 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 1 de 21 Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

Situación de la lepra según Sivigila, Colombia Semanas 1 a 52 de 2011-Cierre

Elaboro:
Diana Marcela Castillo

Reviso:
Santiago Elias Fadul
Grupo Micobacterias ^a

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa causada por el **Micobacterium leprae**, su manifestación es de tipo crónico y presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas en la piel y los nervios periféricos. Esta enfermedad que en gran parte del mundo se considera erradicada, aun existen zonas y países donde se considera endémica. Durante la última década, el control de la Lepra se ha enfocado en la detección oportuna de nuevos casos y el suministro de poliquimioterapia (PQT), la implementación de servicios especializados en la atención y manejo de discapacidades y en el seguimiento a los contactos.

A continuación se describen algunos de los aspectos a evaluar frente al comportamiento de la Lepra en Colombia de acuerdo a los datos de la notificación realizada por las unidades generadoras de datos en cada una de las entidades territoriales del país.

Antecedentes

En el boletín epidemiológico n°36 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 2 de Septiembre de 2011, se señala que cerca de 130 países y territorios, 36 países de la región de África, 27 de las Américas, 10 de Asia sur-oriental, 22 del mediterráneo oriental y 35 de la región del Pacífico Occidental notificaron casos de Lepra a nivel mundial. El número de casos nuevos registrados para el año 2010 fue de 228474 y el número de casos prevalentes registrados para este mismo año durante el primer trimestre del año 2011 fue de 192246.

Tabla 1 Prevalencia de Lepra registrada y número de casos nuevos detectados por regiones de la OMS, principios de 2009.


REGIONES OMS	Prevalencia registrada a principios de 2011 a	Casos nuevos detectados 2010 b
África	22 111 (0,38)	25 345 (3,53)
Américas	33 953 (0,38)	37 740 (4,25)
Sur este asiático	113 750 (0,64)	156 254 (8,77)
Oriente Mediterráneo	9 046 (0,17)	4080 (0,67)
Pacífico Occidental	8386 (0,05)	5055 (0,28)
Total	192 246 (0,34)	228 274 (3,93)

a Número de casos (tasa por 10 000 habitantes).

b Número de casos (tasa por 100 000 habitantes).

Fuente: Boletín epidemiológico n°36 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 2 de Septiembre de 2011^b

^a Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 2 de 21 Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

Recientemente, la OMS ha señalado que la incidencia de lepra se ha reducido sustancialmente, pero en el futuro seguirán apareciendo nuevos casos en la mayoría de los países donde actualmente la enfermedad es endémica. En este reporte Colombia para el año 2010 registro 558 casos prevalentes, 295 casos nuevos de los cuales de los 198 multibacilares, 9 casos nuevos en niños, 27 casos con grado de discapacidad 2 y 55 casos reportados como recidivas.

En Colombia, la Lepra es un tema de preocupación debido a que la drástica disminución de casos, que ha generado en el personal de salud mayores dificultades en la identificación y adecuada canalización de los casos. Algunos casos se detectan después de años, cuando los pacientes presentan algún grado de discapacidad. Por esto los actores del sistema de atención en salud deben desarrollar estrategias para la detección temprana y el tratamiento oportuno a los pacientes con enfermedad de Hansen.

Objetivo

Realizar el análisis del comportamiento de la Lepra en Colombia desde la semana epidemiológica 1 hasta la semana 52 del año 2011.

Materiales y Métodos

Este informe se elaboro con base en datos suministrados por la notificación realizada semanalmente al SIVIGILA. Se realiza un análisis descriptivo-retrospectivo de las variables en cuanto a persona, tiempo y lugar, se utiliza como herramientas para el análisis Microsoft Office Excel. Previo al análisis de los datos se realizó una depuración de la base de datos con el fin de verificar la calidad de los mismos y eliminar los registros que se encuentren repetidos o duplicados.

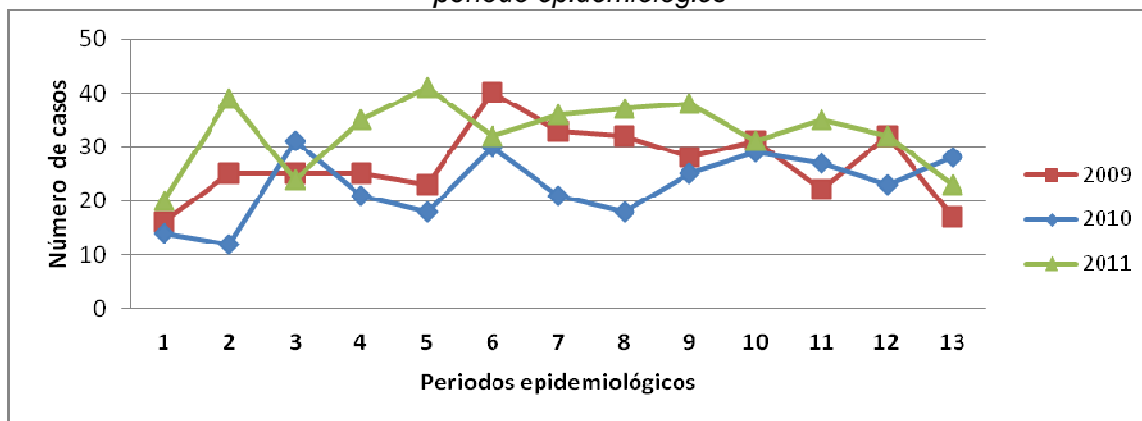
Hallazgos

Comportamiento de la notificación

De acuerdo a la información de la base Sivigila, hasta la semana 52 de 2011, **434** casos fueron notificados como lepra de los cuales se descartaron 11 casos, para el análisis del evento se tomaran **423 casos** como confirmados. De estos casos el 84,2% (325 casos) se confirmaron por laboratorio y 15,8% (61 casos) fueron confirmados por clínica.

De los **423** casos de lepra confirmados reportados al Sivigila el **82,7%** corresponden a casos nuevos y el **17,2 %** a recidivas.

