

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
				2012 – Sep – 05
			FOR-R02.4000-001	Página 1 de 22

1. INFORME DEL EVENTO LEPRO, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO 13 DEL AÑO 2012-CIERRE

Elaboro:

Diana Marcela Castillo Rico

Referente evento Lepra

Reviso:

Santiago Elías Fadul

Equipo Funcional Micobacterias

Grupo Micobacterias

Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública

2. INTRODUCCIÓN

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. “La patogenia de la lepra es multifactorial y depende tanto de factores genéticos determinantes de la resistencia o susceptibilidad, como de la virulencia del germen, el tamaño del inóculo, la frecuencia y duración de la exposición al *M. leprae*, entre otros”¹.

Esta enfermedad es de distribución mundial sin embargo en algunas partes del mundo se considera en erradicación, aunque 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 semanal realizada por las unidades generadoras de datos en cada una de las entidades territoriales del país.

¹ Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Dirección de Prevención y Control de Micobacterias. Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra. Mexico D.F. Noviembre 2000.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 2 de 22

3. ANTECEDENTES

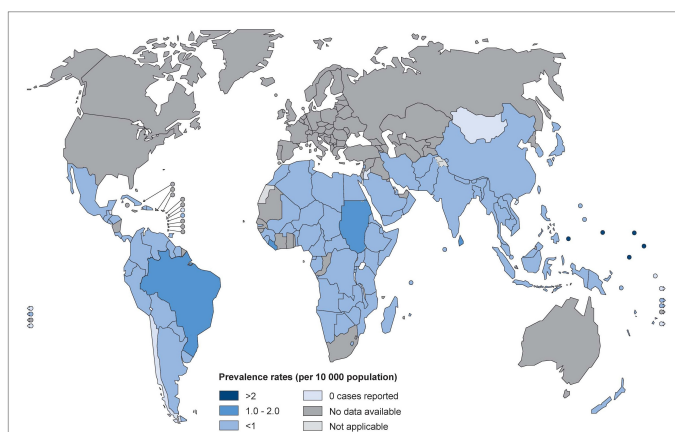
3.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

En el boletín epidemiológico n°34 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 24 de Agosto de 2012, se señala que para principios del año 2012 cerca de 105 países: 28 de la región de África, 28 de las Américas, 11 de Asia sur-oriental, 22 del mediterráneo oriental y 16 de la región del Pacífico Occidental notificaron casos de Lepra a nivel mundial. Los estados miembros de la región europea no han reportado nuevos casos en los años recientes, sin embargo varios de sus países registran algunos casos anualmente, por lo cual el programa mundial mediante solicitud ha obtenido la información preliminar de 2011, la cual no pudo ser incluida en la publicación del último informe.

El número de casos nuevos registrados para el año 2011 fue de 219.075 y el número de casos prevalentes registrados para este mismo año durante el primer trimestre del año 2012 fue de 181.914.

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 cuanto a la detección de casos nuevos se muestra a nivel mundial una disminución en el número de casos detectados, sin embargo esto varía en las diferentes regiones, África y las Américas muestran disminución en la detección de nuevos casos mientras las regiones de Asia y mediterráneo muestran un incremento.²

Mapa 1. Tasas de prevalencia de casos de Lepra reporte OMS enero de 2011



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

² World Health Organization Geneva. Weekly epidemiological record-Relevé épidémiologique hebdomadaire. 24 AUGUST 2012, 87th year / 24 AOÛT 2012, 87e année No. 34, 2012, 87, 317-328
Publicado en: <http://www.who.int/wer>.

Tabla 1 Prevalencia de Lepra registrada y número de casos nuevos detectados por regiones de la OMS según reporte de 105 países, años 2011 y primer trimestre de 2012

REGIONES OMS	Numero de casos registrados y prevalencia al primer trimestre de 2012 a	Numero de casos registrados e incidencia año 2011 b
África	15 006 (0.37)	12 673 (3.14)
Américas	34 801 (0.40)	36 832 (4.18)
Sur este asiático	117 147 (0.64)	160 132 (8.75)
Oriente Mediterráneo	7 368 (0.12)	4 346 (0.71)
Pacífico Occidental	7 619 (0.05)	5 092 (0.30)
Total	181 941 (0.34)	219 075 (4.06)

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

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

Fuente: Boletín epidemiológico n°34 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 24 de Agosto de 2012³

3.2. Comportamiento del evento en Colombia

En el reporte de la OMS Colombia para el año 2011 registró 718 casos prevalentes, 434 casos nuevos de los cuales 309 fueron multibacilares, 13 casos nuevos en niños, 41 casos con grado de discapacidad 2 y 58 casos reportados como recidivas.

En Colombia, la Lepra es un tema de preocupación debido a que la drástica disminución de casos, ha generado en el personal de salud y la comunidad en general la premisa de que la enfermedad ya se encuentra erradicada o eliminada, por lo que se evidencia disminución o ausencia de actividades de búsqueda de sintomáticos de piel y de sistema nerviosos periférico, dificultades en la identificación de casos sospechosos, falta de oportunidad en el diagnostico y manejo de los casos.

4. OBJETIVO

Realizar el análisis del comportamiento de la Lepra en Colombia de las semanas epidemiológicas 1 a 52 del año 2012, a través de la información reportada a través del Sivigila.

5. 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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 4 de 22

con el fin de verificar la calidad de los mismos y eliminar los registros que se encuentren repetidos o duplicados.

