

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 20

1. INFORME FINAL LEPRA, 2013

Elaboro:
Equipo Funcional Micobacterias
Grupo Transmisibles
Subdirección de Prevención 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.

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p>	<p>INFORME EVENTO</p>	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 2 de 20

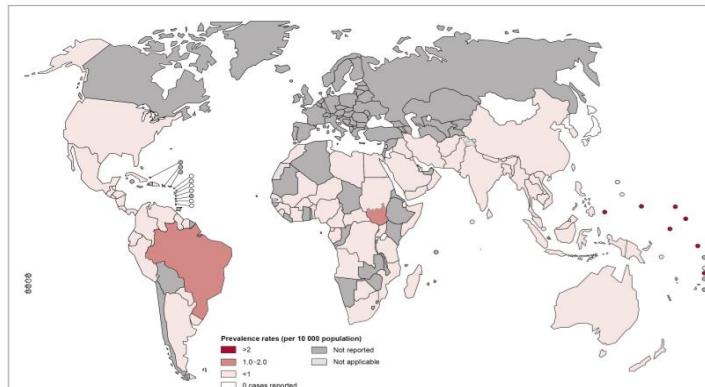
3. Comportamiento del evento a nivel mundial

En el boletín epidemiológico nº35 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 30 de Agosto de 2013, se señala que para el año 2012 cerca de 115 países: 25 de la región de África, 28 de las Américas, 11 de Asia sur-oriental, 20 del mediterráneo oriental y 31 de la región del Pacífico Occidental notificaron casos de Lepra a nivel mundial. La población a mitad de año estimada Para el año 2013 de datos publicados por el departamento de asuntos económicos / la población promedio, se utilizaron como denominador para calcular la tasa de prevalencia y la tasa de detección de casos nuevos, así como la tasa de discapacidad de grado 2 debido a la lepra en cada país y región.

La prevalencia de la lepra en el mundo por región al final del primer trimestre de 2013 y la detección de casos nuevos en 2012. Se observa un aumento a nivel mundial para la prevalencia y la detección de nuevos casos en comparación con 2011. La prevalencia de la lepra en el 2012 fue de 181.941 (0.34) y 189.018 (0.33) a finales del primer trimestre del 2013.

Recientemente, la OMS ha señalado que la tasa de detección de casos nuevos 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.

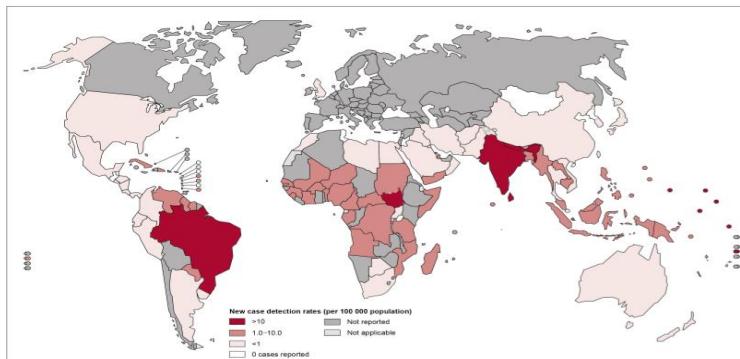
Mapa 1. Prevalencia de casos de Lepra reporte OMS enero de 2013



Fuente: Control de enfermedades tropicales (NTD), publicado por la Organización Mundial de la Salud, 2013.

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p>	<p>INFORME EVENTO</p>	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 3 de 20

Mapa 2. Tasa de detección de casos nuevos de Lepra reporte OMS enero de 2013



Fuente: Control de enfermedades tropicales (NTD), publicado por la Organización Mundial de la Salud, 2013.

Tabla 1 Prevalencia de Lepra registrada y número de casos nuevos reportados por regiones de la OMS según reporte de 115 países, años 2012 y primer trimestre de 2013

REGIONES OMS	Número de casos registrados y prevalencia (número de casos en tratamiento por 10 000 habitantes) al primer trimestre de 2013	Número de casos registrados (casos nuevos detectados por 100 000 habitantes) año 2012
África	17 540 (0.26)	20 599 (3.05)
Américas	33 926 (0.39)	36 178 (4.14)
Sur este asiático	125 167 (0.68)	166 445 (8.98)
Oriente Mediterráneo	4 960 (0.08)	4 235 (0.72)
Pacífico Occidental	7 425 (0.04)	5 400 (0.30)
Total	189 018 (0.33)	232 857 (4.00)

Fuente: Boletín epidemiológico n°35 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 30 de Agosto de 2013 (2).

