Buenaventura	1	0,32	1	0	0
Caldas	2	0,20	2	0	0
Caquetá	1	0,24	0	1	0
Cartagena	3	0,29	2	1	0
Casanare	1	0,23	0	0	1
Cauca	5	0,34	4	1	0
Cesar	12	0,93	9	2	1
Chocó	0	0,00	0	0	0
Córdoba	3	0,16	0	2	1
Cundinamarca	6	0,19	5	0	1
Guaviare	0	0,00	0	0	0
Huila	17	1,51	16	0	1
La Guajira	0	0,00	0	0	0



Entidad territorial de residencia	Casos de detección por residencia	Tasa de detección por 100000 hab.	Casos nuevos	Recidivas	Reingreso o abandono
Magdalena	4	0,45	4	0	0
Meta	6	0,56	5	0	1
Nariño	2	0,12	2	0	0
Norte de Santander	19	1,17	16	1	2
Putumayo	1	0,28	1	0	0
Quindío	1	0,18	1	0	0
Risaralda	2	0,21	2	0	0
Archipiélago de San Andrés	1	1,57	1	0	0
Santander	27	1,18	23	3	1
Santa. Marta	1	0,19	1	0	0
Sucre	6	0,63	4	0	2
Tolima	12	0,90	12	0	0
Valle del Cauca	44	1,04	36	8	0
Vaupés	0	0,00	0	0	0
Vichada	0	0,00	0	0	0
Colombia	215	0,43	178	22	15

Fuente: INS, Sivigila, 2020

Clasificación de los casos de lepra

El diagnóstico de la lepra es clínico y se pueden presentar lesiones cutáneas muy variadas e inespecíficas, por lo tanto 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 2020 al 94,42 % (203/215) se le realizó alguna o varias ayudas diagnósticas, entre estas encontramos la baciloscopia (65,58 %) con índices bacilares variados o biopsia (63,23 %) para complementar su clasificación de acuerdo al algoritmo diagnóstico..

Dentro del análisis y caracterización de los casos nuevos identificados, teniendo en cuenta la clasificación bacteriológica, se evidenció que el 65,6 % (141/215) presentaba una forma de lepra multibacilar lo que indica posibles fallas en el diagnóstico en etapas tempranas y el 17,2 % (37/215) en una forma paucibacilar.

De igual manera, frente a las tasas de incidencia por entidad territorial de residencia para Colombia la tasa de incidencia de casos paucibacilar estuvo en 0,07 por 100 000 habitantes y las entidades que superan esta tasa de acuerdo con los resultados de la tabla 3 son: Archipiélago de San Andrés, Huila, Valle del Cauca y Tolima. Frente a los casos de forma multibacilar encontramos una tasa nacional de 0,28 por 100 000 habitantes y las entidades que sobrepasan esta tasa son: Arauca, Valle del Cauca, Norte de Santander, Huila, Santander y Cesar (tabla 3). Los resultados de histopatología se pueden observar en el anexo 1.



Tabla 3. Tasas de incidencia de la clasificación bacteriológica de los casos de lepra por entidad de territorial de residencia, Colombia, 2020

Entidad territorial de residencia	Total, de casos nuevos con clasificación paucibacilar	Tasa x 100000	Total, de casos nuevos con clasificación multibacilar	Tasa x 100000
Amazonas	0	0,00	0	0,00
Antioquia	1	0,01	4	0,06
Arauca	0	0,00	6	2,04
Atlántico	2	0,14	1	0,07
Barranquilla	0	0,00	2	0,16
Bogotá, D.C	0	0,00	8	0,10
Bolívar	2	0,17	3	0,26
Boyacá	0	0,00	2	0,16
Buenaventura	0	0,00	1	0,32
Caldas	0	0,00	2	0,20
Caquetá	0	0,00	0	0,24
Cartagena	1	0,10	1	0,10
Casanare	0	0,00	0	0,00
Cauca	1	0,07	4	0,27
Cesar	0	0,00	11	0,85
Chocó	0	0,00	0	0,00
Córdoba	0	0,00	2	0,11
Cundinamarca	0	0,00	6	0,19
La Guajira	0	0,00	0	0,00
Guaviare	0	0,00	0	0,00
Huila	6	0,53	11	0,98
Magdalena	0	0,53	4	0,45
Meta	2	0,19	4	0,38
Nariño	2	0,12	0	0,00
Norte de Santander	1	0,06	17	1,05
Putumayo	0	0,00	1	0,28
Quindío	0	0,00	1	0,18
Risaralda	0	0,00	2	0,21
Archipiélago de San Andrés	1	1,57	0	0,00
Santander	3	0,13	20	0,88
Santa Marta	0	0,00	1	0,19
Sucre	2	0,21	2	0,21
Tolima	5	0,37	7	0,52
Valle del Cauca	8	0,41	28	1,42
Vaupés	0	0,41	0	0,00
Vichada	0	0,00	0	0,00
Colombia	37	0,07	141	0,28

