 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

LEPRA

INFORME FINAL LEPRA, COLOMBIA, 2014.

*Equipo Funcional Micobacterias
Grupo Transmisibles
Subdirección de Prevención vigilancia y control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*

1. INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad 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).

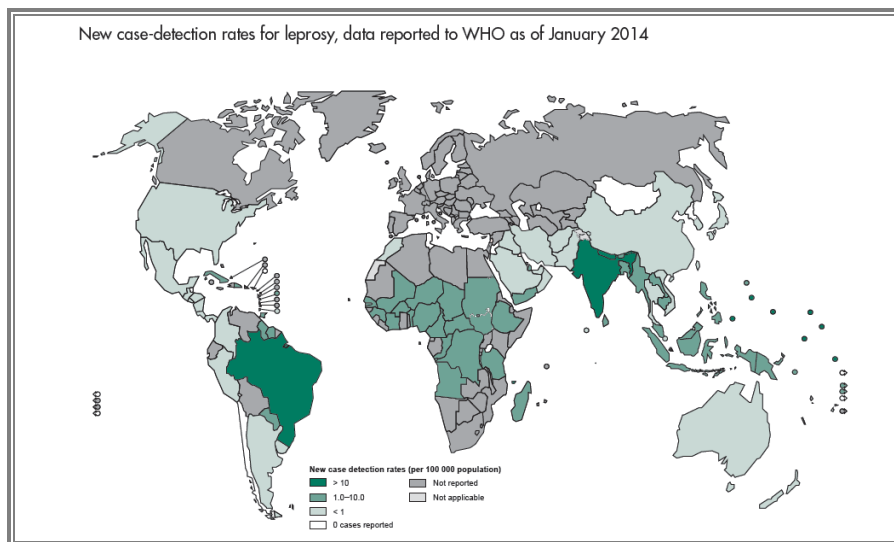
Esta enfermedad es de distribución mundial sin embargo en algunas partes del mundo se considera en erradicación, aunque existen zonas y países donde se considera endémica. Durante la última década, el control de la Lepra se ha enfocado en la detección oportuna de nuevos casos y el suministro de poliquimioterapia (PQT), la implementación de servicios especializados en la atención y manejo de discapacidades y en el seguimiento a los contactos.

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

En el boletín epidemiológico n°36 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 05 de septiembre de 2014, se señala que para el año 2013 cerca de 102 países: 20 países de la región africana, 25 países de la región de América, 14 países de la región oriental, 11 países de sur este de Asia, 32 países de la región del pacífico y 32 países de la región pacífica occidental notificaron casos de Lepra a nivel mundial. Los datos sobre nuevos casos registrados incluyen números absolutos, proporciones y tasas por 100 000 habitantes. 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 (Ver mapa 1).

Mapa 1. Tasa de detección de casos nuevos de Lepra reporte OMS enero de 2014

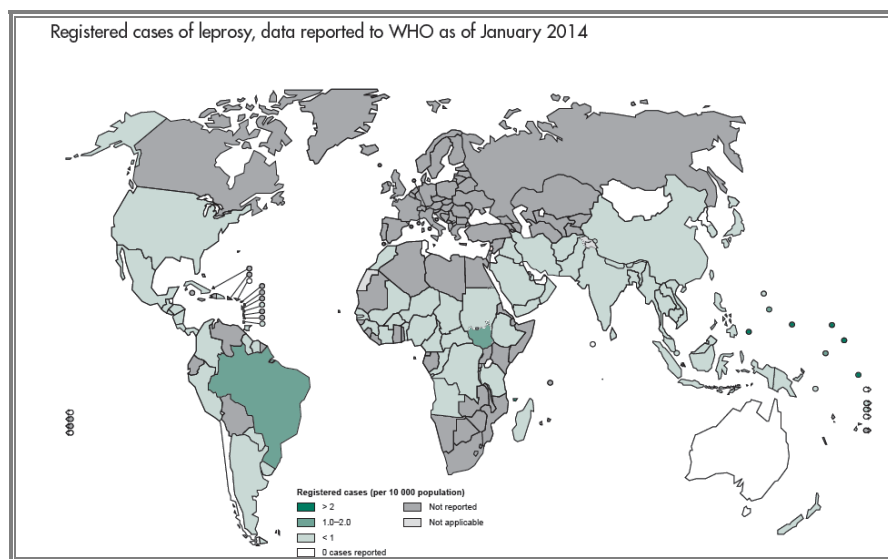
LEPRA



Fuente: Control de enfermedades tropicales (NTD), publicado por la Organización Mundial de la Salud, 2014

La prevalencia de la lepra reportada por la OMS al final del primer trimestre de 2014 y de casos nuevos de detección durante el año 2013. Al final del año 2013, se registró un total de 180 618 enfermos de lepra que recibieron tratamiento. La tasa de prevalencia se estimó en 0.32 por 10 000 habitantes (Ver mapa 2).