4. 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 nervioso periférico, dificultades en la identificación de casos sospechosos, falta de oportunidad en el diagnóstico y manejo de los casos (3).



5. OBJETIVOS

Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de lepra, establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y medir la mortalidad registrada por este evento en el país.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Este informe se elaboró 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.

7. HALLAZGOS

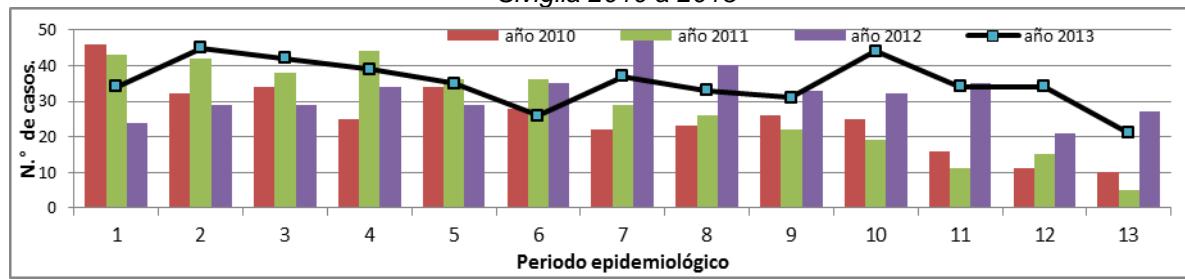
7.1. Comportamiento de la notificación

De acuerdo a notificación del sistema de vigilancia Sivigila, a periodo epidemiológico trece del 2013 se registró un total de 463 casos notificados como lepra y 45 casos descartados. De estos casos notificados el 76,2 % (353 casos) se confirmaron por laboratorio y el 23,8% (110 casos) fueron confirmados por clínica.

7.2. Magnitud en lugar y persona

En los últimos cuatro años, la notificación de los casos de lepra evidencia un comportamiento variable en cada periodo epidemiológico; es importante resaltar que desde el 2010 a 2013 se demuestra un aumento del 37 % en la notificación del evento. En contraste del año 2012 al 2013 (corte a periodo epidemiológico trece), se evidencia un incremento del 8,8% en la notificación (Figura 1).

Figura 1 Comportamiento de la notificación de casos de Lepra por periodos epidemiológicos Sivigila 2010 a 2013



Fuente: Semana epidemiológica 52, Sivigila años 2010-2013 (SE 52)



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

PROCESO
VIGILANCIA Y CONTROL
EN SALUD PÚBLICA

INFORME EVENTO

Versión: 01

2012 – Sep – 05

FOR-R02.4000-001

Página 5 de 20

El departamento que presenta mayor reporte de casos de lepra a periodo epidemiológico trece es Santander con el 12,3%, seguido de Norte de Santander con el 10,3% de la notificación del país. El 91,7 % de las entidades territoriales notificaron casos de Lepra a periodo epidemiológico trece (ver tabla 2).

*Tabla 2. Casos de lepra por entidad territorial de notificación
Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013*

Entidad territorial	Total Casos Reportados	% de total de casos
Santander	56	12,3
Norte Santander	47	10,3
Bogotá	33	7,3
Cesar	31	6,8
Valle	31	6,8
Cartagena	30	6,6
Huila	30	6,6
Bolívar	23	5,1
Magdalena	22	4,8
Barranquilla	20	4,4
Arauca	18	4
Antioquia	12	2,6
Atlántico	12	2,6
Cundinamarca	12	2,6
Tolima	11	2,4
Meta	10	2,2
Boyacá	5	1,1
Caquetá	5	1,1
Córdoba	5	1,1
Sta. Marta	5	1,1
Caldas	4	0,9
Casanare	4	0,9
Cauca	4	0,9
Guajira	4	0,9
Nariño	4	0,9
Guaviare	3	0,7
Risaralda	3	0,7
Sucre	3	0,7
Putumayo	2	0,4
Quindío	2	0,4
Vichada	2	0,4
Choco	1	0,2
San Andrés	1	0,2
Total país	455	100

Fuente: INS, Sivigila individual a semana epidemiológica 52 de 2013



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

**PROCESO
VIGILANCIA Y CONTROL
EN SALUD PÚBLICA**

INFORME EVENTO

Versión: 01

2012 – Sep – 05

FOR-R02.4000-001

Página 6 de 20

Detección de casos nuevos de Lepra

Con base a lo reportado al Sivigila, de los **455 casos confirmados**, 433 casos corresponden a casos nuevos de lepra, es decir el **95,2%** de los casos, el 4,8% a recidivas (22 casos). La tasa de detección de casos nuevos a semana epidemiológica 52 de 2013 es de **0,92 casos por 100 000 habitantes**.