Fuente: INS, Sivigila, 2020

Clasificación de los nuevos casos, 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 178 casos nuevos, el 15,16 % (27/178) presentó discapacidad grado I y el 14,04 % (25/178) grado II. De acuerdo con los casos notificados en 2020 se presentó un total de discapacidad al momento del diagnóstico de 28,9 %. Las entidades territoriales de residencia con el 100 % de discapacidad de acuerdo con los casos notificados fueron: Putumayo, Santa Marta y Buenaventura.

Tabla 4. Distribución de los casos nuevos notificados de acuerdo con el grado de discapacidad, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2020

Entidad territorial de residencia	Casos nuevos	Total, de casos con discapacidad grado I	Tasa x 100.000	Total, de casos con discapacidad grado II	Tasa x 100.000
Amazonas	0	0	0,00	0	0,00
Antioquia	5	1	0,01	1	0,01
Arauca	6	3	1,02	0	0,00
Atlántico	3	0	0,00	0	0,00
Barranquilla	2	1	0,08	1	0,08
Bogotá, D.C.	8	2	0,03	1	0,01
Bolívar	5	1	0,09	1	0,09
Boyacá	2	1	0,08	0	0,00
Buenaventura	1	0	0,00	1	0,32
Caldas	2	0	0,00	0	0,00
Caquetá	0	0	0,00	0	0,00
Cartagena	2	0	0,00	0	0,00
Casanare	0	0	0,00	0	0,00
Cauca	4	0	0,00	2	0,13
Cesar	9	2	0,15	2	0,15
Chocó	0	0	0,00	0	0,00
Córdoba	0	0	0,00	0	0,00
Cundinamarca	5	0	0,00	1	0,03
Guainía	0	0	0,00	0	0,00
La Guajira	0	0	0,00	0	0,00
Guaviare	0	0	0,00	0	0,00
Huila	16	3	0,27	0	0,00
Magdalena	4	1	0,11	1	0,11
Meta	5	0	0,00	1	0,09
Nariño	2	0	0,00	0	0,00
Norte de Santander	16	3	0,19	3	0,19
Putumayo	1	0	0,00	0	0,00
Quindío	1	1	0,18	1	0,18



Entidad territorial de residencia	Casos nuevos	Total, de casos con discapacidad grado I	Tasa x 100.000	Total, de casos con discapacidad grado II	Tasa x 100.000
Risaralda	2	0	0,00	0	0,00
Archipiélago de San Andrés	1	0	0,00	0	0,00
Santander	23	2	0,09	2	0,09
Santa. Marta	1	1	0,19	0	0,00
Sucre	4	1	0,11	2	0,21
Tolima	12	0	0,00	0	0,00
Valle del Cauca	36	4	0,20	5	0,25
Vaupés	0	0	0,00	0	0,00
Vichada	0	0	0,00	0	0,00
Colombia	178	27	0,05	25	0,05