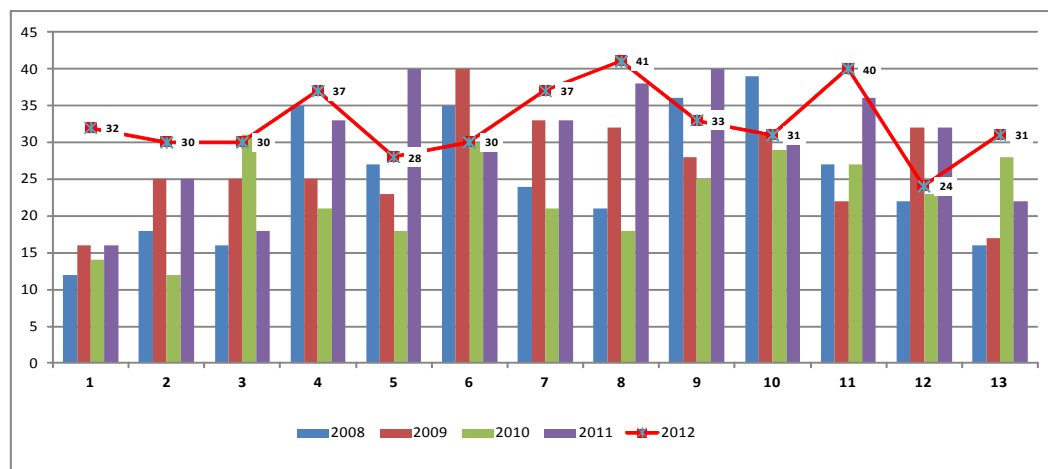
6. HALLAZGOS

6.1. Comportamiento de la notificación

De acuerdo a la información de la base Sivigila, hasta la semana 52 de 2012 se registro un total de 424 casos notificados como lepra, sin embargo de estos se descartaron nueve casos mediante ajuste por lo cual para el análisis se encuentran **415 casos confirmados de lepra**. De estos casos el 78,1% (324 casos) se confirmaron por laboratorio y el 21,9% (91 casos) fueron confirmados por clínica.

En la figura 1 se muestra el comportamiento de la notificación de casos de lepra por periodos epidemiológicos de los últimos cuatro años hasta el periodo 13 del año. Se puede observar la irregularidad en la notificación del evento, para los periodo ocho y once se observa una notificación por encima de lo registrado en años anteriores y en geral con el resto de periodos epidemiológicos; el promedio de casos notificados por periodo epidemiológico durante el año 2012 fue de 35 casos, teniendo en cuenta que el periodo con el menor número de casos registrados presento 24 casos.

Figura 1 Comportamiento de la notificación de casos de Lepra por periodos epidemiológicos Sivigila 2009 a 2012



Fuente: Semanas 1-52 SIVIGILA años 2009-2012

Los departamentos que presentan el mayor reporte de casos de lepra son los departamentos de Norte de Santander, Santander y Huila con el 30,8% de la notificación del país.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 5 de 22

*Tabla 2. Casos de lepra por entidad territorial de notificación
Colombia, semanas 1- 52 de 2012*

Entidad territorial	Total Casos Reportados	% de total de casos
Amazonas	2	0,5
Antioquia	9	2,2
Arauca	13	3,1
Atlántico	15	3,6
Barranquilla	19	4,6
Bogotá	28	6,7
Bolívar	23	5,5
Boyacá	6	1,4
Caldas	5	1,2
Caquetá	6	1,4
Cartagena	10	2,4
Casanare	3	0,7
Cauca	5	1,2
Cesar	25	6,0
Choco	1	0,2
Córdoba	3	0,7
Cundinamarca	12	2,9
La Guajira	3	0,7
Huila	36	8,7
Magdalena	21	5,1
Meta	8	1,9
Nariño	5	1,2
Norte Santander	55	13,3
Putumayo	1	0,2
Quindío	7	1,7
Risaralda	8	1,9
Santander	37	8,9
Santa Marta	3	0,7
Sucre	7	1,7
Tolima	13	3,1
Valle del Cauca	26	6,3
Total País	415	100

Fuente: INS, Sivigila individual semana 1-52 de 2012

De las 36 entidades territoriales 31 han notificado casos de Lepra en lo corrido del año, las entidades que hasta la semana 52 no han notificado casos son: Guainía, Guaviare, San Andres, Vaupés y Vichada, este último si presenta dos casos residentes del departamento.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
		FOR-R02.4000-001	2012 – Sep – 05
			Página 6 de 22

6.2. Magnitud en lugar y persona

Incidencia de Lepra

De acuerdo a lo reportado al Sivigila, de los **415 casos confirmados**, 364 casos corresponden a casos nuevos de lepra, es decir el **87,7%** y el **12,3 %** a recidivas (51 casos). La incidencia presentada para el periodo 13 de 2012 es de **0,78 casos por 100.000 habitantes**.

Comparando las entidades territoriales entre sí de acuerdo a la tasa de incidencia, encontramos que los departamentos que presentan mayor incidencia de la enfermedad para el periodo 13 del año son Arauca (4,73 casos por 100000 habitantes), Norte de Santander (3,79 casos por 100000 habitantes), y Vichada (2,99 casos por 100000 habitantes).

*Tabla 3. Casos de lepra por entidad territorial de residencia.
Colombia, semanas 1- 52 de 2012*