Figura 1 Comportamiento de la notificación de casos de Lepra – Sivigila 2009-2011 por periodo epidemiológico




Fuente: Sivigila 2009-2011

En la figura 1 se muestra el comportamiento de la notificación de casos de lepra por periodos epidemiológicos, el promedio de casos notificados hasta el periodo 13 en el 2010 fue de 22,8 casos, mientras que para el año 2011 el promedio presentado hasta el mismo periodo ha sido de 27,3 casos por periodo epidemiológico. Comparando el comportamiento por periodo epidemiológico del año 2011 con el año 2010 se puede observar que se ha presentado un aumento en el número de los casos notificados al Sivigila a excepción de los periodos 1, 3, y 13 donde se observan las notificaciones más bajas del año.

Tabla 2. Casos de lepra por entidad territorial de notificación Colombia, semanas 1- 52 de 2011

Entidad territorial	Total Casos Reportados	% de total de casos	Total Casos Descartados
Amazonas	5	1,15	1
Antioquia	14	3,23	2
Arauca	14	3,23	0
Atlántico	13	3,00	0
Barranquilla	13	3,00	0
Bogotá	34	7,83	0
Bolívar	23	5,30	0
Boyacá	5	1,15	0
Caldas	5	1,15	0
Caquetá	2	0,46	0
Cartagena	13	3,00	0
Casanare	1	0,23	0
Cauca	5	1,15	0
Cesar	23	5,30	0
Choco	1	0,23	0
Córdoba	7	1,61	0
Cundinamarca	5	1,15	0

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 4 de 21
		REG-R02.001.4400-001	Versión N° 00
			Fecha próxima revisión: 2011/07

La Guajira	4	0,92	0
Huila	35	8,06	1
Magdalena	17	3,92	0
Meta	10	2,30	0
Nariño	2	0,46	0
Norte Santander	58	13,36	1
Quindío	1	0,23	0
Putumayo	5	1,15	1
Risaralda	8	1,84	1
San Andres	2	0,46	0
Santander	38	8,76	0
Santa Marta	5	1,15	1
Sucre	11	2,53	3
Tolima	15	3,46	0
Valle del Cauca	39	8,99	0
Vichada	1	0,23	0
Total Pais	434	100	11

Fuente: INS, Sivigila individual 2011

Los departamentos que presentan el mayor reporte de casos de lepra son los departamentos de Norte de Santander 13,3% (58 casos), Valle del Cauca 8,99% (39 casos) y Santander 8,7 % (38 casos).

Comportamiento de los casos de Lepra


Incidencia de Lepra

De acuerdo a lo reportado al Sivigila, **350** casos corresponden a casos nuevos de lepra, la incidencia para el país presentada al periodo 13 de 2011 es de 0,76 casos por 100.000 habitantes. Se registra 73 recidivas.

Comparando las entidades territoriales entre sí de acuerdo a la tasa de incidencia, encontramos que los departamentos que presentan mayor incidencia de la enfermedad son Arauca (5,19 casos por 100000 habitantes); Norte de Santander (3,28 casos por 100000 habitantes), Amazonas (2,75 casos por 100000 habitantes), San Andres (2,71 casos por 100000 habitantes) y Huila (2,55 casos por 100000 habitantes). Sin embargo los departamentos que reportan el mayor número de casos son Norte de Santander Valle y Huila como se muestra en la tabla 2.

De las 36 entidades territoriales hasta el momento 33 han presentado casos de lepra de acuerdo al lugar de residencia, es decir el 91,6 % del país ha notificado casos para el periodo 13 del año. Las entidades territoriales que no han presentado casos residentes de lepra son Guaviare, Guainía y Vaupés. Es importante resaltar que entidades territoriales que han permanecido en silencio epidemiológico en años anteriores, este año empiezan a detectar y notificar casos como por ejemplo los departamentos de Putumayo, San Andres, Amazonas y La Guajira

Tabla 3. Casos de lepra por ente territorial de residencia.


 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 5 de 21
		REG-R02.001.4400-001	Versión N° 00
			Fecha próxima revisión: 2011/07

Colombia, semanas 1- 52 de 2011

Entidad territorial	Total Casos confirmados	Casos Nuevos	Tasa de Incidencia por 100000 habitantes	Recidivas
Amazonas	4	2	2,75	2
Antioquia	12	10	0,16	2
Arauca	14	13	5,19	1
Atlántico	14	13	1,13	1
Barranquilla	11	11	0,92	0
Bogotá	27	19	0,25	8
Bolívar	28	23	2,20	5
Boyacá	4	4	0,32	0
Caldas	5	5	0,51	0
Caquetá	2	1	0,22	1
Cartagena	10	10	1,05	0
Casanare	2	2	0,60	0
Cauca	5	2	0,15	3
Cesar	24	23	2,35	1
Choco	1	1	0,21	0
Córdoba	7	6	0,37	1
Cundinamarca	9	8	0,32	1
La Guajira	4	3	0,35	1
Huila	34	28	2,55	6
Magdalena	16	13	1,72	3
Meta	10	9	1,01	1
Nariño	2	1	0,06	1
Norte Santander	56	43	3,28	13
Putumayo	1	1	0,30	0
Quindío	5	3	0,54	2
Risaralda	5	5	0,54	0
San Andrés	2	2	2,71	0
Santander	36	32	1,58	4
Santa Marta	4	4	0,88	0
Sucre	8	8	0,98	0
Tolima	18	14	1,01	4
Valle del Cauca	41	30	0,68	11
Vichada	1	1	1,53	0
Exterior	1	0	0,00	1
Total País	423	350	0,76	73

Fuente: INS, Sivigila individual 2011.

De los **350** casos nuevos de lepra reportados se presentaron 13 casos en menores de 15 años, un caso correspondiente al departamento de Antioquia, un caso al distrito de Barranquilla, dos al distrito de Bogotá, tres casos en el departamento de Cesar, un caso del departamento Norte de Santander, un caso de San Andrés y Providencia y dos casos al departamento de Santander. La incidencia en este grupo de edad para este periodo es de 0,10 casos por 100000 habitantes menores de 15 años, sin embargo la incidencia mas alta reportada en el país en el grupo de menores de 15 años es del departamento de San Andrés, específicamente de la isla de providencia.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 6 de 21
		REG-R02.001.4400-001	Versión N° 00 Fecha próxima revisión: 2011/07

Es importante señalar que el departamento de San Andrés no ha tenido reporte de casos en los últimos cuatro años, este caso fue detectado en una consulta realizada de manera particular en la ciudad de barranquilla, aunque el caso no presenta en este momento ningún grado de discapacidad, llama la atención que se trata de un caso multibacilar, lo que indica por un lado detección tardía y la presencia de otros posibles casos; en la investigación de campo realizada por el departamento se detecto el otro caso reportado, de tal manera que aquellos departamentos que permanecen en silencio epidemiológico ante este evento deben incrementar y mejorar las estrategias de captación de casos, la falta de vigilancia frente al evento puede indicar fallas en la búsqueda de casos y debilidades del personal de salud para la identificación, diagnóstico y manejo de los casos de lepra.