Comparando las entidades territoriales entre sí, de acuerdo a la tasa de detección de casos nuevos, encontramos que el departamento que presenta la detección más alta de casos nuevos de la enfermedad en el país a semana epidemiológica trece del año es Arauca (7,02 casos por 100 000 habitantes), seguido de Norte de Santander (3,23 casos por 100 000 habitantes) (tabla 3).

*Tabla 3. Casos de lepra por entidad territorial de residencia.
Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013*

Entidad territorial	Total Casos confirmados por residencia	Casos Nuevos detectados	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	Recidivas
Arauca	18	18	7,02	0
Norte Santander	47	43	3,23	4
Magdalena	25	23	3	2
Vichada	2	2	2,92	0
Guaviare	3	3	2,78	0
Cesar	30	27	2,69	3
Huila	31	30	2,66	1
Santander	56	54	2,65	2
Cartagena	28	25	2,55	3
Bolívar	25	24	2,24	1
Barranquilla	17	17	1,41	0
San Andrés	1	1	1,33	0
Casanare	4	4	1,16	0
Tolima	18	16	1,14	2
Atlántico	14	13	1,09	1
Meta	10	10	1,08	0
Caquetá	5	5	1,07	0
Sta. Marta	5	5	1,07	0
Valle del Cauca	31	30	0,66	1
Putumayo	2	2	0,59	0
Sucre	4	4	0,48	0
La Guajira	4	4	0,44	0
Caldas	4	4	0,41	0
Boyacá	5	5	0,39	0
Cundinamarca	10	10	0,38	0
Quindío	2	2	0,36	0
Risaralda	3	3	0,32	0
Cauca	4	4	0,3	0
Bogotá	22	21	0,27	1
Antioquia	15	15	0,24	0
Córdoba	5	4	0,24	1
Nariño	4	4	0,24	0
Choco	1	1	0,2	0
Total país	455	433	0,92	22

Fuente: INS, Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2013



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

**PROCESO
VIGILANCIA Y CONTROL
EN SALUD PÚBLICA**

INFORME EVENTO

Versión: 01

2012 – Sep – 05

FOR-R02.4000-001

Página 7 de 20

En la detección de casos nuevos por municipio de residencia las tasas más altas para el evento se observaron para el departamento de Santander en los municipios de el Guacamayo (96,9 casos por 100.000 habitantes); Contratación (55,6 casos por 100.000 habitantes) y Guavatá (52,5 casos por 100.000 habitantes); seguido por el departamento de Antioquia en el municipio de Olaya (31,56 casos por 100.00 habitantes) (Tabla 4).

Tabla 4. Tasa de casos nuevos detectados de acuerdo a municipio de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013

Entidad territorial	Municipios	N.º de casos	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes
Santander	El guacamayo	2	96,99
Santander	Contratación	2	55,62
Santander	Guavatá	2	52,53
Antioquia	Olaya	1	31,56
Huila	baraya	3	31,47
Santander	Jesus Maria	1	31,21
Bolívar	Simití	5	25,35
Santander	Páramo	1	24,83
Santander	Santa Helena	1	23,09
Magdalena	San Zenon	2	22,07
Cundinamarca	Ricaurte	2	21,81
Santander	Ocamonte	1	20,79
Boyacá	Gameza	1	19,9
San Andrés	San Andrés	1	19,62
Santander	Molagavita	1	18,9
Boyacá	Guayatá	1	18,6
Santander	Mogotes	2	18,35
Santander	Capitanejo	1	17,54
Norte de Santander	Labateca	1	17,09
Magdalena	Tenerife	2	16,29
Magdalena	Santa Barbara	2	16,28
Caldas	Norcasia	1	15,43

Fuente: INS, Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2013

De acuerdo al número de casos nuevos reportados a semana epidemiológica 52 por grupos de edad y sexo se presentó que la tasa de detección más alta corresponde al sexo masculino (1,21 por 100 000 hombres) con 282 casos y para el sexo femenino (0,63 por 100 000 mujeres) con 151 casos. En cuanto a la tasa de detección más alta por grupos de edad y sexo fue para el sexo masculino en el grupo de edad de 65 y mas (4,57 casos por 100 000 habitantes) (figura2).