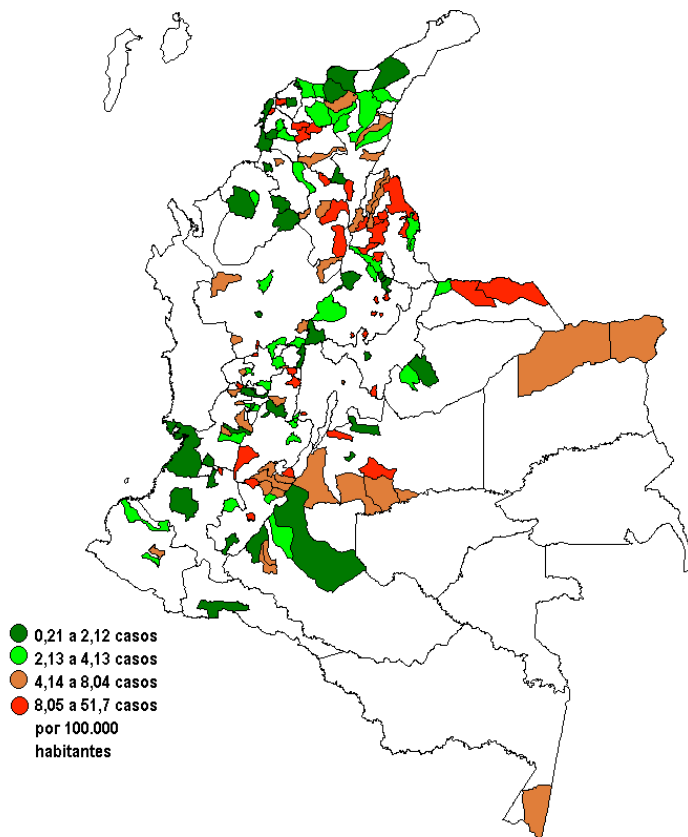
Entidad territorial	Total Casos confirmados	Casos Nuevos	Tasa de Incidencia por 100000 habitantes	Recidivas
Amazonas	2	2	2,71	0
Antioquia	11	9	0,14	2
Arauca	13	12	4,73	1
Atlántico	19	16	0,67	3
Barranquilla	15	15	1,25	0
Bogotá	11	9	0,12	2
Bolívar	28	23	1,14	5
Boyacá	7	4	0,31	3
Caldas	6	6	0,61	0
Caquetá	7	6	1,31	1
Cartagena	8	7	0,72	1
Casanare	4	3	0,89	1
Cauca	5	5	0,37	0
Cesar	24	23	2,32	1
Choco	1	1	0,21	0
Córdoba	3	3	0,18	0
Cundinamarca	17	11	0,43	6
La Guajira	3	3	0,34	0
Huila	36	33	2,97	3
Magdalena	21	19	1,55	2
Meta	10	10	1,10	0
Nariño	4	4	0,24	0
Norte Santander	55	50	3,79	5
Putumayo	1	1	0,30	0
Quindío	7	4	0,72	3
Risaralda	7	7	0,75	0
Santander	33	29	1,43	4

Entidad territorial	Total Casos confirmados	Casos Nuevos	Tasa de Incidencia por 100000 habitantes	Recidivas
Santa Marta	3	2	0,43	1
Sucre	6	5	0,60	1
Tolima	19	17	1,22	2
Valle del Cauca	26	22	0,49	4
Vichada	2	2	2,99	0
Exterior	1	1	0,00	0
Total Pais	415	364	0,78	51

Fuente: INS, Sivigila semana 1-52 de 2012

Al efectuar la revisión de acuerdo a la incidencia por municipio de residencia las incidencias más altas para el evento se observaron el municipio de Guavata-Santander (51,7 casos por 100.000 habitantes) y Agua de Dios –Cundinamarca (44,4 casos por 100.000 habitantes).

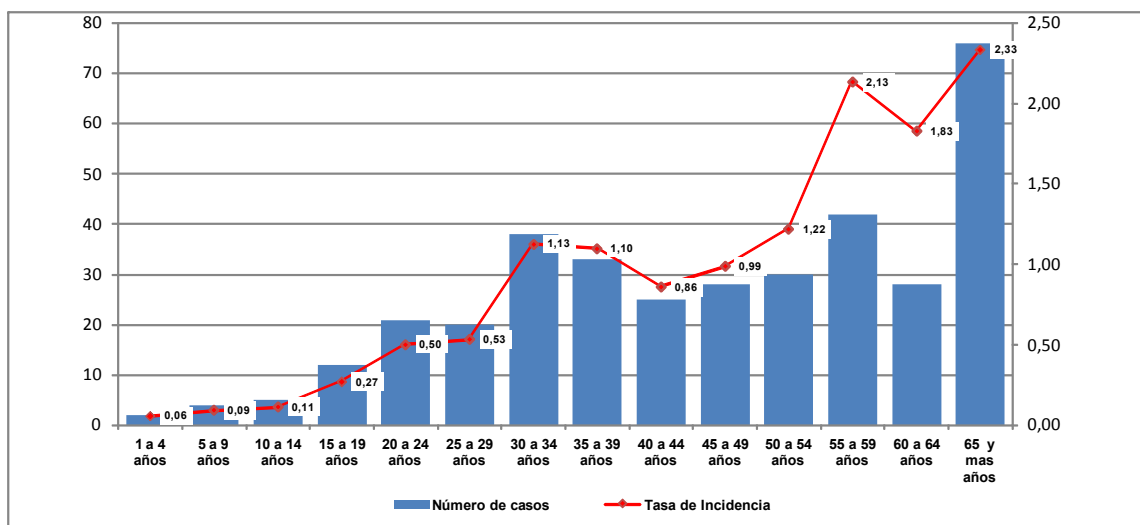
*Mapa 2 tasas de incidencia de acuerdo a municipio de residencia
Colombia, semanas 1- 52 de 2012*



Fuente: INS, Sivigila semana 1-52 de 2012

El 2,7% de los casos fueron menores de 15 años, es decir once casos, residentes de los departamentos de Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Choco, Huila, Magdalena, Nariño, Santander y Sucre. La tasa de incidencia en menores de 15 años para este periodo es de **0,09 casos** por 100000 habitantes. El grupo de edad con la incidencia más alta para el evento es el de 65 años y más con una incidencia de 2,33 casos por 100000 habitantes, siendo el grupo de edad donde se concentra el mayor número de casos.

Figura 2. Número de casos y tasa de Incidencia de Lepra por grupos de edad Semanas 1-52 de 2012



Fuente: INS, Sivigila semana 1-52 de 2012

En cuanto a la distribución de casos de acuerdo al sexo se tiene que de los 415 casos, 153 son mujeres es decir el 37,3% y 260 casos son hombres 62,7%, en cuanto a la incidencia de acuerdo al sexo se encuentra que la incidencia más alta se presenta en el grupo de hombres 0,97 casos por 100.000 hombres, mostrando un comportamiento similar en cada una de las entidades territoriales.