Tabla 4. Tasas de Incidencia de lepra en menores de 15 años por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2011

Entidad territorial	Número de Casos	Tasa de Incidencia
Antioquia	1	0,06
Barranquilla	1	0,32
Bogotá	2	0,11
Cesar	3	0,90
Norte de Santander	1	0,25
San Andrés	1	5,14
Santander	4	0,76
Total País	13	0,10

Fuente: INS, Sivigila individual 2011.

En cuanto a la distribución de casos de acuerdo al sexo se tiene que de los 423 casos, 139 son mujeres es decir el 32,8% y 284 casos son hombres 67,13%, en cuanto a la incidencia de acuerdo al sexo se encuentra que la incidencia más alta se presenta en el grupo de hombres 1,03 casos por 100.000 hombres, mostrando un comportamiento similar en cada una de las entidades territoriales a excepción del departamento del Huila donde la incidencia mas alta es en el grupo de mujeres.



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 7 de 21
		REG-R02.001.4400-001	Versión N° 00
			Fecha próxima revisión: 2011/07

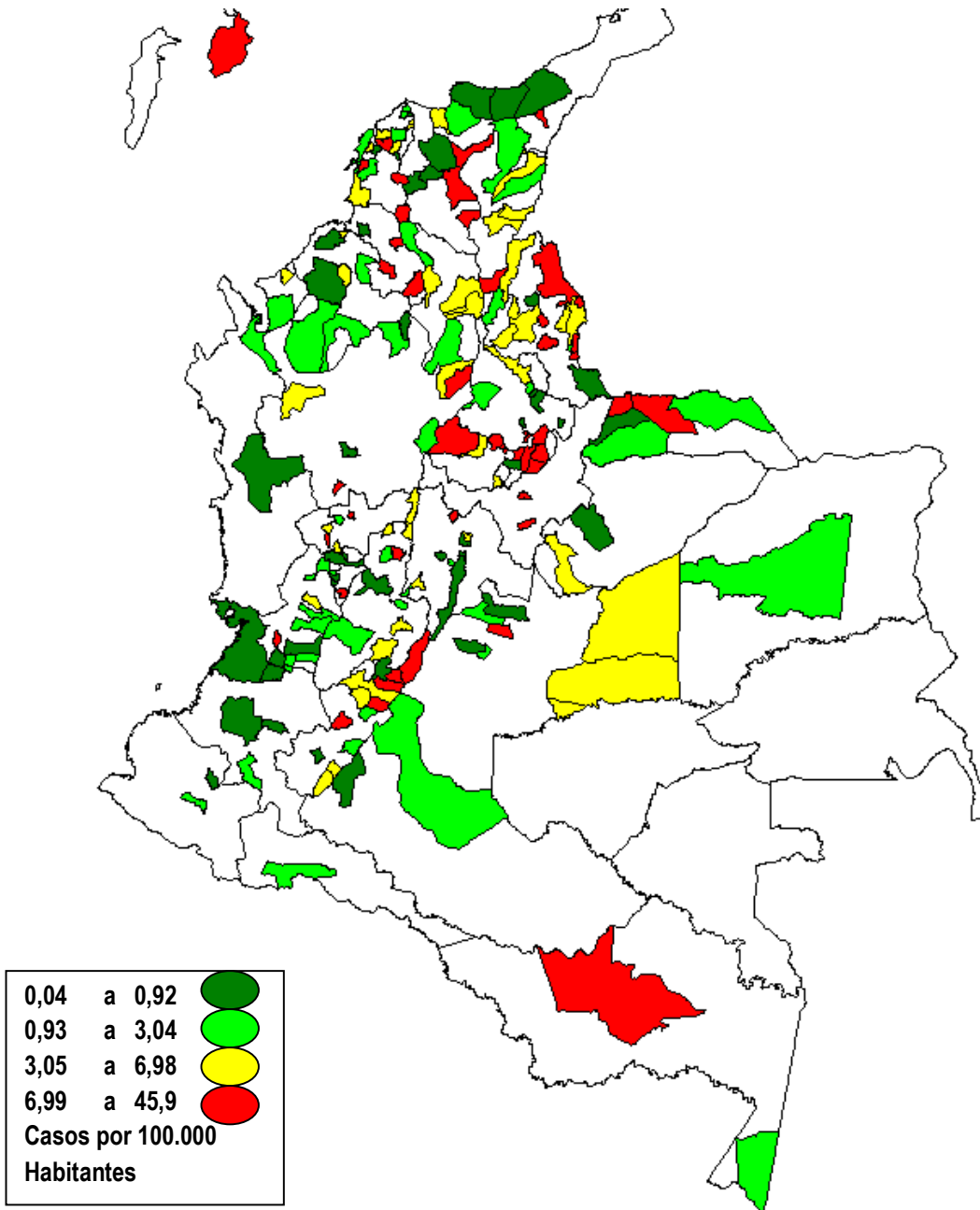
Tabla 5. Tasas de Incidencia de lepra de acuerdo al sexo por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2011