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

**PROCESO
VIGILANCIA Y CONTROL
EN SALUD PÚBLICA**

INFORME EVENTO

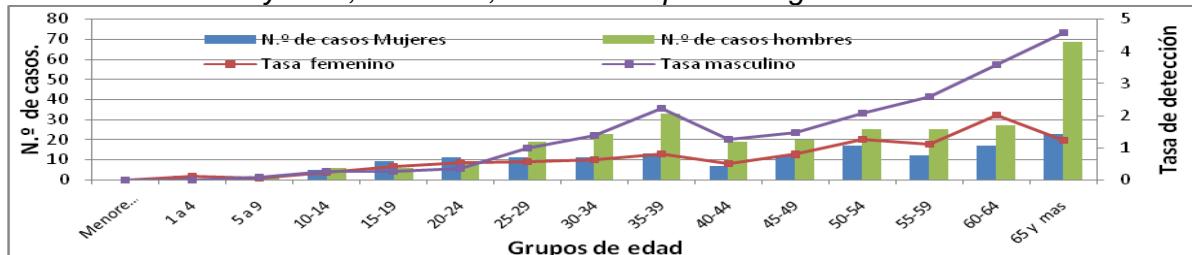
Versión: 01

2012 – Sep – 05

FOR-R02.4000-001

Página 8 de 20

Figura 2. Número de casos y tasa de detección de casos nuevos de Lepra por grupos de edad y sexo, Colombia, a Semana epidemiológica 52 de 2013.

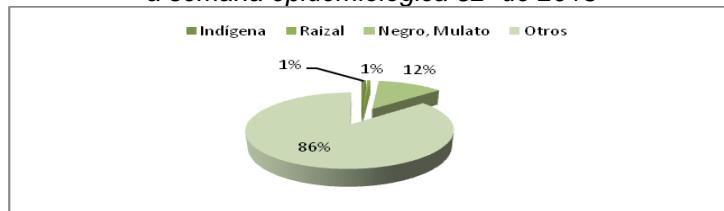


Fuente: INS, Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2013

Pertenencia étnica

Del total de casos de lepra reportados al Sivigila hasta la semana epidemiológica 52 del año 2013, en cuanto a la caracterización por grupo étnico se evidencia que el 86 % (391 casos) de los casos corresponden a otros grupos poblacionales, el 12% (57 casos) a negro mulato, 1% (cuatro casos) a indígenas y 1 % (tres casos) a raizal.

Figura 3. Distribución de Casos de Lepra por pertenencia étnica, Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013



Fuente: INS, Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2013.

Aseguramiento en Salud

De acuerdo al régimen de afiliación, el 58% (265 casos) pertenecen al régimen subsidiado, el 30 % (137 casos) al régimen contributivo, el 9 % (39 casos) aparecen como no afiliados, el 2% (11 casos) a especiales y 1 % (tres casos) aparecen como régimen excepción (ver figura 4).

Figura 4. Distribución de Casos de Lepra por tipo de aseguramiento en salud. Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013



Fuente: INS, Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2013.

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p>	<p>INFORME EVENTO</p>	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 9 de 20

7.3. Comportamiento de otras variables de interés

Clasificación de los casos de lepra

Del total de casos nuevos, el 60,5 % presentaban lepra multibacilar y el 39,5 % presentaban lepra paucibacilar, esto demuestra que más de la mitad de los casos que se notifican están siendo diagnosticados en etapas tardías de la enfermedad y presentan un tipo de lepra de mayor riesgo para discapacidad (ver tabla 5).

El objetivo de la clasificación de la lepra es reconocer y establecer las diversas formas de la enfermedad con el fin de conocer su diagnóstico, evolución y pronóstico (4). En Colombia adoptando la clasificación operativa de la OMS, con los resultados de la baciloscopía 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), esta clasificación operativa permite orientar adecuadamente el tratamiento y dar un diagnóstico inicial de la enfermedad (5).