Tabla 4. Tasas de Incidencia de lepra de acuerdo al sexo por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1-52 de 2012

Entidad territorial	Casos Mujeres	Tasas de Incidencia	Casos Hombres	Tasas de Incidencia
Amazonas	0	0,00	2	5,36
Antioquia	2	0,06	7	0,23
Arauca	1	0,79	11	8,61
Atlántico	6	0,50	10	0,85
Barranquilla	8	1,29	7	1,20
Bogotá	3	0,08	6	0,16
Bolívar	7	0,69	16	1,58

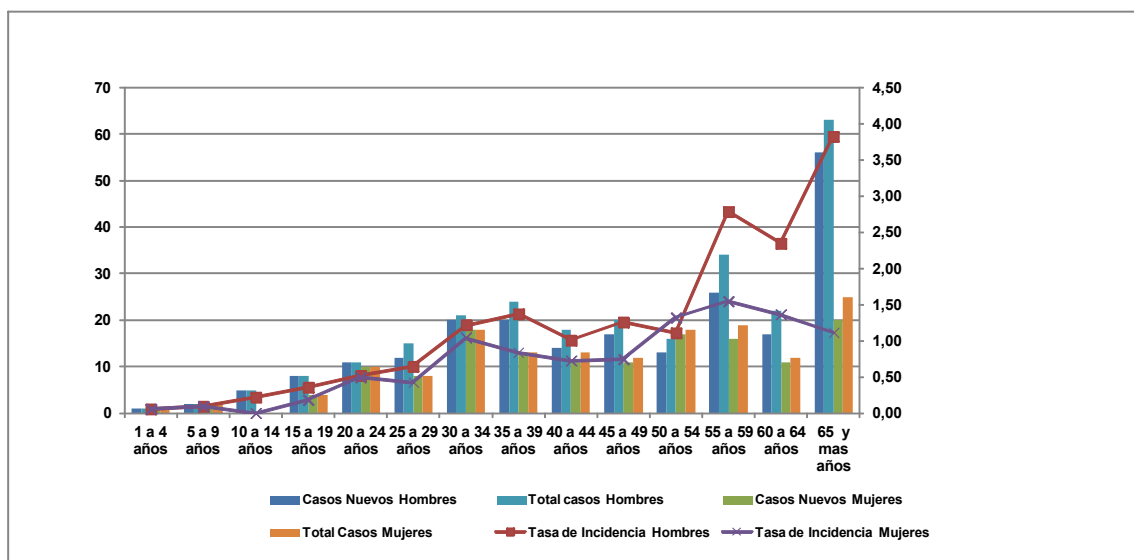
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
		FOR-R02.4000-001	2012 – Sep – 05
			Página 9 de 22

Entidad territorial	Casos Mujeres	Tasas de Incidencia	Casos Hombres	Tasas de Incidencia
Boyacá	1	0,16	3	0,47
Caldas	1	0,20	5	1,04
Caquetá	2	0,88	4	1,73
Cartagena	2	0,40	5	1,07
Casanare	2	1,20	1	0,58
Cauca	0	0,00	5	0,74
Cesar	10	2,01	13	2,63
Choco	1	0,41	0	0,00
Córdoba	1	0,12	2	0,24
Cundinamarca	6	0,47	5	0,39
La Guajira	1	0,23	2	0,46
Huila	15	2,71	18	3,22
Magdalena	4	0,66	15	2,43
Meta	4	0,88	6	1,32
Nariño	1	0,12	3	0,36
Norte Santander	24	3,60	26	3,97
Putumayo	0	0,00	1	0,59
Quindío	2	0,71	2	0,73
Risaralda	4	0,83	3	0,66
Santander	15	1,46	14	1,40
Santa Marta	1	0,42	1	0,44
Sucre	0	0,00	5	1,19
Tolima	8	1,15	9	1,28
Valle del Cauca	10	0,43	12	0,55
Vichada	0	0,00	2	5,87
Exterior	0	0,00	1	0,00
Total País	142	0,60	222	0,97

Fuente: INS, Sivigila semana 1-52 de 2012

En la figura 3 se muestran los casos de lepra de acuerdo el sexo y grupo de edad, la incidencia más alta se encuentra en el grupo de 65 años y más en hombres seguido por el grupo de 55 a 59 años en hombres, lo que permite corroborar un poco lo detectado en otras variables en relación a que el diagnostico de lepra es tardío y la evolución de la enfermedad hace que muchos de los casos sean detectados en edades avanzadas.

*Figura 3. Casos nuevos y tasa de incidencia de Lepra de acuerdo grupos de edad y sexo
Semanas 1-52 de 2012*

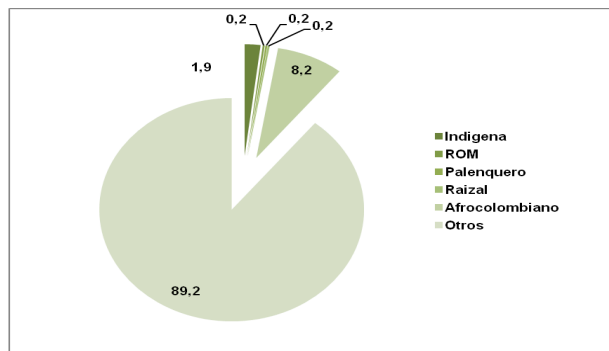


Fuente: INS, Sivigila semana 1-52 de 2012

Pertenencia étnica

En cuanto a la caracterización por grupo étnico de pertenencia se evidencia que el 89,2 % (370 casos) de los casos corresponde a otros grupos poblacionales, el 8,2 % (34 casos) a afrocolombianos, el 1,9% (8 casos) a población indígena, el 0,2% (1 caso) a población ROM, el 0,2% (1 caso) a población raizal y el 0,2% (1 caso) a población palenquero.