Mapa 2. Prevalencia de casos de Lepra reporte OMS enero de 2014



Fuente: Control de enfermedades tropicales (NTD), publicado por la Organización Mundial de la Salud, 2014

LEPRA

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.

En comparación al año anterior (189 018 casos) se presenta una reducción en la prevalencia de 8 554 casos. Durante el año 2013, se reportaron 215 656 casos nuevos fueron reportados en 103 países. El número de casos nuevos reportados para el 2013 en comparación con el año anterior (232 857) se observa una disminución de 17 201 casos. La tasa global de casos nuevos fue de 3,81 por 100 000 habitantes (Ver tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de Lepra registrada y número de casos nuevos reportados por regiones de la OMS según reporte de 102 países, años 2013 y primer trimestre de 2014.

REGIONES OMS	Número de casos registrados y prevalencia (número de casos en tratamiento por 10 000 habitantes) al primer trimestre de 2014	Número de casos registrados (casos nuevos detectados por 100 000 habitantes) año 2013
África	22 722 (0.38)	20 911 (3.50)
Américas	31 753 (0.36)	33 084 (3.78)
Oriente Mediterráneo	2 604 (0.05)	1 680 (0.35)
Sur este asiático	116 396 (0.63)	155 385 (8.38)
Pacífico Occidental	7 143 (0.04)	4 596 (0.25)
Total	180 618 (0.32)	215 656 (3.81)

Fuente: Boletín epidemiológico n°36 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 05 de septiembre 2014 (2).

1.2 Comportamiento del evento en Colombia

En el reporte de la OMS Colombia para el año 2013 registró 584 casos prevalentes, 430 casos nuevos de los cuales 289 fueron multibacilares, 9 casos nuevos en niños, 53 casos con grado II de discapacidad y 58 casos reportados como recidivas (2).

En Colombia, la Lepra es un tema de preocupación debido a la drástica disminución de casos, generando 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 (Ver tabla 2).

LEPRA

Tabla 2. Situación de la Lepra registrada en Colombia registrada por la OMS, años 2008 a 2013.

Año	Casos prevalentes	Prevalencia (casos en tratamiento *10 000 hab.)	Casos Nuevos	Casos nuevos- Multibacilar	Casos nuevos niños	Casos nuevos con grado II de discapacidad	Recidiva
2008	680	0,15	445	285	10	46	NR
2009	868	0,19	468	352	11	35	19
2010	558	0,12	295	198	9	27	55
2011	718	0,15	434	309	13	41	58
2012	620	0,13	392	247	11	31	50
2013	584	0,12	430	289	9	53	58

Fuente: Boletines epidemiológicos publicados por la Organización Mundial de la Salud 2009-2014 (2).

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un análisis descriptivo-retrospectivo de las variables en cuanto a persona, tiempo y lugar. Este informe se elaboró con base en datos suministrados por la notificación realizada semanalmente al Sivigila; 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.

4. HALLAZGOS

4.1. Comportamiento de la notificación

De acuerdo a notificación del sistema de vigilancia Sivigila, hasta el periodo epidemiológico XIII de 2014 se registró un total de 463 casos notificados como lepra con 46 casos descartados (29 casos por ajuste 6 y D y 17 casos como duplicados), quedando un total de 417 casos de lepra. De estos casos el 78,7 % (328 casos) se confirmaron por laboratorio y el 21,3 % (89 casos) fueron confirmados por clínica.