Entidad territorial	Casos Mujeres	Tasas de Incidencia	Casos Hombres	Tasas de Incidencia
Amazonas	0	0,00	2	5,42
Antioquia	2	0,06	8	0,27
Arauca	5	4,03	8	6,33
Atlántico	5	0,87	8	1,38
Barranquilla	3	0,49	8	1,38
Bogotá	10	0,26	9	0,25
Bolívar	5	0,99	18	3,33
Boyacá	0	0,00	4	0,63
Caldas	1	0,20	4	0,83
Caquetá	0	0,00	1	0,44
Cartagena	2	0,40	8	1,74
Casanare	0	0,00	2	1,19
Cauca	0	0,00	2	0,30
Cesar	6	1,22	17	3,48
Choco	0	0,00	1	0,42
Córdoba	1	0,12	5	0,62
Cundinamarca	1	0,08	7	0,56
La Guajira	0	0,00	3	0,72
Huila	15	2,74	13	2,36
Magdalena	2	0,55	11	2,81
Meta	2	0,45	7	1,57
Nariño	1	0,12	0	0,00
Norte Santander	19	2,88	24	3,70
Putumayo	0	0,00	1	0,60
Quindío	1	0,36	2	0,74
Risaralda	2	0,42	3	0,66
San Andrés	1	2,69	1	2,72
Santander	10	0,98	22	2,20
Santa Marta	1	0,43	3	1,36
Sucre	2	0,50	6	1,45
Tolima	6	0,87	8	1,14
Valle del Cauca	14	0,61	16	0,74
Vichada	0	0,00	1	3,01
Total País	117	0,50	233	1,03


Fuente: INS, Sivigila individual 2011.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 8 de 21 Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

Mapa 1 Tasa de Incidencia de Lepra por municipio de residencia
Colombia Semana 1-52 de 2011



Fuente: INS, Sivigila individual 2011.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 9 de 21 Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

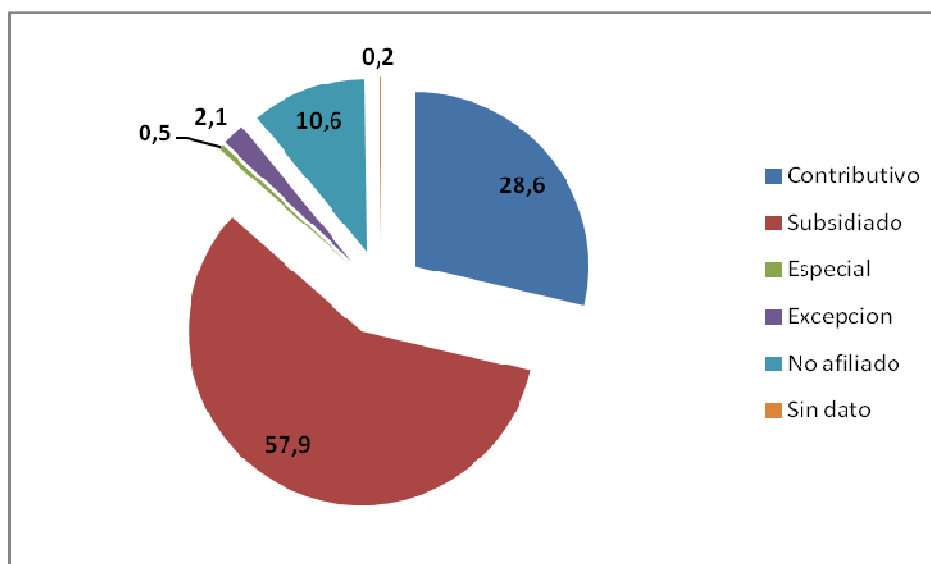
Hasta la semana 52 del presente año 192 municipios del país han presentado casos de lepra, identificados por lugar de residencia, es decir aproximadamente 17 % de los municipios del país tienen casos residentes de pacientes con enfermedad de Hansen. Los municipios con las incidencias más altas son: Mogotes - Santander (49,9 casos por 100000 habitantes), Zetaquirá - Boyacá (41,8 casos por 100000 habitantes), Providencia – san Andrés (40,1 casos por 100000 habitantes), Encino - Santander (38,9 casos por 100000 habitantes), Puerto Santander (CD) - Amazonas (37 casos por 100000 habitantes) y Contratación - Santander (27 casos por 100000 habitantes)

Aseguramiento en Salud


De acuerdo al régimen de afiliación de los casos de lepra reportados, el 28,6% (121 casos) pertenecen al régimen contributivo, el 57,9 % (245 casos) al régimen subsidiado, el 2,1 % (9 casos) régimen excepción, el 0,5 % (2 casos) régimen especial, el 10,6% (45 casos) aparecen como no afiliados y un 0,2 % (1 caso) que no registra dato en relación a esta variable.

Con respecto al aseguramiento el comportamiento del evento se mantiene igual que en periodos anteriores del año.

Figura 2. Distribución de Casos totales de Lepra de acuerdo al aseguramiento en salud semana 1-52 de 2011



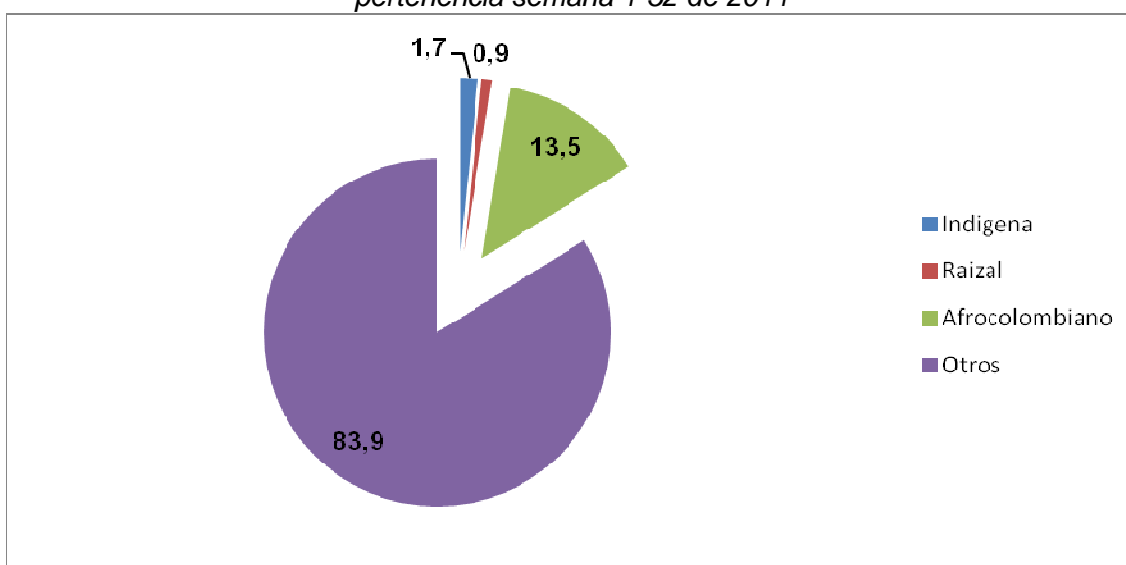
Fuente: INS, Sivigila individual 2011.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 10 de 21 Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

Pertenencia étnica

En cuanto a la caracterización por grupo étnico de pertenencia se evidencia que el 83,9 % (355 casos) de los casos corresponde a otros grupos poblacionales, el 13,5 % (57 casos) a afrocolombianos, el 1,7% (7 casos) a población indígena y el 0,9% (4 casos) a población Raizal.