Figura 4. Distribución de Casos totales de Lepra de acuerdo al grupo étnico de pertenencia semana 1-52 de 2012



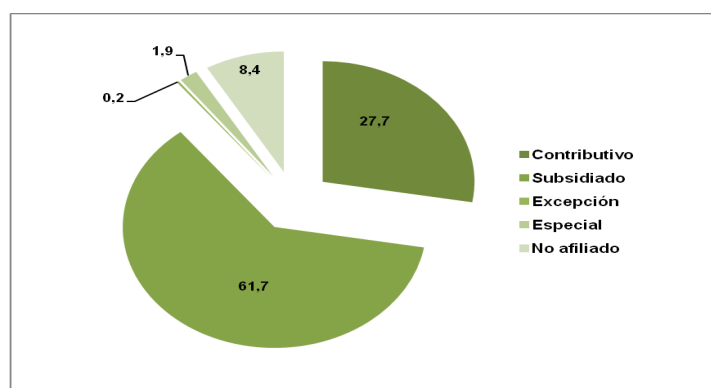
Fuente: INS, Sivigila semanas epidemiológicas 1-52 de 2012.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 11 de 22

Aseguramiento en Salud

De acuerdo al régimen de afiliación de los casos de lepra reportados, el 27,7% (115 casos) pertenecen al régimen contributivo, el 61,7% (256 casos) al régimen subsidiado, el 8,4% (35 casos) aparecen como no afiliados, el 0,2% (1 casos) aparecen como régimen excepción y el 1,9% (8 casos) aparece como régimen especial.

Figura 5. Distribución de Casos totales de Lepra de acuerdo al aseguramiento en salud semana 1-52 de 2012



Fuente: INS, Sivigila semanas epidemiológicas 1-52 de 2012.

6.3. Comportamiento de otras variables de interés

Clasificación de los casos de lepra

Del total de casos nuevos, el 39,8 % presentaban lepra Paucibacilar y el 60,2% restante lepra Multibacilar, esto 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, este comportamiento es similar en cada una de las entidades territoriales que reportan casos. La meta es llegar a que por lo menos más del 70% de los casos sean diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad.

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 diagnostico, evolución y pronostico.⁴ 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)⁵, esta clasificación operativa permite orientar adecuadamente el tratamiento y dar un diagnostico inicial de la enfermedad.

⁴ 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.

⁵ Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Resolución 412 de 2000. Colombia año2000

Tabla 5. Clasificación bacteriológica de los casos nuevos de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2012

Entidad Territorial	Casos Nuevos			
	Paucibacilar	%	Multibacilar	%
Amazonas	0	0	2	100
Antioquia	2	22,2	7	77,8
Arauca	4	33	8	66,7
Atlántico	5	31,3	11	68,8
Barranquilla	10	66,7	5	33,3
Bogotá	2	22	7	77,8
Bolívar	10	43,5	13	56,5
Boyacá	1	25	3	75
Caldas	3	50	3	50
Caquetá	2	33,3	4	66,7
Cartagena	6	85,7	1	14,3
Casanare	1	33,3	2	66,7
Cauca	2	40	3	60
Cesar	10	43,5	13	56,5
Choco	1	100	0	0
Córdoba	1	33	2	66,7
Cundinamarca	9	82	2	18,2
La Guajira	0	0,0	3	100
Huila	15	45,5	18	54,5
Magdalena	6	31,6	13	68,4
Meta	4	40,0	6	60,0
Nariño	0	0,0	4	100
Norte Santander	15	30,0	35	70,0
Putumayo	0	0,0	1	100
Quindío	2	50	2	50
Risaralda	0	0,0	7	100
Santander	12	41	17	58,6
Santa Marta	0	0,0	2	100
Sucre	3	60	2	40
Tolima	7	41,2	10	58,8
Valle del Cauca	10	45,5	12	54,5
Vichada	2	100	0	0
Exterior	0	0,0	1	100
Total País	145	39,8	219	60,2

Fuente: INS, Sivigila semanas epidemiológicas 1-52 de 2012.

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.⁶

⁶ 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	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 13 de 22

La realización de la histopatología, en los casos nuevos clasificados como paucibacilares, según los datos reportados al Sivigila es de 77,9% (113/145), es importante que se logre que al 100% de estos casos se les realice la correspondiente histopatología de tal manera que la clasificación final permita un direccionamiento adecuado del tratamiento.

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.⁷ La tabla 6 muestra la clasificación final realizada de los casos de acuerdo al resultado de la histopatología.

Tabla 6. Clasificación de acuerdo a criterio histopatológico de los casos de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2012

Entidad Territorial	Clasificación de la lepra de acuerdo al criterio histopatológico				
	Indeterminada	Tuberculoide	Dimorfa	Lepromatosa	Neural
Antioquia	2	0	2	2	0
Arauca	6	0	0	1	0
Atlántico	2	3	1	4	0
Barranquilla	0	7	1	4	0
Bogotá	0	1	3	3	0
Bolívar	3	3	0	3	0
Boyacá	1	0	0	2	0
Caldas	1	1	1	0	0
Caquetá	1	0	0	2	0
Cartagena	2	3	1	1	0
Casanare	1	0	1	0	0
Cauca	2	0	0	1	1
Cesar	2	4	4	4	0
Córdoba	1	0	0	0	0
Cundinamarca	4	3	1	2	0
Huila	2	10	0	7	0
Magdalena	1	2	1	6	0
Meta	0	2	2	2	1
Nariño	1	0	1	0	0
Norte Santander	5	12	2	9	0
Quindío	0	1	0	1	0
Risaralda	0	1	0	0	0
Santander	2	6	3	4	0
Santa Marta	1	0	0	1	0
Sucre	1	0	0	2	0
Tolima	1	5	0	4	0
Valle	3	7	3	1	1
Vichada	0	1	0	1	0
Exterior	0	0	0	1	0
Total País	45	72	27	68	3

Fuente: INS, Sivigila semanas epidemiológicas 1-52 de 2012.