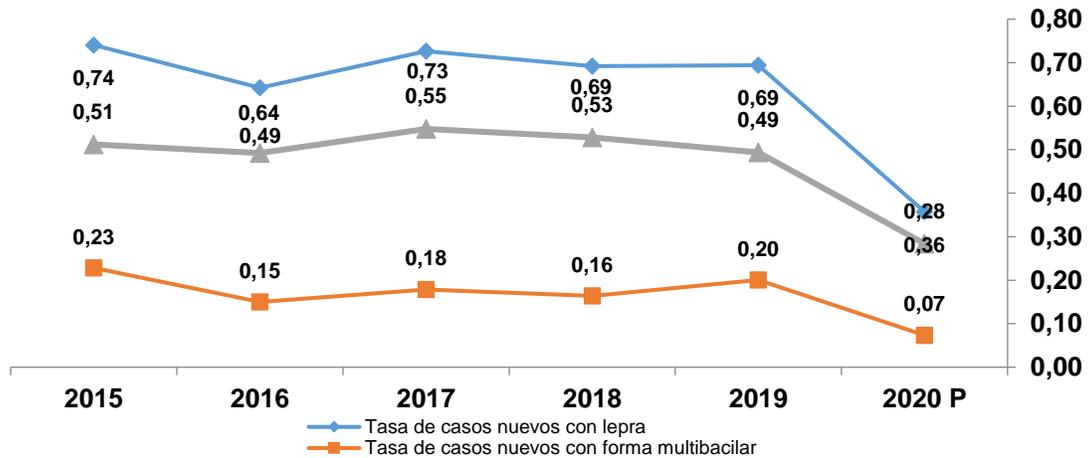
Fuente: INS, Sivigila, 2020.

Durante el 2020 se reportaron al sistema de vigilancia de lepra 51 reacciones lepróticas, 34 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 17 reacciones tipo II, las cuales se manifiestan con el empeoramiento de las lesiones establecidas y la presencia de nódulos inflamatorios difusos denominados eritemas nudosos, así como fiebre, malestar general, adinamia, mialgias, artralgias, neuritis, linfadenopatías y hepatomegalia.

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 2015 a 2020 se refleja una disminución en la notificación de casos nuevos pasando de una incidencia promedio de 0,69 a 0,28 como se muestra en la figura 1.

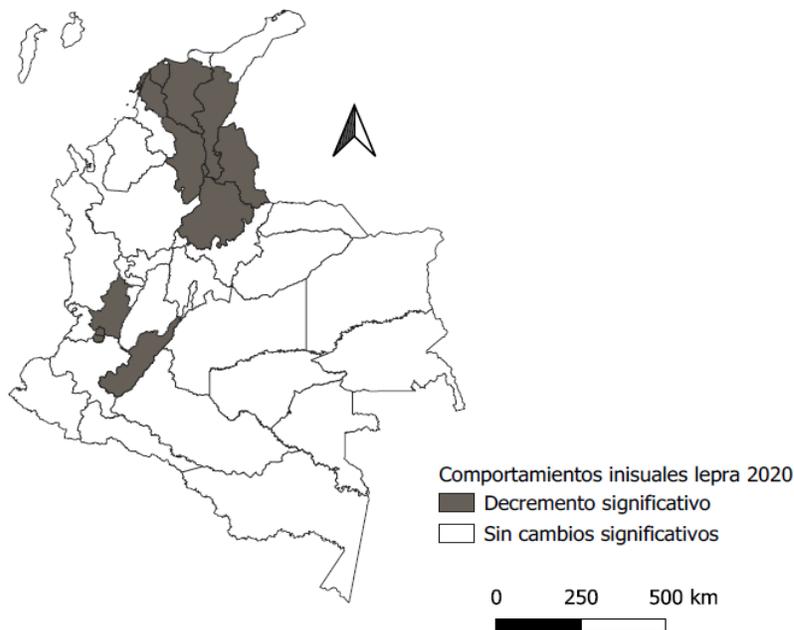
Figura 1. Comportamiento de la notificación de casos nuevos de lepra y clasificación de este por año en Colombia, 2015 a 2020



Fuente: INS, Sivigila, 2020.

Al realizar el análisis de los comportamientos inusuales de lepra para el 2020, se presentó un decremento en Atlántico, Bolívar, Cesar, Magdalena, Norte de Santander, Santander, Huila y Valle del Cauca.

Figura 2. Variaciones en las entidades territoriales respecto al promedio de casos de lepra, Colombia, 2015 a 2020



Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

En la tabla 5 se consolidan los indicadores claves contemplados por el protocolo y el lineamiento de vigilancia para este evento. Se anexa tabla del compartimento de los indicadores por departamento (anexo 2).