Figura 3. Distribución de Casos totales de Lepra de acuerdo al grupo étnico de pertenencia semana 1-52 de 2011



Fuente: INS, Sivigila 2011.

Clasificación de los casos de lepra

El objetivo de la clasificación de la lepra es el reconocer y establecer las diversas formas de la enfermedad con el fin de conocer su diagnóstico, evolución y pronóstico.^c En Colombia adoptando la clasificación operativa de la OMS, con los resultados de la baciloscopia inicial los casos pueden ser clasificados como paucibacilares cuando no se observan bacilos en el frotis directo (Índice bacilar = 0) y multibacilares (MB) cuando se encuentran bacilos en el frotis (Índice bacilar > 0)^d, esta clasificación operativa permite orientar adecuadamente el tratamiento y dar un diagnóstico inicial de la enfermedad.

^c Pérez de Arveláez Fanny, Aranzazu Nacarid Clasificación de la lepra a través de la correlación clínica, histológica e inmunológica. Instituto Nacional de Dermatología. Venezolana Revista Dermatología Venezolana N° 24(1):43-54, 1986. Consultado en : svdcd.org.ve/revista/1986/Vol%201/DV-2-1986-Lepra.pdf Junio de 2011.

^d Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Resolución 412 de 2000. Colombia año 2000


 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 11 de 21
		REG-R02.001.4400-001	Versión N° 00
			Fecha próxima revisión: 2011/07

Tabla 6. Clasificación bacteriológica de los casos nuevos de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2011


Entidad Territorial	Casos Nuevos			
	Paucibacilar	%	Multibacilar	%
Amazonas	0	0	2	100
Antioquia	4	40	6	60
Arauca	5	38,5	8	61,5
Atlántico	3	23,1	10	76,9
Barranquilla	7	63,6	4	36,4
Bogotá	6	31,6	13	68,4
Bolívar	7	30,4	16	69,6
Boyacá	1	25	3	75
Caldas	2	40	3	60
Caquetá	0	0	1	100
Cartagena	6	60	4	40
Casanare	1	50	1	50
Cauca	0	0	2	100
Cesar	7	30,4	16	69,6
Choco	0	0	1	100
Córdoba	0	0	6	100
Cundinamarca	3	37,5	5	62,5
Guajira	1	33,3	2	66,7
Huila	14	50	14	50
Magdalena	5	38,5	8	61,5
Meta	0	0	9	100
Nariño	1	100		0
Norte Santander	16	37,2	27	62,8
Putumayo	1	100	0	0
Quindío	0	0	3	100
Risaralda	1	20	4	80
San Andres	1	50	1	50
Santander	12	37,5	20	62,5
Santa Marta	1	25	3	75
Sucre	2	25	6	75
Tolima	6	42,9	8	57,1
Valle	17	56,7	12	40
Vichada	0	0	1	100
Total País	130	37,1	219	62,6

Fuente: INS, Sivigila 2011.

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

Del total de casos nuevos, el 37,1 % presentaban lepra Paucibacilar y el 62,6% restante lepra Multibacilar se presentó un caso del Valle que no muestra esta clasificación, esto

^e Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad (2006–2010): Lineamientos operacionales. © Organización Mundial de la Salud 2006. Impreso en India.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 12 de 21 Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

demuestra que más de la mitad de los casos que se notifican están siendo identificados tardíamente y presentan un tipo de lepra de mayor riesgo para discapacidad. La meta es llegar a que por lo menos más del 70% de los casos sean diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad.


Un aspecto importante a evaluar en los casos clasificados como paucibacilares es la realización de la histopatología, según los datos reportados al Sivigila al 79,2 % de los casos paucibacilares nuevos se les realizó biopsia (103 casos), es importante recordar que el ideal es la realización de biopsia al 100% de los casos paucibacilares nuevos y su clasificación por histopatología logre que al 100% de los casos se les realice la correspondiente clasificación histopatológica de tal manera que la clasificación final permita un direccionamiento adecuado del tratamiento. De estos casos como resultado de la histopatología se clasificaron 85 (82,5%) como paucibacilares, 5 casos (4,8%) como multibacilares, se registraron 4 casos que en esta variable aparecen como otro diagnóstico, sin embargo no se encuentran descartados en el ajuste para el evento y ocho casos como histopatología no realizada, lo cual no es congruente con la información registrada de datos de laboratorio ya que en la variable de información de biopsia se observa como biopsia realizada, esto hace difícil el análisis de esta variable y el hacer una conclusión frente a esta información, de allí la importancia del mejoramiento de la calidad de los datos registrados al Sivigila.

Es importante señalar que el diagnóstico de la lepra se inicia con la sospecha clínica ante lesiones cutáneas muy variadas e inespecíficas, que se complementa con una buena exploración neurológica y examen bacteriológico e histopatológico para su clasificación final.¹ La tabla 7 muestra la clasificación realizada de los casos tanto paucibacilares como multibacilares nuevos de acuerdo al resultado de la histopatología, cabe resaltar que la información presenta algunos casos que no cuentan con esta clasificación debido a que no a todos los casos de lepra se les ha realizado clasificación por histopatología.