LEPRA

4.2. Magnitud en lugar y persona

El departamento que presenta mayor número de casos notificados de lepra hasta la semana epidemiológica 53 es Norte de Santander con el 12,9 % (54 casos) de la notificación del país. El 80,5 % de las entidades territoriales notificaron casos de lepra hasta el periodo epidemiológico XIII (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Casos de lepra por entidad territorial de notificación
Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2014.**

Entidad territorial	Número de casos notificados por la entidad territorial	% total de casos notificados
Norte Santander	54	12,9
Santander	54	12,9
Valle	33	7,9
Bogotá	29	7
Cesar	29	7
Cartagena	25	6
Huila	23	5,5
Bolívar	20	4,8
Arauca	17	4,1
Meta	16	3,8
Atlántico	15	3,6
Magdalena	12	2,9
Antioquia	11	2,6
Tolima	11	2,6
Barranquilla	10	2,4
Cundinamarca	8	1,9
Córdoba	7	1,7
Quindío	7	1,7
Nariño	6	1,4
Caldas	5	1,2
Caquetá	5	1,2
Cauca	5	1,2
Sucre	4	1
Casanare	3	0,7
Boyacá	2	0,5
Risaralda	2	0,5
Vichada	2	0,5
Choco	1	0,2
Guaviare	1	0,2
Total país	417	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Detección de casos nuevos de Lepra

Con base a lo reportado al Sivigila, de los 417 casos confirmados, el 89,7 % corresponde a nuevos casos detectados (374 casos), el 7,2 % a recidivas (30 casos), 2,6 % por reingreso abandono (11 casos) y dos casos sin información de datos complementarios notificados por el departamento de Santander. En comparación al año anterior se observa un aumento del 36,4 % en la notificación de recidivas. La tasa de detección de casos nuevos presentados hasta la semana epidemiológica 53 de 2014 es de 0,78 casos por 100 000 habitantes.

LEPRA

Comparando las entidades territoriales entre sí de acuerdo a la tasa de detección de casos nuevos, encontramos que el departamento con la detección más alta de casos nuevos de la enfermedad en el país hasta la semana epidemiológica 53 del año 2014 se presenta en Arauca (6,17 casos por 100 000 habitantes), seguido de Vichada (4,27 casos por 100 000 habitantes) (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Casos de lepra por entidad territorial de residencia.
Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2014**

Entidad territorial	Número de casos notificados	Número de casos residentes	Número de casos nuevos	Tasa de detección de casos nuevos por 100 000 habitantes	Recidivas	Reingreso abandono
Arauca	17	18	16	6,17	1	1
Vichada	2	3	3	4,27	0	0
Norte Santander	54	55	48	3,57	6	1
Cesar	29	28	28	2,75	0	0
Santander	54	53	46	2,24	2	3
Huila	23	23	23	2,02	0	0
Cartagena	25	20	18	1,82	1	1
Casanare	3	5	5	1,43	0	0
Meta	16	15	12	1,27	3	0
Bolívar	20	27	23	1,11	3	1
Magdalena	12	13	12	0,96	1	0
Guaviare	1	1	1	0,91	0	0
Quindío	7	7	5	0,89	2	0
Caquetá	5	5	4	0,85	1	0
Tolima	11	14	11	0,78	2	1
Barranquilla	10	9	9	0,74	0	0
Valle	33	33	30	0,66	2	1
<u>Atlántico</u>	15	15	15	0,62	0	0
Choco	1	3	3	0,61	0	0
Sucre	4	4	4	0,47	0	0
Caldas	5	5	4	0,41	1	0
Córdoba	7	7	6	0,36	1	0
Nariño	6	6	6	0,35	0	0
Cundinamarca	8	9	7	0,27	1	1
Boyacá	2	3	3	0,24	0	0
<u>Bogotá</u>	29	18	18	0,23	0	0
Cauca	5	5	3	0,22	2	0
Risaralda	2	2	2	0,21	0	0
Sta Marta D.E.	0	1	1	0,21	0	0
Antioquia	11	9	7	0,11	1	1
Exterior	0	1	1		0	0
Total	417	417	*374	0,78	*30	*11