Tabla 5. Indicadores de lepra, Colombia, 2020

Nombre del indicador	Numerador	Denominador	Resultado Tasa por 100 000 habitantes
Tasa de detección de casos de lepra por residencia	215	50.372.424	0,43
Tasa de detección de casos nuevos de lepra paucibacilar	37	50.372.424	0,07
Tasa de detección de casos nuevos de lepra multibacilar	141	50.372.424	0,28
Porcentaje de casos nuevos de lepra con discapacidad grado I	27	178	15,17
Porcentaje de casos nuevos de lepra con discapacidad grado II	25	178	14,04
Tasa de discapacidad grado II	25	50.372.424	0,05

Fuente: INS, Sivigila, 2020.

Comportamiento de la lepra y el COVID- 19 en 2020.

En 2020 enfrentarse a una pandemia de una enfermedad genero todo tipo de resultado y para el caso de la lepra se produjo un descenso en la notificación del evento significativamente el seguimiento de estos pacientes, la búsqueda activa de casos y el seguimiento de contactos y convivientes.

De acuerdo a lo anterior y posterior revisión de casos notificados al evento 450 y que presentaron conjuntamente la enfermedad por COVID -19 en 2020 se presentaron 13 casos los cuales fueron notificados en los periodos epidemiológicos del VI al XIII, en las entidades territoriales de: Arauca, Bogotá, Cartagena, Cauca, Huila, Santander, Tolima y Valle del Cauca, presentando una mayor incidencia de casos en los departamentos de Santander y Huila con un total de 3 casos cada uno para un total de 23,1%. Así mismo se presentaron 4 casos de hospitalización en los periodos epidemiológicos XI, XII y XIII en los departamentos de Cartagena, Huila y Valle del Cauca, de estos fallecieron 3 casos por COVID 19 entre los periodos XII y XIII en los departamentos de Cartagena, Huila y Valle del Cauca.

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 sino también de su familia, generando afectación en las diferentes esferas de desarrollo del paciente e impacto en costos en el sistema de atención en salud (8).

El modo de transmisión de la lepra es por contacto estrecho durante largos periodos y se disemina a través de la 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 su periodo de incubación y ser transmisible 4 años para la lepra tuberculoide y 8 años para la lepra lepromatosa (4, 9).

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 lepróticas 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 (6, 8).

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 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 cicatriz y un refuerzo 6 meses más tarde (4, 10).

De acuerdo con esto es importante reconocer el pilar de una atención integral en los pacientes con lepra, donde se fomente principalmente el acceso a los servicios de atención de manera oportuna, el cual se oriente en pro de brindar un tratamiento y rehabilitación oportuna. Y así mismo ofrezca la atención y seguridad frente a los temas de estigma y discriminación que puede desencadenar esta enfermedad en el individuo, familia y comunidad (5, 8).

En el análisis realizado a la base de lepra 2020, se encontró una mayor proporción en hombres que en mujeres y debe prestarse atención a los 11 de grupo de edad, en espacial



el de 10 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 (12). Durante el 2020 no se presentaron casos en menores de 10 años.

Como se describió en este documento la enfermedad de Hansen puede darse en cualquier pertenencia étnica como se ha visto en los informes mundiales y regionales (pero es de interés la afectación que pueda presentarse en grupos afro e indígenas). Para el 2020 no se presentó notificación de casos en población indígena.

Es así como para el año inmediatamente anterior los casos nuevos estuvieron en 343 y para el 2020 fueron 217 casos, la tasa de detección para este año fue de 0,42 por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales con las tasas de detección más altas son: Arauca, Huila y Santander. 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 (12) y teniendo presente las necesidades de mejorar las actividades del Proceso vigilancia y análisis del riesgo en salud pública informe de evento Versión: 04 2019 05 31 Página 13 de 16 FOR-R02.4000-001 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 (10).

En el 2019 se presentaron 343 casos nuevos, 42 recidivas y 12 retratamientos, lo que nos lleva en 2020 a un decremento importante que se asocia principalmente a la disminución en la notificación de casos. 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 por 10 000 habitantes (9, 11).

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 Colombia priorizó y estableció la siguiente meta: Disminuir la discapacidad severa (discapacidad grado II) 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 II en el 2022. De igual manera, reducir a menos del 7 % los casos con discapacidad grado II 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 a través del trabajo conjunto implementado por la ruta de atención integral (6, 10).