Tabla 5. Clasificación bacteriológica de casos detectados de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013

Entidad Territorial	Casos Nuevos detectados			
	Paucibacilar	%	Multibacilar	%
Antioquia	5	33,3	10	66,7
Arauca	6	33,3	12	66,7
Atlántico	8	61,5	5	38,5
Barranquilla	4	23,5	13	76,5
Bogotá	7	33,3	14	66,7
Bolívar	9	37,5	15	62,5
Boyacá	1	20	4	80
Caldas	0	0	4	100
Caquetá	0	0	5	100
Cartagena	16	64	9	36
Casanare	0	0	4	100
Cauca	1	25	3	75
Cesar	8	29,6	19	70,4
Choco	0	0	1	100
Córdoba	1	25	3	75
Cundinamarca	7	70	3	30
Guajira	1	25	3	75
Guaviare	1	33,3	2	66,7
Huila	15	50	15	50
Magdalena	6	26,1	17	73,9
Meta	3	30	7	70
Nariño	2	50	2	50
Norte Santander	21	48,8	22	51,2
Putumayo	0	0	2	100
Quindío	1	50	1	50
Risaralda	1	33,3	2	66,7
San Andrés	1	100	0	0
Santander	22	40,7	32	59,3
Sta. Marta	2	40	3	60
Sucre	3	75	1	25
Tolima	5	31,3	11	68,8
Valle	14	46,7	16	53,3
Vichada	0	0	2	100
Total país	171	39,5	262	60,5



Fuente: INS, Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2013

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).

El diagnóstico de la lepra es clínico donde se pueden presentar lesiones cutáneas muy variadas e inespecíficas, que se complementa con una buena exploración neurológica y examen bacteriológico e histopatológico para su clasificación final y tratamiento (7) (tabla 6).

Tabla 6. Clasificación de acuerdo a criterio histopatológico de los casos de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013

Entidad Territorial	Clasificación de la lepra de acuerdo al criterio histopatológico					
	Indeterminada	Tuberculoide	Dimorfa	Lepromatosa	Neural	Sin dato
Antioquia	3	1	0	4	0	7
Arauca	1	1	0	0	0	16
Atlántico	3	5	0	2	0	4
Barranquilla	4	1	2	6	0	4
Bogotá	2	4	8	5	0	3
Bolívar	4	4	1	3	0	13
Boyacá	0	1	0	3	0	1
Caldas	0	0	0	1	0	3
Caquetá	0	0	0	4	0	1
Cartagena	9	7	0	5	0	7
Casanare	0	0	0	2	0	2
Cauca	0	1	0	0	0	3
Cesar	7	1	1	9	0	12
Choco	0	0	0	0	0	1
Córdoba	0	0	0	0	0	5
Cundinamarca	3	2	0	3	0	2
Guajira	1	0	0	0	0	3
Guaviare	0	0	0	0	0	3
Huila	3	11	5	3	0	9
Magdalena	2	1	3	2	0	17
Meta	1	2	0	2	0	5
Nariño	0	0	0	0	0	4
Norte Santander	10	9	3	6	2	17
Putumayo	0	0	0	1	0	1
Quindío	1	0	0	0	0	1
Risaralda	3	0	0	0	0	0
San Andrés	0	1	0	0	0	0
Santander	10	10	6	6	0	24
Sta. Marta	3	0	0	0	0	2
Sucre	2	0	1	0	0	1
Tolima	2	1	6	3	0	6
Valle	3	7	2	10	0	9
Vichada	0	0	0	0	0	2
Total país	77	70	38	80	2	188

Fuente: INS, Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2013

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p>	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 11 de 20

Con lo anterior podemos afirmar que de los casos clasificados por histopatología (267 casos), el 28,8 % (77 casos) corresponden a lepra indeterminada, el 26,2 % (70 casos) a lepra tuberculoide, el 14,2 % (38 casos) corresponde a lepra dimorfa, el 30 % (80 casos) a lepra lepromatosa y 0,74 % (dos casos) a lepra neural; se obtuvo también que 188 casos no tenían información con respecto a su clasificación.

La lepra indeterminada es la forma inicial de enfermedad y se presenta como máculas hipocrómicas 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) (8).

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 (8).