* Dos casos sin información de casos complementarios

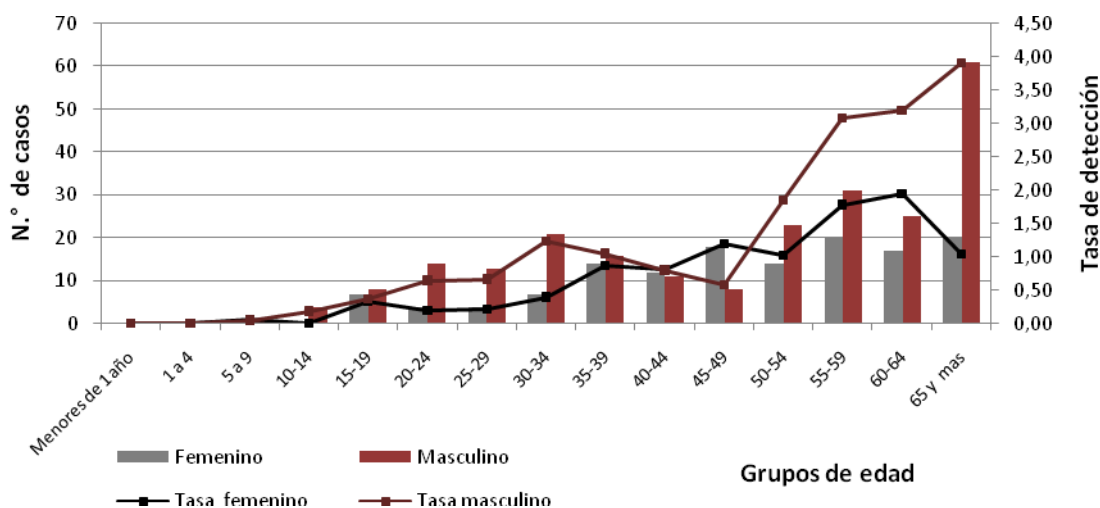
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

De acuerdo al número de casos nuevos reportados a semana epidemiológica 53 por grupos de edad y sexo, se presentó que la tasa de detección más alta corresponde al sexo masculino (1,0 por 100 000 hombres) con 236 casos. Para el sexo femenino se obtuvo un total de 138 casos (0,57 por 100 000 mujeres). En cuanto a la tasa de detección más alta

LEPRA

por grupos de edad y sexo fue para el sexo masculino en el grupo de edad de 65 y más (3,91 casos por 100 000 habitantes) (Ver figura 1).

Figura 1. Número de casos y tasa de detección de casos nuevos de Lepra por grupos de edad a Semana epidemiológica 53 de 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Pertenencia étnica

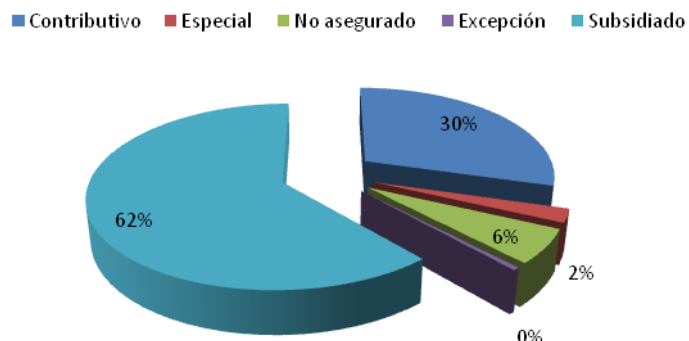
En cuanto a la caracterización por grupo étnico se evidencia que el 92,6 % de los casos (386 casos) corresponden a otros grupos poblacionales, el 6,2 % afrocolombianos (26 casos), tres casos para el grupo étnico indígena y dos casos para el grupo étnico ROM gitano.

Aseguramiento en Salud

De acuerdo al régimen de afiliación de los casos de lepra reportados, el 62 % (257 casos) pertenecen al régimen subsidiado, el 30 % (123 casos) al régimen contributivo, el 6 % (25 casos) como no asegurado, el 3 % (10 casos) especial y dos casos como excepción (ver figura 2).

LEPRA

Figura 2. Distribución de Casos de Lepra por tipo de aseguramiento en salud A semana epidemiológica 53 de 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

4.3. Comportamiento de otras variables de interés

Clasificación de los casos de lepra

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 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), esta clasificación operativa permite orientar adecuadamente el tratamiento y dar un diagnóstico inicial de la enfermedad (5).

Del total de casos identificados, el 65,5 % presentaban lepra multibacilar y el 34,5 % lepra paucibacilar, demostrando que más de la mitad de los casos que se notifican no están siendo diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad (Ver tabla 5).