Ahora bien, analizando el contexto nacional de pandemia de COVID-19, la mayoría de los esfuerzos se centraron en el abordaje del mismo y muchas acciones quedaron un poco sueltas, la lepra no fue ajena a esta situación y para 2020 hubo un descenso en el número de casos de acuerdo a lo notificado en 2019, dicha hipótesis se refleja principalmente en el comportamiento de la notificación por periodos epidemiológicos de acuerdo con los picos presentados en el país, especialmente para el periodo epidemiológico número V.

Si bien la lepra es una enfermedad que se considera una enfermedad infecciosa desatendida (EID) por su bajo impacto y de mayor presentación en contexto de vulnerabilidad mayor o extrema dado los factores de riesgo, anteriormente mencionados, ahora la desde vigilancia se recomienda pensar en las alertas por medio de BAI las cuales pueden darnos una visión del contexto a tiempo para el manejo integral y el abordaje de la situación de salud en tiempo real y de acuerdo a la necesidad del contexto en los cuales se podrían desarrollar los posibles casos.

En ese orden de ideas, y a pesar de las condiciones en el 2020 no podemos olvidar la cronicidad de la lepra, la importancia de su intervención, diagnóstico y rehabilitación oportuna para mantener la calidad de vida de los pacientes, su familia, la comunidad y el impacto de estos en los costos del sistema. No obstante, es importante recordar que en la actualidad no se cuenta con una asociación directa o dinámica de coinfección con dicho virus, por esto no se podría realizar un análisis a profundidad sobre la relación entre la cronicidad de la lepra y la presentación de COVID-19 en los pacientes. pero de acuerdo con lo indicado en los apartados anteriores las alertas que nos podrían arrojar los contextos de vulnerabilidad pueden generar estrategias de autocuidado y manejo oportuno de posibles casos.

Por lo tanto y basados en las cifras observadas anteriormente resulta necesario evaluar los contextos de los casos, examinar a los convivientes de los pacientes notificados con lepra, evaluar conductas o posibles riesgos latentes que podrían desencadenar situaciones en los diferentes contexto de cada caso, por ende se recomienda establecer mesas de trabajo que aseguren la búsqueda de sintomáticos de piel, el abordaje integral y diferencial del mismo; la educación en el autocuidado de acuerdo al reconocimiento de las necesidades de los pacientes, su familia y la comunidad pues la condición de vulnerabilidad nos brinda una orientación temprana y una necesidad de intervenir riesgos de manera oportuna y evitar el subregistro de los mismos.



5. REFERENCIAS



1. Figueroa G, Elizabeth S, Yesenia K. Crea Ciencia Revista , Actualización en lepra: epidemiología, fisiopatología, clasificación, diagnóstico y tratamiento. [Internet]. (citado 2021 my. 25); 13:0–2. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/10465>
2. Valiente Hernández Yamila, Hernández Moya Mavis ,Costos directos e indirectos del diagnóstico y tratamiento de pacientes con lepra. [Internet]. 2016 (citado: 2021 my. 25); 20(3): 299–305. Disponible en [:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192016000300004&script=sci_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192016000300004&script=sci_arttext&lng=pt)
3. World Health Organization. Lepra/Enfermedad de Hansen: Manejo de reacciones y prevención de discapacidades [Sitio virtual]. Ginebra: WHO; (citado 2021 my. 25). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340710>
4. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives [Sitio virtual]. Ginebra: WHO; 2020 (citado 2021 my. 25); 2016(36): 417–40. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9536>
5. OMS. Combatir la lepra, acabar con el estigma y advocar por el bienestar mental es el tema de 2021 del Día Mundial contra la Lepra [Internet]. Ginebra: OMS; (citado 2021 my. 25). Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/22-1-2021>
6. Izquierdo-Charry VF.. Informe del evento lepra, Colombia, 2019 Bogotá: INS; 2019 (citado 2021 my. 26). 20 p. Disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LEPRA_2019.pdf.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2015 (citado 2021 my. 25). 45 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Plan-strategico-enfermedad-hansen-2016-2025.pdf>
8. Fadul-Pérez SE. Informe de evento lepra, Colombia, 2018. Bogotá: INS; 2019; (citado 2021 my. 25). 17 p. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LEPRA_2018.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. 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 [Internet]. Washington: OPS; 2019 (citado 2021 my. 25). Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50599-cd57-r7-s-iniciativa-eliminacion-enfermedades&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Lepra o enfermedad de Hansen [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021 (citado 2021 my. 25). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/lepra.aspx>
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la lepra 2016 – 2020 Manual operativo [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 (citado 2021 my. 25). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250119/9789290225591-Spa.pdf?sequence=10>