Tabla 7. Clasificación de acuerdo a criterio histopatológico de los casos de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2011

Entidad Territorial	Clasificación de la lepra de acuerdo al criterio histopatológico					
	Indeterminada	Tuberculoide	Dimorfa	Lepromatosa	Neural	Sin Dato
Antioquia	1	1	1	3	0	0
Arauca	4	2	0	0	0	0
Atlántico	0	4	0	4	0	0
Barranquilla	0	5	1	2	1	0
Bogotá	0	7	2	8	0	0
Bolívar	3	2	0	4	0	0
Boyacá	0	1	0	1	0	0
Caldas	2	1	0	0	0	0
Caquetá	0	0	0	1	0	0
Cartagena	2	3	1	0	0	0
Casanare	1	0	0	0	0	0

¹ Navarro, Norberto López et al. Lepra en el tercer milenio. A propósito de cuatro casos en Málaga, dos autóctonos y dos importados. Cátedra y Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina y Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria". Málaga. España.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO				Página 13 de 21	
		REG-R02.001.4400-001				Versión N° 00	
						Fecha próxima revisión: 2011/07	

Cauca	0	0	0	1	0	0
Cesar	2	4	2	1	0	0
Córdoba	0	0	0	0	0	1
Cundinamarca	0	2	3	1	0	0
La Guajira	0	0	1	1	0	0
Huila	2	9	0	5	0	1
Magdalena	1	2	1	2	0	0
Meta	0	1	0	0	0	0
Nariño	0	1	0	0	0	0
Norte Santander	5	11	2	7	0	0
Putumayo	1	0	0	0	0	0
Quindío	0	1	0	0	0	0
Risaralda	1	1	0	1	0	0
San Andrés	0	0	0	1	0	0
Santander	3	5	0	9	0	0
Santa Marta	1	0	0	0	0	0
Sucre	3	1	0	0	0	0
Tolima	1	5	2	1	0	0
Valle	5	8	2	5	0	0
Total País	38	77	18	58	1	2

Fuente: INS, Sivigila 2011.

Con lo anterior podemos afirmar que de los casos clasificados por histopatología (194 casos), el 19,6% (38 casos) corresponde a lepra indeterminada, el 39,7% (77 casos) a lepra tuberculoide, el 9,3 % (18 casos) a Lepra dimorfa, el 29,9% (58 casos) a lepra lepromatosa y el 0,5% (1 caso) a lepra neural.


La lepra indeterminada es la forma inicial de enfermedad y se presenta como máculas hipocromas o eritematosas, anestésicas o no, que se curan o se transforman en algún otro tipo de lepra.^g

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

La lepra tuberculoide se presenta en forma de lesiones solitarias y de pocas lesiones asimétricas. Son máculas bien definidas con un borde de crecimiento elevado y tendencia

^g Dres. A. Moreno y O. Servitje. Capitulo 75 Lepra pg 307-311 . Consultado en [www.e-dermatosis.com/pdf-
zip/Derma075.pdf](http://www.e-dermatosis.com/pdf-
zip/Derma075.pdf)

^h Ibid.pg 12

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 14 de 21 Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

a la curación central, son hipopigmentadas, anestésicas, con pérdida del pelo y de la sudoración.ⁱ

Lepro reacciones


En cuanto a la aparición de de signos y síntomas de inflamación en los casos de lepra es decir lepro reacciones se tiene que del total de casos, el 23,5% presento lepro reacción tipo I, el 9,7 % lepro reacción tipo II y el 65,7% no presento ninguna. Es importante recordar que las reacciones son una de las principales causas de lesiones neurológicas que podrían a producir discapacidad.^j

Tabla 8. Presencia de lepro-reacción en los casos reportados de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2011

Entidad Territorial	Lepro-reacción					
	tipo I	%	tipo II	%	ninguna	%
Amazonas	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Antioquia	2	16,7	1	8,3	9	75,0
Arauca	4	28,6	1	7,1	9	64,3
Atlántico	2	14,3	2	14,3	10	71,4
Barranquilla	5	45,5	2	18,2	4	36,4
Bogotá	6	22,2	3	11,1	18	66,7
Bolívar	9	32,1	2	7,1	16	57,1
Boyacá	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Caldas	3	60,0	0	0,0	2	40,0
Caquetá	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Cartagena	1	10,0	2	20,0	7	70,0
Casanare	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Cauca	2	40,0	1	20,0	2	40,0
Cesar	5	20,8	0	0,0	19	79,2
Choco	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Córdoba	3	42,9	0	0,0	4	57,1
Cundinamarca	1	11,1	2	22,2	6	66,7
La Guajira	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Huila	2	50,0	0	0,0	2	50,0
Magdalena	9	26,5	2	5,9	22	64,7
Meta	7	43,8	0	0,0	9	56,3
Nariño	3	30,0	2	20,0	5	50,0
Norte Santander	1	50,0	0	0,0	1	50,0
Putumayo	8	14,3	4	7,1	44	78,6
Quindío	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Risaralda	1	20,0	2	40,0	2	40,0
San Andrés	1	20,0	1	20,0	3	60,0

ⁱ Ibid pg. 12

^j Opus cit (4)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA		INFORME DE EVENTO			Página 15 de 21
			REG-R02.001.4400-001			Versión N° 00
						Fecha próxima revisión: 2011/07

Santander	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Santa Marta	5	13,9	3	8,3	28	77,8
Sucre	2	50,0	0	0,0	2	50,0
Tolima	1	12,5	1	12,5	6	75,0
Valle del Cauca	4	22,2	2	11,1	12	66,7
Vichada	7	17,1	4	9,8	28	68,3
Exterior	0	0,0	0	0,0	1	100
Total País	97	22,9	39	9,2	283	66,9


Fuente: INS, Sivigila individual 2011

Clasificación de los casos según grado de discapacidad en casos nuevos

En cuanto a discapacidad reportada, de los **350** casos nuevos reportados hasta el periodo 13 del año, 92 (26,3%) presentaron discapacidad grado I, 34 (9,7%) reportaron discapacidad grado II, y 220 (62,9%) presentaron grado 0 de discapacidad. La evaluación de discapacidad del paciente al momento del diagnóstico, es un dato importante que da cuenta de la capacidad de detección y diagnóstico de la lepra, así permite evaluar las estrategias diagnósticas y cuáles son las necesidades a fortalecer en la atención a la población discapacitada, además permite encaminar las estrategias de prevención de discapacidad como consecuencia de la lepra, la tasa de discapacidad grado 2 calculada para el país a semana 52 es 0,07 casos por 100000 habitantes.