LEPRA

Tabla 5. Clasificación bacteriológica de los casos nuevos detectados de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2014

Entidad Territorial	Casos Nuevos detectados			
	Paucibacilar	%	Multibacilar	%
Antioquia	1	14,3	6	85,7
Arauca	9	56,3	7	43,8
Atlántico	4	26,7	11	73,3
Barranquilla	3	33,3	6	66,7
Bogotá	4	22,2	14	77,8
Bolívar	7	30,4	16	69,6
Boyacá	0	0,0	3	100,0
Caldas	2	50,0	2	50,0
Caquetá	1	25,0	3	75,0
Cartagena	7	38,9	11	61,1
Casanare	2	40,0	3	60,0
Cauca	1	33,3	2	66,7
Cesar	9	32,1	19	67,9
Choco	0	0,0	3	100,0
Córdoba	3	50,0	3	50,0
Cundinamarca	3	42,9	4	57,1
Guaviare	1	100,0	0	0,0
Huila	7	30,4	16	69,6
Magdalena	3	25,0	9	75,0
Meta	4	33,3	8	66,7
Nariño	3	50,0	3	50,0
Norte Santander	15	31,3	33	68,8
Quindío	0	0,0	5	100,0
Risaralda	1	50,0	1	50,0
Santander	18	39,1	28	60,9
Sta. Marta D.E	1	100,0	0	0,0
Sucre	3	75,0	1	25,0
Tolima	8	72,7	3	27,3
Valle del Cauca	9	30,0	21	70,0
Vichada	0	0,0	3	100,0
*Exterior	0	0,0	1	100,0
Total	129	34,5	245	65,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Es importante señalar que el riesgo de daño neural en los pacientes con lepra multibacilar 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).

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

LEPRA

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).

Del total de casos clasificados por histopatología (251 casos), el 33,9 % (85 casos) corresponden a lepra lepromatosa, el 25,1 % (63 casos) a lepra indeterminada, el 24,3 % (61 casos) corresponde a lepra tuberculoide, y el 13,9 % (35 casos) a lepra dimorfa y siete casos clasificados como lepra neural. Se obtuvo un total de 166 casos sin 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) (Ver tabla 6).

LEPRA


Tabla 6. Clasificación de acuerdo a criterio histopatológico de los casos de lepra por entidad territorial de residencia. Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2014

Entidad Territorial	Clasificación de la lepra de acuerdo al criterio histopatológico					
	Indeterminada	Tuberculoide	Dimorfa	Lepromatosa	Neural	Sin dato
Antioquia	0	0	1	3	1	4
Arauca	2	2	0	0	0	14
Atlántico	1	2	2	4	0	6
Barranquilla	1	1	0	4	0	3
Bogotá	3	2	3	8	0	2
Bolívar	4	2	2	5	0	14
Boyacá	1	0	1	0	0	1
Caldas	0	0	1	1	0	3
Caquetá	0	0	3	0	0	2
Cartagena	6	3	2	2	0	7
Casanare	0	2	0	0	0	3
Cauca	2	1	0	0	0	2
Cesar	7	3	1	6	0	11
Choco	0	1	0	1	0	1
Córdoba	2	2	1	1	0	1
Cundinamarca	1	2	1	2	1	2
Guaviare	0	0	1	0	0	0
Huila	5	5	1	4	0	8
Magdalena	1	2	0	1	0	9
Meta	2	4	0	4	0	5
Nariño	0	0	1	4	0	1
Norte Santander	12	8	6	7	1	21
Quindío	2	0	0	2	0	3
Risaralda	1	0	0	0	0	1
Santander	6	10	3	11	4	19
Sta. Marta D.E	0	0	1	0	0	0
Sucre	1	1	0	0	0	2
Tolima	0	3	2	3	0	6
Valle del Cauca	3	5	2	11	0	12
Vichada	0	0	0	1	0	2
*Exterior	0	0	0	0	0	1
Total	63	61	35	85	7	166

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Lepra 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 (374 casos), 55 casos presentaron leproreacción tipo I (14,7 % de los casos detectados), 36 casos con leproreacción

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

LEPRA

tipo II (9,6 % de los casos) y el resto de casos no presento 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

De los 374 casos detectados, 82 casos presentaron (21,9 %) discapacidad grado I, y 40 (10,7 %) presentaron grado II de discapacidad. Con relación al año anterior se observa una disminución del 27 % de los casos con grado II de discapacidad. La evaluación de discapacidad del paciente al momento del diagnóstico, da cuenta de la capacidad de detección y diagnóstico de la lepra (Ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución porcentual de los casos nuevos detectados de acuerdo al grado de discapacidad por entidad territorial de residencia. Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2014

