



PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO

TÍTULO:	CARACTERIZACIÓN DE LA LEPROA EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA PERIODO 2014-2016			
DURACIÓN DE PROYECTO (MESES):				
TIPO DE INVESTIGACIÓN:	I. Básica <input checked="" type="checkbox"/>	I. Aplicada <input type="checkbox"/>	I. Experimental <input type="checkbox"/>	Creación Artística <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN PROPONENTE:				
CATEGORÍA COLCIENCIAS:				
CÓDIGO COLOMBIANO DE REGISTRO DEL GRUPO:				
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:				
INTRODUCCION:	<p>La lepra es una enfermedad infectocontagiosa que es causada por un bacilo llamado MYCOBACTERIUM LEPRAE, esta afecta principalmente la piel y los nervios periféricos, pero además puede afectar otros órganos y en ocasiones a sistemas. Según investigadores se considera que el ser humano es el único deposito del Mycobacterium Leprae; el modo de transmisión este bacilo es por vía aérea, y es expulsada por gotas de saliva al hablar, estornudar, toser por el enfermo de lepra y al ser inhaladas por personas sanas estos son contagiados. La lepra es tan antigua como el hombre, de ahí que en los pasajes bíblicos ya se habla de ella, no podemos olvidar que en su vida Jesús curó a 10 leprosos. En Colombia se dice que la lepra hace más de 400 años existe y que el primer foco leprógeno fue en Cartagena, puerta de entrada de conquistadores, entre ellos don Gonzalo Jiménez de Quesada y esclavos (1).</p> <p>En 1608, allí en Cartagena se creó el primer Hospital “San Lázaro” que se convirtió en el primer leprocomio de América del Sur, el cual en 1790 se trasladó a la isla de Tierrabomba, conocido como Caño de Loro, el cual duró hasta 1950, época en la cual fue bombardeada la isla y trasladados a Agua de Dios los enfermos que allí residían. En 1860 se creó en Santander el leprocomio de Contratación y en 1870 nace el de Agua de Dios en Cundinamarca. La Ley 148 de 1961, partió en dos la historia de los enfermos de lepra, ya que les devolvió todos los derechos civiles,</p>			



políticos y garantías sociales consagrados en la Constitución Nacional. La misma ley que autorizó a la Asamblea de Cundinamarca para crear los municipios de Contratación y Agua de Dios, la que concedió el beneficio de adjudicar los terrenos a quienes los ocupaban por ese entonces. Producto de esta ley, nació la Ordenanza número 78 del 29 de noviembre de 1963 que creó el municipio. El 23 de marzo de 1963 se declaró oficialmente inaugurado y mediante Decreto 317 del mismo año, se nombró el primer alcalde que recayó en la persona de José Manuel Hurtado Lozano, quien tan solo duró 15 días como primer mandatario municipal.

(2)

En el mundo se ha logrado eliminar la lepra en un 90 % de 122 países se ha logrado eliminar en 110 países, solo algunos países aún siguen presentando lepra entre ellos se encuentran: India (126.800), Brasil (34.894), Indonesia (17.012), República democrática del Congo (5.049), Etiopia (4.430), Nigeria (3.913), Bangladesh (3.848), y Nepal (3.118) (3).

Para el año 2016 se tuvo una cifra de 174.554, distribuidos entre: África 19.968, Américas 29,967, Asia sudoriental 119.478, entre otros.

En Colombia para el año 2013 notifico 584 casos nuevos de lepra, de los cuales 289 furo de tipo multibacilar, se presentaron 9 casos en niños, 53 casos con grado de discapacidad y 58 casos recidivas. En el departamento del atlántico se presentaron 9 casos en el distrito de barranquilla se presentaron 13 casos en el 2014, 13 casos en el 2015, 13 casos en el 2016, dando un total de 39 casos (4).

PALABRAS CLAVE:

Lepra, Hasen, Salud

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

DEPARTAMENTO:
ATLANTICO

CIUDAD:
BARRANQUILLA

I. DATOS DE LOS INVESTIGADORES



NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FUNCIÓN
DAMARIS SUAREZ		

II. DATOS DE LOS ESTUDIANTES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FUNCIÓN
JIREHSHADAY MORENO LOZANO	1.083.436.390	Estudiante
LAURA ROMERO VITOLA	1.102.881.866	Estudiante
KAROL ASCENSIO CONRADO	1.045.172.404	Estudiante
VALENTINA PIZARRO TORREZ	1.002.034.611	Estudiante
SINDY CANTILLO	1.129.510.358	Estudiante

III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1. PREGUNTA PROBLEMA

¿CUÁL ES LA CARACTERIZACIÓN DE LA LEPRO EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA PERIODO 2014-16?