6. ANEXOS

Anexo 1. Distribución de los resultados de histopatología obtenidos durante la vigilancia de lepra, Colombia, 2020

Resultado biopsia	Casos	%
No reportan Biopsia	81	37,67
Indeterminada	15	6,98
Tuberculoide	33	15,35
Dimorfa	24	11,16
Lepromatosa	50	23,26
Neural	1	0,47
Otro diagnostico	11	5,12
Total, general	215	100

Fuente: INS, Sivigila, 2020.

Anexo 2. Indicadores de lepra por entidad territorial en Colombia, 2020

Entidad territorial de residencia	Tasa de detección de casos de lepra por residencia x 100.000	Tasa de detección de casos nuevos de lepra paucibacilar x 100.000	Tasa de detección de casos nuevos de lepra multibacilar x 100.000	Total, de casos notificados con discapacidad grado I	Tasa x 100.000	Total, de casos notificados con discapacidad grado II	Tasa x 100.000
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
Antioquia	0,09	0,01	0,06	1	0,01	1	0,01
Arauca	2,72	0,00	2,04	3	1,02	0	0,00
Atlántico	0,21	0,14	0,07	0	0,00	0	0,00
Barranquilla	0,24	0,00	0,16	1	0,08	1	0,08
Bogotá, D.C.	0,12	0,00	0,10	2	0,03	1	0,01
Bolívar	0,61	0,17	0,26	1	0,09	1	0,09
Boyacá	0,16	0,00	0,16	1	0,08	0	0,00
Buenaventura	0,32	0,00	0,32	0	0,00	1	0,32
Caldas	0,20	0,00	0,20	0	0,00	0	0,00
Caquetá	0,24	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
Cartagena	0,29	0,10	0,10	0	0,00	0	0,00
Casanare	0,23	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00

Entidad territorial de residencia	Tasa de detección de casos de lepra por residencia x 100.000	Tasa de detección de casos nuevos de lepra paucibacilar x 100.000	Tasa de detección de casos nuevos de lepra multibacilar x 100.000	Total, de casos notificados con discapacidad grado I	Tasa x 100.000	Total, de casos notificados con discapacidad grado II	Tasa x 100.000
Cauca	0,34	0,07	0,20	0	0,00	2	0,13
Cesar	0,93	0,00	0,69	2	0,15	2	0,15
Chocó	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
Córdoba	0,16	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
Cundinamarca	0,19	0,00	0,15	0	0,00	1	0,03
Guainía	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
La Guajira	1,51	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
Huila	0,45	0,53	0,89	3	0,27	0	0,00
Magdalena	0,56	0,00	0,45	1	0,11	1	0,11
Meta	0,12	0,19	0,28	0	0,00	1	0,09
Nariño	1,17	0,12	0,00	0	0,00	0	0,00
Norte de Santander	0,28	0,06	0,93	3	0,19	3	0,19
Putumayo	0,18	0,00	0,28	0	0,00	0	0,00
Quindío	0,21	0,00	0,18	1	0,18	1	0,18
Risaralda	1,57	0,00	0,21	0	0,00	0	0,00
San Andrés Islas	1,18	1,57	0,00	0	0,00	0	0,00
Santander	0,19	0,13	0,88	2	0,09	2	0,09
Santa Marta	0,63	0,00	0,19	1	0,19	0	0,00
Sucre	0,90	0,21	0,21	1	0,11	2	0,21
Tolima	1,04	0,37	0,52	0	0,00	0	0,00
Valle del Cauca	0,00	0,41	1,42	4	0,20	5	0,25
Vaupés	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
Vichada	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
PAÍS	0,43	0,07	0,28	27	0,05	25	0,05

Fuente: INS, Sivigila, 2020.