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	7	3	2	28,6	2	28,6
Arauca	16	8	4	25,0	4	25,0
Atlántico	15	14	1	6,7	0	0,0
Barranquilla	9	7	2	22,2	0	0,0
Bogotá	18	13	3	16,7	2	11,1
Bolívar	23	14	6	26,1	3	13,0
Boyacá	3	1	2	66,7	0	0,0
Caldas	4	3	1	25,0	0	0,0
Caquetá	4	4	0	0,0	0	0,0
Cartagena	18	13	3	16,7	2	11,1
Casanare	5	5	0	0,0	0	0,0
Cauca	3	0	1	33,3	2	66,7
Cesar	28	20	6	21,4	2	7,1
Choco	3	1	2	66,7	0	0,0
Córdoba	6	5	1	16,7	0	0,0
Cundinamarca	7	5	2	28,6	0	0,0
Guaviare	1	0	1	100,0	0	0,0
Huila	23	11	10	43,5	2	8,7
Magdalena	12	8	4	33,3	0	0,0
Meta	12	9	1	8,3	2	16,7
Nariño	6	3	2	33,3	1	16,7
Norte Santander	48	34	9	18,8	5	10,4
Quindío	5	2	3	60,0	0	0,0
Risaralda	2	2	0	0,0	0	0,0
Santander	46	26	10	21,7	10	21,7
Sta. Marta D.E	1	1	0	0,0	0	0,0
Sucre	4	3	1	25,0	0	0,0
Tolima	11	9	2	18,2	0	0,0
Valle del Cauca	30	25	3	10,0	2	6,7
Vichada	3	3	0	0,0	0	0,0
*Exterior	1	0	0	0,0	1	100,0
Total	374	252	82	21,9	40	10,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

LEPRA

Estudio de contactos

Se identificaron un total de 934 convivientes de los cuales el 43,3 % 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 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 43,1 % fue vacunado (ver tabla 9).

Tabla 8. Porcentaje de Convivientes Identificados Examinados y Vacunados Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2014

Entidad territorial	Convivientes						
	Identificados	Examinados	% Examinados	Sintomáticos	% Sintomáticos	Vacunados	% Vacunados
Antioquia	21	1	4,8	0	0,0	3	14,3
Arauca	39	31	79,5	5	16,1	14	35,9
Atlántico	56	25	44,6	9	36,0	33	58,9
Barranquilla	26	9	34,6	2	22,2	7	26,9
Bogotá	41	10	24,4	3	30,0	3	7,3
Bolívar	79	26	32,9	9	34,6	34	43,0
Boyacá	13	13	100,0	0	0,0	13	100,0
Caldas	9	0	0,0	0	0,0	4	44,4
Caquetá	23	18	78,3	4	22,2	20	87,0
Cartagena	56	20	35,7	0	0,0	33	58,9
Casanare	8	5	62,5	0	0,0	3	37,5
Cauca	5	0	0,0	0	0,0	1	20,0
Cesar	50	32	64,0	3	9,4	20	40,0
Choco	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Córdoba	35	9	25,7	2	22,2	21	60,0
Cundinamarca	24	8	33,3	4	50,0	2	8,3
Guaviare	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Huila	68	19	27,9	1	5,3	30	44,1
Magdalena	30	28	93,3	1	3,6	14	46,7
Meta	13	13	100,0	0	0,0	12	92,3
Nariño	12	0	0,0	0	0,0	7	58,3
Norte Santander	130	72	55,4	7	9,7	53	40,8
Quindío	9	0	0,0	0	0,0	3	33,3
Risaralda	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Santander	69	23	33,3	3	13,0	32	46,4
Sta. Marta D.E	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sucre	5	5	100,0	3	60,0	6	120,0
Tolima	21	3	14,3	3	100,0	2	9,5
Valle del Cauca	70	27	38,6	5	18,5	31	44,3
Vichada	13	2	15,4	2	100,0	2	15,4
*Exterior	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
Total	934	404	43,3	66	16,3	403	43,1