Lepro reacciones

En cuanto a la aparición de signos y síntomas de inflamación en los casos de lepra es decir lepro reacciones se tiene que del total de casos nuevos detectados, 71 casos presentó leproreacción tipo I (16,4 % de los casos notificados), 33 casos con leprorreacción tipo II (7,6 % de los casos) y el resto de casos no presentó reacción leprótica. Es importante recordar que las reacciones son una de las principales causas de lesiones neurológicas que podrían producir discapacidad (4).

Clasificación de los casos según grado de discapacidad en casos nuevos detectados

En cuanto a discapacidad, de los 433 casos detectados, 280 (64,7 %) presentaron discapacidad grado cero, 102 (23,6 %) discapacidad grado I, y 51 (11,8 %) presentaron grado II 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 (tabla 7).



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

**PROCESO
VIGILANCIA Y CONTROL
EN SALUD PÚBLICA**

INFORME EVENTO

Versión: 01

2012 – Sep – 05

FOR-R02.4000-001

Página 12 de 20

Tabla 7. Distribución porcentual de los casos nuevos detectados de acuerdo al grado de discapacidad por entidad territorial de residencia. Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013

Entidad territorial	Total Nº Casos nuevos detectados	Nº Casos con Discapacidad Grado 0	Nº Casos con Discapacidad Grado I	(%) con Discapacidad Grado I	Nº Casos con Discapacidad Grado II	(%) con Discapacidad Grado II
Antioquia	15	8	5	33,3	2	13,3
Arauca	18	9	5	27,8	4	22,2
Atlántico	13	9	4	30,8	0	0
Barranquilla	17	10	3	17,6	4	23,5
Bogotá	21	13	5	23,8	3	14,3
Bolívar	24	13	8	33,3	3	12,5
Boyacá	5	3	2	40	0	0
Caldas	4	3	1	25	0	0
Caquetá	5	4	1	20	0	0
Cartagena	25	14	9	36	2	8
Casanare	4	4	0	0	0	0
Cauca	4	3	0	0	1	25
Cesar	27	18	4	14,8	5	18,5
Choco	1	0	0	0	1	100
Córdoba	4	0	3	75	1	25
Cundinamarca	10	5	4	40	1	10
Guajira	4	2	1	25	1	25
Guaviare	3	2	0	0	1	33,3
Huila	30	25	4	13,3	1	3,3
Magdalena	23	9	11	47,8	3	13,0
Meta	10	5	2	20	3	30
Nariño	4	2	0	0	2	50
Norte Santander	43	33	9	20,9	1	2,3
Putumayo	2	0	1	50	1	50
Quindío	2	2	0	0	0	0
Risaralda	3	2	1	33,3	0	0
San Andrés	1	1	0	0	0	0
Santander	54	37	10	18,5	7	13,0
Sta. Marta	5	5	0	0	0	0
Sucre	4	4	0	0	0	0
Tolima	16	10	5	31,25	1	6,25
Valle	30	23	4	13,3	3	10
Vichada	2	2	0	0	0	0
Total país	433	280	102	23,6	51	11,8

Fuente: INS, Sivigila, a semana epidemiológica 52 de 2013.

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p>	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 13 de 20

Estudio de contactos

De acuerdo con la información registrada el 38,7 % (176 casos) de los casos ha realizado investigación epidemiológica de campo. Se espera que para el cumplimiento de este indicador el porcentaje de la meta sea del 80%. Por entidad territorial se observa que los departamentos de Casanare, San Andrés y Vichada cumplen con la meta planteada de investigación (tabla 8).

*Tabla 8. Investigación de contactos efectuadas.
Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013*

Entidad territorial por residencia	Total Nº de casos	Nº Investigaciones realizadas	(%) cumplimiento
Casanare	4	4	100,0
San Andrés	1	1	100,0
Vichada	2	2	100,0
Huila	31	29	93,5
Meta	10	9	90,0
Magdalena	25	19	76,0
Guajira	4	3	75,0
Sucre	4	3	75,0
Bogotá	22	15	68,2
Caldas	4	2	50,0
Cauca	4	2	50,0
Nariño	4	2	50,0
Putumayo	2	1	50,0
Antioquia	15	7	46,7
Boyacá	5	2	40,0
Cartagena	28	11	39,3
Valle	31	12	38,7
Cesar	30	11	36,7
Arauca	18	5	27,8
Santander	56	15	26,8
Barranquilla	17	4	23,5
Bolívar	25	5	20,0
Caquetá	5	1	20,0
Atlántico	14	2	14,3
Norte Santander	47	6	12,8
Tolima	18	2	11,1
Cundinamarca	10	1	10,0
Choco	1	0	0,0
Córdoba	5	0	0,0
Guaviare	3	0	0,0
Quindío	2	0	0,0
Risaralda	3	0	0,0
Sta. Marta	5	0	0,0
Total país	455	176	38,7

Fuente: INS, Sivigila, a semana epidemiológica 52 de 2013.