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las enfermedades infecciosas se han convertido en un importante problema de salud pública, y un reto para científicos, médicos e investigadores. La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, que evoluciona lentamente, cuyo tiempo medio de incubación es de cinco años, aunque los síntomas pueden tardar hasta 20 años en aparecer. En la actualidad se presentan cientos de miles de personas que padecen de Lepra, en un principio esta fue considerada como un castigo divino, maldición, o causa de pecados que cometían las personas que la padecían y debían aislados de la sociedad. En la actualidad nos estamos muy alejados de los tiempos de antes ya que en numerosas circunstancias, el diagnóstico de Lepra genera rechazo, aislamiento, tabúes, de todo tipo, estas personas que padecen lepra en muchos lugares y circunstancias son rechazados hasta por familiares y amigos. Estas personas por el estigma y las discapacidades producidas se convierten en inhabilitados sociales. (5)

De acuerdo con el último reporte de 2014 de la OMS, la prevalencia mundial de la lepra fue de 0,32 casos por 100 000 habitantes con 180618 casos registrados, mientras que la incidencia fue de 3,81 casos por 100 000 habitantes con 215 656 casos nuevos de lepra. Ha habido un considerable aumento de la cobertura de los servicios para pacientes con lepra en zonas de difícil acceso y en poblaciones sub atendidas. El número de nuevos casos indica el grado de continuidad de la

transmisión de la lepra en el mundo. Las estadísticas mundiales revelan que 206107 (96 %) de los nuevos casos de lepra se notificaron en 14 países y que solo el 4 % restante procedía del resto del mundo. Solo estos 14 países notificaron más de 1000 nuevos casos en 2013. Existe una mayor aceptación de la idea de integrar las actividades de control de la lepra en los servicios generales de salud y se está aplicando esta política en la mayoría de los países. (6)

En Colombia hay departamentos que presentan índices más altos de casos que oscilan entre 1,04 y 7,50 por 10.000. Los índices más altos están en Bolívar (7,5), Norte de Santander (5,25), Huila (3,36), Arauca (3,33) y Santander (3,19). Los departamentos con más pocos casos y prevalencias son Antioquia (0,2), Caldas (0,30), Nariño (0,32), Risaralda (0,4) y Boyacá (0,66). Según un informe del ministerio de Salud, la enfermedad en el país ha presentado un considerable descenso, pero es muy preocupante la alta concentración de enfermos y de personas en riesgo que hay en departamentos específicos. (7)

2. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Caracterizar la población con lepra mediante variable sociodemográfica

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar tipos de lepra en la población de estudio
- Identificar regímenes y localidades donde se presentó mayor número de casos de lepra

3. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE:

La Lepra fue una de las primeras enfermedades descritas en el mundo antiguo; y caracterizada por cambios muy severos en el aspecto físico de los enfermos: las manchas, los tubérculos y los lepromas daban a la cara un aspecto de león por lo que la enfermedad se llamó leonina. Como también producía hipertrofia de las capas dérmicas y subdérmicas, semejaba la piel de un elefante, y también se llamó elefantiasis. (8)

La enfermedad se caracterizaba por su evolución crónica y progresiva y habitualmente por su incurabilidad. Por la gravedad de sus manifestaciones, en los primeros tiempos de la historia se explicó como un terrible castigo enviado por Dios. Las medidas preventivas adoptadas por el



pueblo judío, con los enfermos, su aislamiento y retiro de la sociedad permiten suponer que la consideraban contagiosa y posiblemente el aislamiento de los leprosos fue una de las primeras medidas de Salud Pública, que persistieron hasta mediados del siglo XX. En la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, Boyacá aparece como una de las regiones más pobladas en Colombia. En una época de guerras civiles y migraciones y caracterizada por una preocupación en particular: la lepra. Que, por el número de enfermos, su manejo y estar ligada a la situación de guerras, miseria y hambre que sufría el país, motivó la discusión, análisis y controversia por parte de: la medicina, el Estado y la iglesia para aislar a los leprosos. (9)