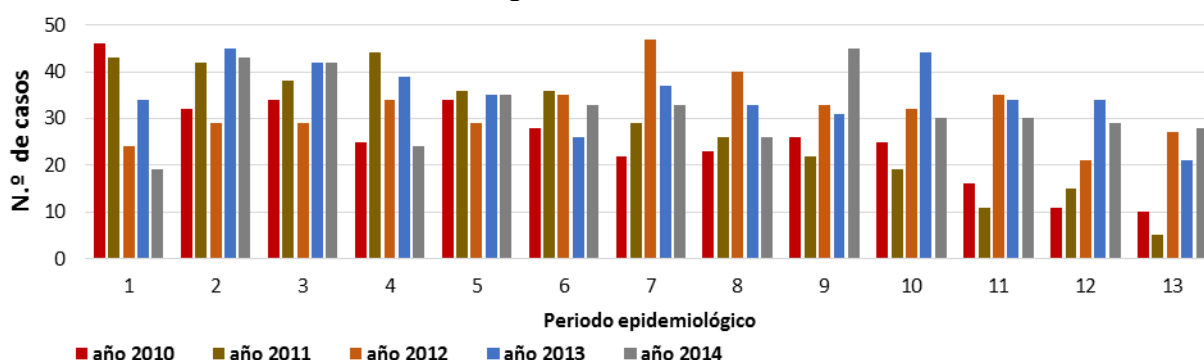
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

LEPRA

4.4 Tendencia del evento

En los últimos cuatro años, la notificación de los casos de lepra evidencia un comportamiento variable en cada periodo epidemiológico; es importante destacar que desde el 2010 a 2013 se refleja un aumento del 37 % en la notificación del evento. En contraste del año 2013 al 2014, se evidencia una disminución del 8,4 % en la notificación (ver figura 3).

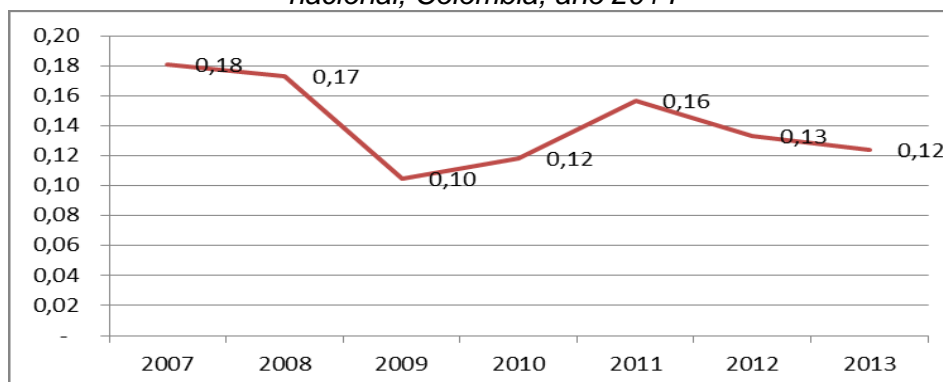
Figura 3 Comportamiento de la notificación de casos de Lepra por periodos epidemiológicos Sivigila 2010 a 2014



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

En la siguiente gráfica se observa la tendencia en cuanto a la prevalencia del país, la cual para el año anterior según los datos del programa de control de Lepra fue de 0,12 casos por 10 000 habitantes que dan cumplimiento al objetivo de mantener una prevalencia por debajo de 1 caso por 10 000 habitantes (ver figura 4).

Figura 4. Prevalencia de Lepra Programa Nacional de Control de la Lepra reunión nacional, Colombia, año 2014

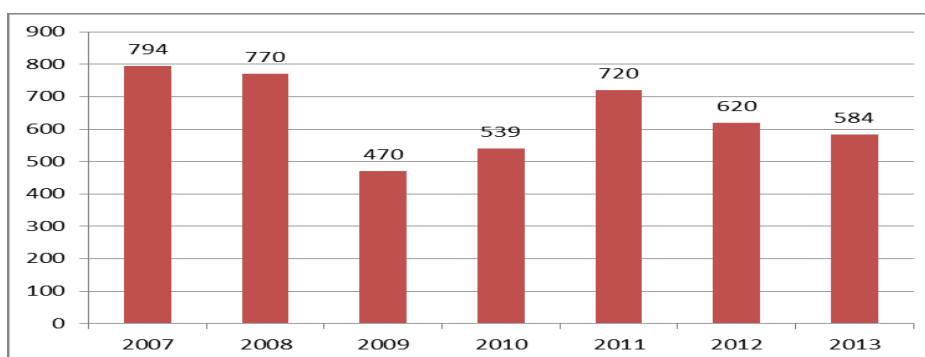


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Control de la Lepra .Memorias reunión nacional de coordinadores de Lepra año 2014. Actualizado 2 de mayo de 2014.