Se identificaron un total de 1309 convivientes de los cuales el 53,3 % 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



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

**PROCESO
VIGILANCIA Y CONTROL
EN SALUD PÚBLICA**

INFORME EVENTO

Versión: 01

2012 – Sep – 05

FOR-R02.4000-001

Página 14 de 20

es una de las actividades fundamentales al realizar el diagnóstico temprano y cortar con la cadena de transmisión. En cuanto al reporte de vacunación de convivientes se muestra que de los identificados el 41,6 % fue vacunado (ver tabla 9).

*Tabla 9. Porcentaje de Convivientes Identificados Examinados y Vacunados
Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013*

Entidad territorial	Convivientes						
	Identificados	Examinados	% Examinados	Sintomáticos	% Sintomáticos	Vacunados	% Vacunados
Antioquia	23	11	47,8	2	18,2	14	60,9
Arauca	30	16	53,3	0	0,0	7	23,3
Atlántico	40	10	25,0	0	0,0	5	12,5
Barranquilla	59	41	69,5	1	2,4	28	47,5
Bogotá	93	27	29,0	4	14,8	20	21,5
Bolívar	56	24	42,9	8	33,3	16	28,6
Boyacá	23	12	52,2	1	8,3	9	39,1
Caldas	33	7	21,2	5	71,4	7	21,2
Caquetá	22	5	22,7	0	0,0	9	40,9
Cartagena	76	66	86,8	3	4,5	12	15,8
Casanare	11	7	63,6	1	14,3	8	72,7
Cauca	13	9	69,2	1	11,1	4	30,8
Cesar	120	99	82,5	37	37,4	79	65,8
Choco	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Córdoba	29	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cundinamarca	16	5	31,3	0	0,0	7	43,8
Guajira	9	8	88,9	0	0,0	3	33,3
Guaviare	12	3	25,0	0	0,0	8	66,7
Huila	107	62	57,9	2	3,2	41	38,3
Magdalena	82	72	87,8	2	2,8	58	70,7
Meta	34	34	100,0	0	0,0	30	88,2
Nariño	6	6	100,0	1	16,7	4	66,7
Norte Santander	105	44	41,9	16	36,4	55	52,4
Putumayo	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Quindío	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Risaralda	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0
San Andrés	11	3	27,3	1	33,3	0	0,0
Santander	125	50	40,0	7	14,0	47	37,6
Sta. Marta	10	3	30,0	6	200,0	6	60,0
Sucre	17	17	100,0	2	11,8	11	64,7
Tolima	32	10	31,3	2	20,0	7	21,9
Valle	104	43	41,3	9	20,9	48	46,2
Vichada	7	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Total país	1309	698	53,3	111	15,9	544	41,6

Fuente: INS, Sivigila, a semana epidemiológica 52 de 2013.