⁷ 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	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
				2012 – Sep – 05
			FOR-R02.4000-001	Página 14 de 22

Con lo anterior podemos afirmar que de los casos clasificados por histopatología (215 casos), el 20,9% (48 casos) corresponde a lepra Indeterminada, el 33,5% (72 casos) a lepra Tuberculoide, el 12,6% (27 casos) corresponde a lepra Dimorfa; el 31,6% (68 casos) a lepra Lepromatosa y el 1,4% (3 casos) 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.⁸

La lepra lepromatosa, es producto de una ausencia total de inmunidad celular ante la bacteria, lo que ocasiona una multiplicación exagerada de la misma, el daño nervioso es lento y progresivo. Se caracteriza por la presencia de un infiltrado macrofágico difuso. Estos macrófagos tienen diferentes grados de vacuolización y están repletos de grandes masas de bacterias que se diseminan por vía hemática o linfática y alcanzan a todos los órganos, excepto pulmones y sistema nervioso central. La carga bacilar es intensa. Se caracteriza por la presencia de pápulas nódulos y lesiones infiltradas. No son anestésicas 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).⁹

La lepra tuberculoide se presenta en forma de lesiones solitarias y de pocas lesiones asimétricas. Son máculas bien definidas con un borde de crecimiento elevado y tendencia a la curación central, son hipopigmentadas, anestésicas, con pérdida del pelo y de la sudoración.¹⁰

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 nuevos, 77 presentaron leproreacción tipo I (21,2% de los casos notificados), 34 leproreacción tipo II (9,3% de los casos notificados) y el resto de casos no presento ninguna. Es importante recordar que las reacciones son una de las principales causas de lesiones neurológicas que podrían a producir discapacidad.¹¹

Clasificación de los casos según grado de discapacidad en casos nuevos

En cuanto a discapacidad reportada, de los **364** casos nuevos reportados hasta el periodo 12 del año, 104 (28,6%) presentaron discapacidad grado I, 31 (8,8%) reportaron discapacidad grado II, y 228 (62,6%) presentaron grado 0 de discapacidad. La evaluación de discapacidad del paciente al momento del diagnostico, es un dato importante que da

⁸ Dres. A. Moreno y O. Servitje. Capitulo 75 Lepra pg 307-311 . Consultado en www.e-dermatosis.com/pdf-zip/Derma075.pdf

⁹ Ibid.pg 12

¹⁰ Ibid pg. 12

¹¹ Opus cit (4)

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
				2012 – Sep – 05
			FOR-R02.4000-001	Página 15 de 22

cuenta de la capacidad de detección y diagnóstico de la lepra, permite evaluar las estrategias diagnósticas y las acciones 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 por 100000 habitantes.

Tabla 7. Distribución porcentual de los casos nuevos de acuerdo al grado de discapacidad por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1- 52 de 2012

Entidad territorial	Nº Casos con Discapacidad Grado I	(%) con Discapacidad Grado I	Nº Casos con Discapacidad Grado II	(%) con Discapacidad Grado II	Tasa de Incidencia de discapacidad Grado II
Amazonas	0	0,0	2	100	2,71
Antioquia	1	11,1	0	0	0,00
Arauca	4	33,3	0	0	0,00
Atlántico	6	37,5	2	12,5	0,08
Barranquilla	4	26,7	0	0	0,00
Bogotá	0	0,0	1	11,1	0,01
Bolívar	7	30,4	3	13,0	0,15
Boyacá	0	0,0	2	50	0,16
Caldas	0	0,0	1	16,7	0,10
Caquetá	1	16,7	0	0	0,00
Cartagena	5	71,4	0	0	0,00
Casanare	1	33,3	0	0	0,00
Cauca	2	40,0	1	20	0,07
Cesar	7	30,4	2	8,7	0,20
Choco	1	100,0	0	0	0,00
Córdoba	1	33,3	0	0	0,00
Cundinamarca	2	18,2	0	0	0,00
La Guajira	1	33,3	1	33,3	0,11
Huila	14	42,4	1	3,0	0,09
Magdalena	6	31,6	0	0	0,00
Meta	2	20,0	2	20,0	0,22
Nariño	1	25,0	0	0	0,00
Norte Santander	16	32,0	4	8,0	0,30
Putumayo	0	0,0	1	100	0,30
Quindío	0	0,0	1	25	0,18
Risaralda	0	0,0	1	14,3	0,11
Santander	7	24,1	3	10,3	0,15
Santa Marta	0	0,0	0	0	0,00
Sucre	4	80,0	0	0	0,00
Tolima	5	29,4	1	5,9	0,07
Valle del Cauca	6	27,3	3	13,6	0,07
Vichada	0	0,0	0	0	0,00
Exterior	0	0,0	0	0	0,00
Total País	104	28,6	32	8,8	0,07

Fuente: INS, Sivigila semana 1-52 2012.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 16 de 22

Estudio de contactos

De acuerdo a la información registrada en el 34,2% (142 casos) de los casos 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%. Una de las entidades que presenta una de las mayores proporciones de caso notificados y presenta un porcentaje alto de realización de la investigación epidemiológica y registro de la misma es el departamento del Huila con un cumplimiento del 97,2% en el desarrollo y registro de la investigación epidemiológica de campo.