LEPRA

En cuanto al número de casos que recibieron tratamiento al final del año para obtener la información correspondiente a la prevalencia de los casos por cada año, se presenta el mayor número de casos para el año 2007, observando un comportamiento variable en cada año analizado (ver figura 5).

Figura 5 Número de casos de lepra en tratamiento al final del año. Colombia; años 2007 a 2013



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Control de la Lepra. Memorias reunión nacional de coordinadores año 2014. Información con corte al 02 mes de mayo de 2014.


4.5 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 9. Indicadores de Lepra. Colombia; año 2014.

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Porcentaje de casos nuevos de Lepra	374	417	89,7
Porcentaje de Recidivas	30	417	7,2
Tasa de detección de casos nuevos general de Lepra	374	47.661.787	0,78
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Hombres	236	23.531.670	1,00
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Mujeres	138	24.130.117	0,57
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Menores de 15 Años	6	12.872.589	0,05
Tasa de detección de casos nuevos de Lepra en Mayores de 15 Años	365	34.789.198	1,05
Porcentaje de casos nuevos paucibacilares según Clasificación Bacteriológica	129	374	34,5
Porcentaje de casos nuevos multibacilar según Clasificación Bacteriológica	245	374	65,5
Porcentaje De Casos Nuevos Con Discapacidad grado 1	82	374	21,9
Porcentaje de casos nuevos con discapacidad grado 2	40	374	10,7
Tasa de discapacidad grado 2	40	47.661.787	0,08
Proporción de leproreacciones en casos nuevos	91	374	24,3
Porcentaje de convivientes vacunados con BCG	403	934	43,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 16 de 18


LEPRA

5. 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 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.
- En contraste a los casos notificados de recidivas en el país y los casos que se presentan aunque ha disminuido existen dificultades diagnósticas, dificultades en el seguimiento de los casos de lepra.
- Se refleja una leve disminución en los casos notificados de recidivas sin embargo, cabe destacar su relevante registro por las entidades territoriales a pesar de las estrategias empleadas. Se evidencia que existen dificultades en su diagnóstico clínico y seguimiento de los casos.
- 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.

6. CONCLUSIONES

- Para el año 2014, se notificaron al Sivigila 417 casos de lepra de los cuales 89,7 % corresponde a nuevos casos detectados, el 7,2 % a recidivas, 2,6 % por reingreso abandono y dos casos sin información. La tasa de detección de casos nuevos presentada es de 0,78 casos por 100 000 habitantes.
- El departamento que presenta la tasa de detección de casos nuevos más alta en el país hasta la semana epidemiológica 53 del año es Arauca (6,17 casos por 100 000 habitantes), seguido de Vichada (4,27 casos por 100 000 habitantes).


 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 17 de 18

LEPRA

- En cuanto a la distribución de casos por sexo se observa que el mayor número de casos detectados corresponden al sexo masculino con 236 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 más (3,91 casos por 100 000 habitantes).
- En cuanto a la caracterización por tipo de seguridad social se evidencia que el 62 % pertenecen al régimen subsidiado, el 30 % al régimen contributivo, el 6 % como no asegurado, el 2 % especial y dos casos como excepción.
- Del total de casos nuevos detectados, el 65,5 % presentaban lepra multibacilar y el 34,5 % presentaban lepra paucibacilar.

7. 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 baciloscopia 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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 18 de 18

LEPRA

lepra en Colombia, considerando que los criterios clínicos de las reacciones, la baciloscopia y la biopsia son ayudas útiles para establecer la recidiva.

- Es necesario que las entidades territoriales realicen la confirmación de los casos registrados en Rips por medio de las historias clínicas de cada paciente, de la misma manera se recomienda la retroalimentación de los casos con el laboratorio.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Dirección de Prevención y Control de Micobacterias. Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra. México D.F. Noviembre 2000. Consultado en : [www.cenaprece.salud.gob.mx/.../pdf/manual _procedlab _lepraindre.pdf](http://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.](http://www.who.int/wer/2013/wer8835.pdf?ua=1Weekly%20epidemiological%20record)
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 Arvelález 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 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.pd