Tabla 9. Distribución porcentual de los casos nuevos de acuerdo al grado de discapacidad por ente territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2011

Entidad territorial	Nº Casos con Discapacidad Grado I	(%) con Discapacidad Grado I	Nº Casos con Discapacidad Grado II	(%) con Discapacidad Grado II
Amazonas	0	0	1	50
Antioquia	3	30	0	0
Arauca	4	30,8	0	0
Atlántico	5	38,5	0	0
Barranquilla	4	36,4	0	0
Bogotá	4	21,1	3	15,8
Bolívar	4	17,4	2	8,7
Boyacá	1	25	2	50
Caldas	2	40	0	0
Caquetá	0	0	0	0
Cartagena	2	20	3	30
Casanare	0	0	0	0
Cauca	1	50	1	50
Cesar	10	43,5	2	8,7
Choco	0	0	1	100
Córdoba	3	50	0	0
Cundinamarca	3	37,5	0	0
La Guajira	0	0	0	0
Huila	10	35,7	2	7,1
Magdalena	1	7,7	1	7,7
Meta	1	11,1	2	22,2

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 16 de 21
		REG-R02.001.4400-001	Versión N° 00
			Fecha próxima revisión: 2011/07

Entidad territorial	Nº Casos con Discapacidad Grado I	(%) con Discapacidad Grado I	Nº Casos con Discapacidad Grado II	(%) con Discapacidad Grado II
Nariño	1	100	0	0
Norte Santander	10	23,3	3	7,0
Putumayo	1	100	0	0
Quindío	1	33,3	1	33,3
Risaralda	0	0	1	20
San Andres	0	0	0	0
Santander	6	18,8	4	12,5
Santa Marta	1	25	0	0
Sucre	3	37,5	0	0
Tolima	2	14,3	1	7,1
Valle	9	30	3	10
Vichada	0	0	1	100
Total País	92	26,3	34	9,7


Fuente: INS, Sivigila individual 2011.

Estudio de contactos

De acuerdo a la información registrada en el 31% de los casos (131) se ha realizado investigación epidemiológica de campo. Se espera que para el cumplimiento de este indicador el porcentaje de realización de investigación epidemiológica de campo como mínimo sea del 80%. Aunque paulatinamente se ha mejorado este indicador es importante insistir en la realización de la investigación epidemiológica de campo y el registro de la misma a través del Sivigila. El departamento que cumple hasta el momento con el indicador es Nariño dado que solo presentan dos casos residentes presenta el 100% de cumplimiento.

*Tabla 10. Investigación de contactos Efectuadas.
Colombia, semanas 1- 52 de 2011*

Entidad territorial	Nº Investigaciones realizadas	Nº Casos Total	(%) cumplimiento
Amazonas	1	4	25
Antioquia	3	12	25
Arauca	8	14	57,1
Atlántico	7	14	50
Barranquilla	2	11	18,2
Bogotá	2	27	7,4
Bolívar	8	28	28,6
Boyacá	1	4	25
Caldas	1	5	20
Caquetá	1	2	50
Cartagena	1	10	10
Casanare	1	2	50
Cauca	3	5	60
Cesar	8	24	33,3
Choco	0	1	0
Córdoba	1	7	14,3

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO		Página 17 de 21
		REG-R02.001.4400-001		Versión N° 00
			Fecha próxima revisión: 2011/07	


Cundinamarca	2	9	22,2
La Guajira	1	4	25
Huila	19	34	55,9
Magdalena	8	16	50
Meta	3	10	30
Nariño	2	2	100
Norte Santander	4	56	7,1
Putumayo	0	1	0
Quindío	1	5	20
Risaralda	1	5	20
San Andrés	1	2	50
Santander	16	36	44,4
Santa Marta	0	4	0
Sucre	2	8	25
Tolima	9	18	50
Valle del Cauca	14	41	34,1
Vichada	0	1	0
Exterior	0	1	0
Total País	131	423	31,0

Fuente: INS, Sivigila individual 2011.

Se identificaron un total de **1159** convivientes de los cuales el 48,1% fue examinado, para dar cumplimiento al indicador se debe examinar al 100%, se reitera la importancia del examen y seguimiento a los convivientes y contactos de los pacientes con lepra, dado que es una de las actividades fundamentales al realizar el diagnostico temprano y cortar con la cadena de transmisión. En cuanto al reporte de vacunación de convivientes se muestra que de los identificados solo el 47,5% fue vacunado. Razón por la cual se considera que en general se presenta incumplimiento en los indicadores que miden las acciones derivadas de la vigilancia epidemiológica de los casos de lepra.

Tabla 11. Porcentaje de Convivientes Identificados Examinados y Vacunados Colombia, semanas 1- 52 de 2011

Entidad territorial	Convivientes						
	Identificados	Examinados	% Examinados	Sintomáticos	% Sintomáticos	Vacunados	% Vacunados
Amazonas	25	14	56,0	0	0	3	12
Antioquia	33	16	48,5	7	43,8	22	66,7
Arauca	41	12	29,3	0	0	27	65,9
Atlántico	36	24	66,7	1	4,2	21	58,3
Barranquilla	5	0	0,0	0	0	5	100
Bogotá	61	12	19,7	3	25	21	34,4
Bolívar	84	45	53,6	3	6,7	38	45,2
Boyaca	3	3	100	0	0	3	100
Caldas	6	6	100	0	0	0	0
Caqueta	30	20	66,7	0	0	20	66,7
Cartagena	8	3	37,5	1	33,3	8	100

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 18 de 21
		REG-R02.001.4400-001	Versión N° 00
			Fecha próxima revisión: 2011/07


Entidad territorial	Convivientes						
Casanare	3	0	0,0	0	0	0	0
Cauca	21	16	76,2	0	0	14	66,7
Cesar	112	90	80,4	32	35,6	73	65,2
Choco	6	0	0,0	0	0	.	0
Cordoba	16	8	50	2	25	13	81,3
Cundinamarca	21	10	47,6	1	10	3	14,3
Guajira	1	1	100	0	0	0	0
Huila	76	13	17,1	3	23,1	32	42,1
Magdalena	51	32	62,7	3	9,375	27	52,9
Meta	15	4	26,7	3	75	11	73,3
Nariño	1	0	0,0	0	0	0	0
Norte Santander	161	81	50,3	16	19,8	55	34,2
Putumayo	0	.	0,0	.	0	.	0
Quindío	6	6	100	2	33,3	6	100
Risaralda	13	9	69,2	0	0	8	61,5
San andres	11	5	45,5	1	20	5	45,5
Santander	111	65	58,6	9	13,8	56	50,5
Sta marta d.e.	18	0	0,0	0	0	0	0
Sucre	25	8	32,0	1	12,5	5	20
Tolima	50	12	24,0	6	50	26	52
Valle	107	42	39,3	3	7,1	48	44,9
Vichada	.	.	0,0	.	0	.	0
Exterior	2	0	0,0	0	0	0	0
Total País	1159	557	48,1	97	17,4	550	47,5

Fuente: INS, Sivigila individual 2011.