*Tabla 8. Investigación de contactos Efectuadas.
Colombia, semanas 1- 52 de 2012*

Entidad territorial	Nº Investigacion es realizadas	(%) cumplimiento
Amazonas	2	100
Antioquia	2	18,2
Arauca	6	46,2
Atlántico	6	31,6
Barranquilla	2	13,3
Bogotá	1	9,1
Bolívar	8	28,6
Boyacá	2	28,6
Caldas	3	50
Caquetá	1	14,3
Cartagena	2	25,0
Casanare	3	75
Cauca	2	40
Cesar	15	62,5
Choco	1	100
Córdoba	2	66,7
Cundinamarca	3	17,6
La Guajira	1	33,3
Huila	35	97,2
Magdalena	10	47,6
Meta	1	10,0
Nariño	0	0
Norte Santander	11	20,0
Putumayo	1	100
Quindío	1	14,3
Risaralda	1	14,3
Santander	9	27,3
Santa Marta	0	0
Sucre	1	16,7
Tolima	4	21,1
Valle del Cauca	6	23,1
Vichada	0	0,0
Exterior	0	0,0
Total País	142	34,2

Fuente: INS, Sivigila semana 1-52 2012.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 17 de 22

Se identificaron un total de **1127** convivientes de los cuales el 43,7% 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 44 % 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 9. Porcentaje de Convivientes Identificados Examinados y Vacunados
Colombia, semanas 1- 52 de 2012*

Entidad territorial	Convivientes						
	Identificados	Examinados	% Examinados	Sintomáticos	% Sintomáticos	Vacunados	% Vacunados
Amazonas	2	2	100,0	2	100	2	100
Antioquia	11	6	54,5	1	16,7	5	45,5
Arauca	20	5	25,0	2	40	0	0
Atlántico	41	14	34,1	6	42,9	21	51,2
Barranquilla	43	13	30,2	0	0	5	11,6
Bogotá	40	4	10,0	0	0	3	7,5
Bolívar	54	23	42,6	10	43,5	19	35,2
Boyacá	26	5	19,2	1	20	8	30,8
Caldas	14	7	50,0	3	42,9	9	64,3
Caquetá	20	13	65,0	1	7,7	5	25,0
Cartagena	11	0	0,0	0	0,0	0	0
Casanare	17	1	5,9	0	0,0	14	82,4
Cauca	5	4	80,0	2	50	4	80
Cesar	84	55	65,5	10	18,2	32	38,1
Choco	.	0	0,0	0	0	0	0
Córdoba	9	3	33,3	1	33,3	7	77,8
Cundinamarca	47	10	21,3	1	10	15	31,9
La Guajira	8	2	25,0	0	0	2	25
Huila	152	112	73,7	4	3,6	98	64,5
Magdalena	84	70	83,3	12	17,1	56	66,7
Meta	40	9	22,5	4	44,4	15	37,5
Nariño	12	4	33,3	1	0	6	50
Norte Santander	117	58	49,6	3	5,2	56	47,9
Putumayo	5	4	80,0	0	0	6	120
Quindío	6	0	0,0	0	0	4	66,7
Risaralda	10	0	0,0	1	0,0	4	40
Santander	65	29	44,6	11	37,9	44	67,7
Santa Marta	6	0	0,0	0	0,0	0	0
Sucre	35	7	20,0	0	0	13	37,1
Tolima	66	4	6,1	0	0	12	18,2
Valle del Cauca	68	28	41,2	7	25,0	25	36,8
Vichada	1	0	0,0	1	0	0	0
Exterior	8	1	12,5	0	0	6	75

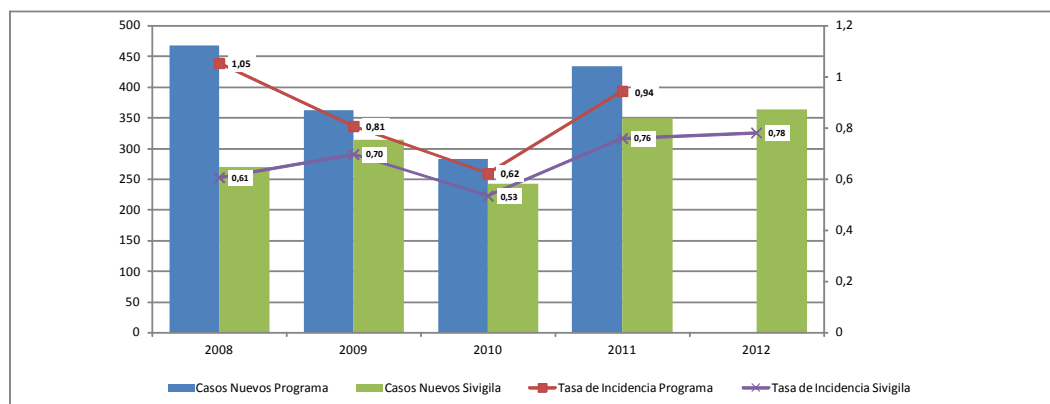
Entidad territorial	Convivientes						
Total País	1127	493	43,7	84	17,0	496	44,0

Fuente: INS, Sivigila semanas epidemiológicas 1-52 de 2012.

6.4. Tendencia del evento

En cuanto a la presencia de casos nuevos se observa en el siguiente gráfico un descenso desde el año 2008 a 2010 en el número de casos nuevos reportados, sin embargo para el año 2011 tanto a nivel del programa como el reporte al Sivigila se observa un incremento importante de los casos, esto en gran medida a que las entidades territoriales han ido retomando actividades que fortalecen la detección de casos de lepra en cada uno de los territorios además de la aparición de casos en zonas donde se consideraba no existían casos.