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

PROCESO
VIGILANCIA Y CONTROL
EN SALUD PÚBLICA

INFORME EVENTO

Versión: 01

2012 – Sep – 05

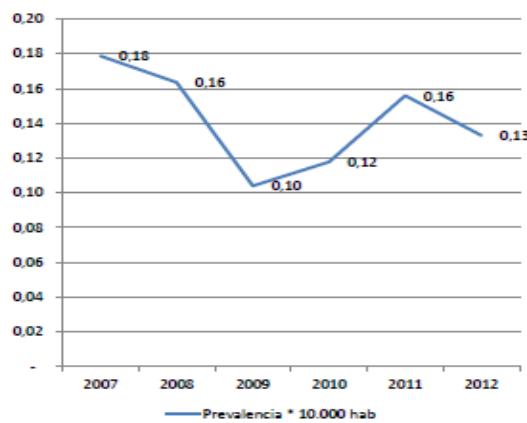
FOR-R02.4000-001

Página 15 de 20

7.4. Tendencia del evento

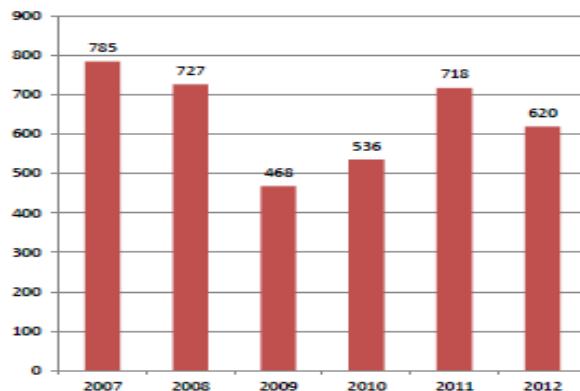
En las siguientes gráficas se observa la tendencia en cuanto a los casos prevalentes del país y la tasa de prevalencia, la cual para el año anterior según los datos del programa de control de Lepra fue de 0,13 casos por 10.000 que si bien dan cumplimiento al objetivo de mantener una prevalencia por debajo de 1 casos por 10.000 habitantes, se comporta de manera diferente en cada una de las entidades territoriales.

Figura 5. Tasa de prevalencia de Lepra Programa Nacional de Control de la Lepra reunión nacional, Colombia, año 2013



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Control de la Lepra .Memorias reunión nacional de coordinadores de Lepra Cúcuta año 2013. Información con corte al mes de Julio de 2013.

*Figura 6. Número de casos prevalentes de Lepra por año
Programa Nacional de Control de la Lepra reunión nacional, Colombia, año 2013*



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Control de la Lepra .Memorias reunión nacional de coordinadores de Lepra Cúcuta año 2013. Información con corte al mes de Julio de 2013.

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p>	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 16 de 20

7.5. 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 2013

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Porcentaje de casos nuevos de Lepra	433	455	95,16
Porcentaje de Recidivas	22	455	4,83
Tasa de detección de casos nuevos general de Lepra	433	47.121.089	0,92
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Hombres	282	23.264.039	1,21
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Mujeres	151	23.857.050	0,63
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Menores de 15 Años	16	12892289	0,12
Tasa de detección de caos nuevos de Lepra en Mayores de 15 Años	417	34228800	1,21
Porcentaje de casos nuevos paucibacilares según Clasificación Bacteriológica	171	433	39,5
Porcentaje de casos nuevos multibacilar según Clasificación Bacteriológica	262	433	60,5
Porcentaje De Casos Nuevos Con Discapacidad grado 1	102	433	23,6
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado 2	51	433	11,8
Tasa de discapacidad grado 2	51	47.121.089	0,10
Proporción de leproreacciones en casos nuevos		433	24,01
Porcentaje de convivientes vacunados con BCG	544	1309	41,5
Porcentaje de casos nuevos y recidivas con investigación epidemiológica de campo inicial.	176	455	38,7

Fuente: INS, Sivigila a semana epidemiológica 52 de 2013.

8. DISCUSIÓN

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 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.

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA</p>	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 17 de 20

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.

9. 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.

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p>	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 18 de 20

10. 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 y durante la investigación de campo se deben efectuar acciones de educación y canalización a servicios y programas para la prevención y rehabilitación de la discapacidad en los casos que sea necesario.
- 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 baciloscopía sea negativa; siempre y cuando esto no impida el pronto inicio de la poliquimioterapia (PQT).
- 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 baciloscopía y la biopsia son ayudas útiles para establecer la recidiva.

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p>	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 19 de 20

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

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. Consultado en : www.cenaprece.salud.gob.mx/.../pdf/manual_procedlab_lepraindre.pdf
2. Organización Mundial de la salud. Boletín epidemiológico número 35; August 2013, 88th yeAr 2013, 88, 365 380.Consultado en: http://www.who.int/wer/2013_wer8835.pdf?ua=1Weekly epidemiological record.
3. Organización Panamericana de la salud. Informar y concientizar a la población respecto a cómo prevenir y controlar esta enfermedad de Hansen. Publicado en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=753&Itemid=470
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 : svcd.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 año 2000
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.
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.
8. Dres. A. Moreno y O. Servitje. Capítulo 75 Lepra pg 307-311. Consultado en www.e-dermatosis.com/pdfzip/Derma075.pdf



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 20