Discusión

Históricamente la lepra ha sido una enfermedad temida y estigmatizada durante mucho tiempo, sin embargo con la disminución drástica de casos en las últimas décadas debido al uso de la PQT, lo cual ha sido uno de los mayores logros en la lucha contra esta enfermedad, la lepra ha pasado a ser una enfermedad subvalorada y en algunos casos olvidada por la sociedad; este hecho preocupa altamente a los organismos de salud pues de una u otra manera se ha disminuido notablemente el diagnóstico y la búsqueda de casos de lepra en las consultas de rutina a los servicios de salud. Por lo anterior es importante intensificar las actividades que promuevan la detección y diagnóstico oportuno de los casos, que van desde el entrenamiento al personal de salud para la identificación de casos y valoración de los contactos, la difusión a la comunidad de la información en torno a la enfermedad y hasta el fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica como son la notificación de casos, realización de la visita epidemiológica de campo, vacunación a contactos y educación e información.

Como se pudo observar en la información presentada existen zonas y entidades territoriales del país que no registran casos, esto podría atribuirse a dos causas una a la

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 19 de 21
		REG-R02.001.4400-001	Versión N° 00 Fecha próxima revisión: 2011/07

ausencia de casos o dos a la falta de búsqueda y diagnóstico de los mismos, con relación a esto es importante resaltar la situación presentada en el departamento de San Andrés y Providencia, donde años atrás no se había registrado casos de Lepra, lo cual es un ejemplo claro de la situación que se puede estar presentando en otros lugares del país que aparentemente no muestran casos de Lepra, es claro que las actividades de búsqueda activa y educación no deben dejarse de lado frente a la ausencia de notificación de casos, por esto es importante que las entidades territoriales, que se encuentran silenciosas frente al evento, empiecen a considerar la lepra dentro de los diagnósticos diferenciales en la práctica clínica diaria e implementen acciones que permitan evidenciar la búsqueda de casos y el fortalecimiento de las acciones de prevención.

Conclusiones

La Lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad actualmente subestimada, por lo cual es importante retomar el aprendizaje que tienen las escuelas de salud en la actualidad de la misma, para fortalecer su detección diagnóstico y tratamiento oportuno.


El silencio epidemiológico del evento no debe ser considerado como ausencia de casos a menos que este soportado con actividades y estrategias de búsqueda activa que permitan determinar realmente que no existe presencia de casos en determinada entidad territorial.

La detección oportuna de los casos a través de las acciones de vigilancia epidemiológica es decir a través de la realización de visita de campo, examen a convivientes y vacunación, permiten mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar la discapacidad.


Aun se presentan dificultades en la UPGD y unidades municipales en el registro de las actividades de vigilancia epidemiológica como son la investigación de campo, identificación de contactos y registro de contactos vacunados, razón por la cual se insiste a las unidades notificadoras departamentales en el seguimiento de las UPGDs y unidades notificadoras municipales de sus territorios para mejorar el registro a través del Sivigila de estas actividades.

Recomendaciones

- Todos los entes territoriales deben realizar actividades de búsqueda activa de casos de lepra focalizando la búsqueda entre los contactos de los antiguos casos de lepra.
- Se debe asegurar la evaluación de la discapacidad al momento del diagnóstico o durante la investigación de campo con la consecuente educación y canalización a servicios y programas para la prevención y rehabilitación de la discapacidad.
- Se recuerda que la investigación de campo para lepra debe efectuarse durante los ocho días siguientes a la notificación del caso.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 20 de 21
			Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

- Realizar biopsia para clasificación a todo caso de lepra cuando la baciloscopia sea negativa; siempre y cuando esto no impida el pronto inicio de la poliquimioterapia (PQT).
- Fortalecer las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud para asegurar la prevención y atención de calidad de la discapacidad.
- Se debe asegurar la vacunación a todos los contactos con BCG; ésta es debe ser entendida como una herramienta fundamental en la prevención de nuevos casos de lepra.
- Realizar la notificación de todos los casos de lepra en la ficha de notificación individual del Sivigila e investigar los contactos convivientes quienes tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con la población general.
- Vincular activamente a las aseguradoras en las acciones de búsqueda y prevención y rehabilitación de los enfermos de lepra.
- Se debe realizar seguimiento y notificación al Sivigila de las recidivas de lepra y se debe verificar que cumplan con la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia de lepra en Colombia, considerando que los criterios clínicos de las reacciones, la baciloscopia y la biopsia son ayudas útiles para establecer la recidiva.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	SUBPROCESO R02.001 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE EVENTO	Página 21 de 21
			Versión N° 00
		REG-R02.001.4400-001	Fecha próxima revisión: 2011/07

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Lepra (consultado: 21/04/2008). Disponible en:
http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/2008_sivigila/Documentos/PROTOS/No_inmuno_prevenibles/Lepra-f.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological record. 14 august 2009, 84rd year No. 33, 2009, 84, 333–344 <http://www.who.int/wer>
3. Castiblanco C, Espinosa J. Tuberculosis y lepra año 2005. Inf Quinc Epidemiol Nac 2006; 11 (6): 80-96
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad, 2006-2010. Ginebra: OMS. 2005
5. Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Bogotá DC: Ministerio de Salud, dirección general de salud; 2000.
6. Moet FJ, Meima A, Oskam L, Richardus JH. Risk factors for the development of clinical leprosy among contacts, and their relevance for targeted interventions. Lepr Rev 2004; 75 (4): 310-26.
7. Arrieta R, Garcés MT, Ordóñez N, Fadul S, Pinto R, Rodríguez G. Lepra Familiar. Revista de leprología – Fontilles 2002; 23 (6): 421-30.
8. Rodríguez G, Orozco LC, editores. Lepra. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1996
9. Rodríguez G, Pinto R, Laverde C, Sarmiento M, Riveros A, Valderrama J, et al. Recidivas postratamiento de la lepra multibacilar. Biomédica. 2004; 24 (2): 133-9