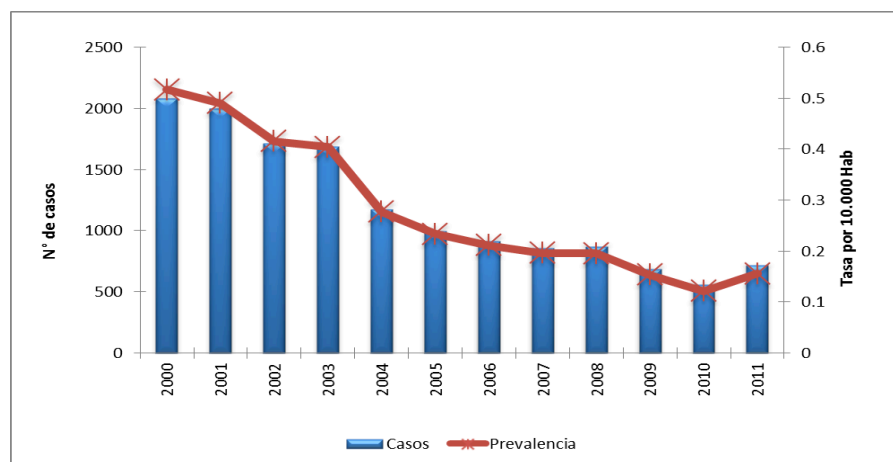
Figura 6. Casos nuevos de Lepra y tasa de Incidencia Sivigila- Programa Nacional de Control de la Lepra



Fuente: INS, Sivigila 2012 Programa Nacional control de Lepra MSPS.

En la siguiente gráfica se observa la tendencia en cuanto a los casos prevalentes del país y la tasa de prevalencia que para el año anterior según los datos del programa de control de lepra la cual fue de 0,2 por 10.000 que si bien dan cumplimiento al objetivo de mantener una prevalencia por debajo de 1 casos por 10.000 habitantes, se comporta de manera diferente en cada una de las entidades territoriales.

Figura 7. Casos prevalentes de Lepra y tasa de prevalencia Programa Nacional de Control de la Lepra reunión nacional año 2012



Fuente :Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Control de la Lepra .Memorias reunión nacional de coordinadores de Tuberculosis y Lepra Cartagena año 2012. Información con corte al mes de Mayo de 2012.

6.5. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

A continuación se muestra una tabla con el resumen los indicadores más importantes para el evento.

Tabla 10. Indicadores de Lepra año 2012

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Porcentaje de casos nuevos de Lepra	364	415	87,7
Porcentaje de Recidivas	51	415	12,3
Tasa de Incidencia general de Lepra	364	46.581.372	0,78
Tasa de Incidencia de Lepra en Hombres	222	22.997.031	0,97
Tasa de Incidencia de Lepra en Mujeres	142	23.584.341	0,60
Tasa de Incidencia de Lepra en Menores de 15 Años	11	12921297	0,09
Tasa De Incidencia de Lepra en Mayores de 15 Años	328	33660075	0,97
Porcentaje de casos nuevos paucibacilares según Clasificación Bacteriológica	145	364	39,8
Porcentaje de casos nuevos multibacilar según Clasificación Bacteriológica	219	364	60,2
Porcentaje De Casos Nuevos Con Discapacidad grado 1	104	364	28,6
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado 2	32	364	8,8
Tasa de discapacidad grado 2	32	46.581.372	0,07
Proporción de leproreacciones en casos nuevos	111	364	30,5
Porcentaje de convivientes vacunados con BCG	496	1127	44,0
Porcentaje de casos nuevos y recidivas con investigación epidemiológica de campo inicial.	142	415	34,2

Fuente: INS, Sivigila semana 1-52 de 2012.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 20 de 22

7. DISCUSIÓN

A nivel mundial la lepra se encuentra en el grupo de enfermedades desatendidas, es claro para el país, que el número de casos nuevos que presentan anualmente ha descendido de manera progresiva, al igual que se ha alcanzado la meta de eliminación para el país de la lepra como un problema de salud pública; sin embargo es importante resaltar que a nivel subnacional existen municipios y territorios con alta carga de la enfermedad, por lo cual es importante la búsqueda continua de casos entre los contactos de casos nuevos y casos que fueron diagnosticados en años anteriores, dado el comportamiento que presenta la enfermedad. De igual manera es esencial no interpretar el silencio epidemiológico como ausencia de casos hasta no comprobar con una búsqueda activa que realmente no existen casos en determinado territorio.

El incremento en número de casos notificados al SiviGila de Lepra está ligado al fortalecimiento de las acciones de búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico, que realizan en cada una de las entidades territoriales, sin embargo es importante resaltar que las acciones efectuadas con los contactos, las cuales si se analizan con la información capturada a través del SiviGila, son aún insuficientes y necesitan de mayor intervención por parte de las entidades territoriales.

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.

8. 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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 21 de 22

municipales de sus territorios para mejorar el registro a través del Sivigila de estas actividades.

9. RECOMENDACIONES

- Todas las entidades territoriales deben realizar actividades de búsqueda activa de casos de lepra focalizando la búsqueda entre los contactos de los antiguos casos.
- 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.
- 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 la discapacidad.
- Se debe asegurar la vacunación a todos los contactos con BCG; ésta debe ser entendida como una herramienta fundamental en la prevención de nuevos casos de lepra.
- Realizar la notificación de todos los casos de lepra en la ficha de notificación individual del Sivigila e investigar los contactos convivientes quienes tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con la población general.
- 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	PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
				2012 – Sep – 05
			FOR-R02.4000-001	Página 22 de 22

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological record. 14 august 2009, 84rd year No. 33, 2009, 84, 333–344 <http://www.who.int/wer>
2. Castiblanco C, Espinosa J. Tuberculosis y lepra año 2005. Inf Quinc Epidemiol Nac 2006; 11 (6): 80-96
3. 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
4. Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Bogotá DC: Ministerio de Salud, dirección general de salud; 2000.
5. 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.
6. Arrieta R, Garcés MT, Ordóñez N, Fadul S, Pinto R, Rodríguez G. Lepra Familiar. Revista de leprología – Fontilles 2002; 23 (6): 421-30.
7. Rodríguez G, Orozco LC, editores. Lepra. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1996
8. 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
9. World Health Organization. Weekly epidemiological record-Relevé épidémiologique hebdomadaire. 24 AUGUST 2012, 87th year / 24 AOÛT 2012, 87e année No. 34, 2012, 87, 317–328. Publicado en: <http://www.who.int/wer>. Geneva