En 1850 se publica una monografía del doctor Ricardo De La Parra que obtiene gran divulgación, donde califica la lepra como «el azote más espantoso» de la humanidad. De La Parra, médico y filósofo boyacense, afirma que es abundante en Boyacá: «en el Valle de Tenza y en el antiguo Cantón de Ricaurte» y en Santander en: «la mayor parte de la comarca que se llamaba antes Provincia del Socorro». El propósito del estudio fue analizar la interrelación medicina, iglesia y estado, en la creación del lazareto de Boyacá, 1869-1916 a través de revisión de fuentes (10).

Los pueblos que los leprosos y sus familias formaron después de ser expulsados de sus tierras por paisanos temerosos, como Agua de Dios (Cundinamarca) y Contratación (Santander), fueron cercados por el gobierno de Rafael Reyes con cordones sanitarios de alambre de púas. Las medidas del período de la Regeneración también incluyeron fabricar cigarrillos especiales que no pagaban impuestos, desinfectar la correspondencia de los enfermos, prohibirles la utilización del transporte público y obligar por ley a los ciudadanos -médicos inclusive- a denunciar a los enfermos de lepra (11).

Muchos colombianos nacieron y murieron como prisioneros de la lepra hasta 1960, cuando se cerraron los lazaretos de Agua de Dios y Contratación, que recuperaron su carácter de municipios. Hoy, Colombia es el segundo país de América Latina en incidencia de lepra, con nuevos focos en Cesar y cifras importantes de enfermos en los Santanderes y casi toda la Costa Atlántica. Sin embargo, el total de 719 infectados reportado este año por el Ministerio de Salud no alcanza a constituir un problema nacional de salud pública (12).

Según un reporte emitido por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002, asegura que unas 800 mil personas enferman de lepra al año en el mundo. La Asociación alemana de Ayuda contra la Lepra y la Tuberculosis (DAHW), asegura que la cifra supera los 500 mil casos anuales reconocidos de manera oficial. Es muy importante el diagnosticar al enfermo en época temprana, ya que muchos de los afectados no saben que tienen lepra, debido al largo período de incubación del padecimiento, que puede ser incluso de varias décadas. Añadiendo que el enfermo no visita las organizaciones de salud porque no quiere ser considerado leproso, enfermedad que tiene un gran estigma social aún en nuestros días (13).

Es importante recalcar que la lepra es un problema de salud en el departamento del Atlántico, e insistir a nuestras autoridades en la búsqueda de casos nuevos. Millones de personas sufren las consecuencias de la lepra en los países en vías de desarrollo, convirtiéndose en disminuidos físicos, individuos desfigurados y discriminados socialmente. El padecimiento es curable, ya que las



bacterias que la causan pueden eliminarse con antibióticos, lo que no ocurre con las mutilaciones y desfiguraciones provocadas, que permanecen como secuela de la enfermedad. La cifra de personas disminuidas físicas como consecuencia de la lepra se sitúa entre dos y cuatro millones, según datos de la DAHW. (14)

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. La lepra lepromatosa, es producto de una ausencia total de inmunidad celular ante la bacteria, lo que ocasiona una multiplicación exagerada de la misma, el daño nervioso es lento y progresivo. Se caracteriza por la presencia de un infiltrado macrófagico difuso. Estos macrófagos tienen diferentes grados de basculación 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. (15)

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). 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 (16).

Leprorreacciones En cuanto a la aparición de signos y síntomas de inflamación en los casos de lepra, es decir, leprorreacciones se tiene que del total de casos nuevos detectados (239 casos), el 77,8% de los casos detectados no presentaron leprorreacciones (186 casos), el 13,4% de los casos presentaron leprorreacción tipo I (32 casos) y el 8,8% presentaron leprorreacción tipo II (21 casos). Es importante recordar que las reacciones son una de las principales causas de lesiones neurológicas que podrían producir discapacidad. La lepra no afecta sólo a los enfermos, sino también a sus familias, niños o incluso nietos, que son excluidos socialmente y se convierten en víctimas de la pobreza. La enfermedad predomina en estratos socioeconómicos y educativos bajos, en 75% son débiles sociales (17).

A esto se agrega el desconocimiento y apatía no sólo del enfermo y su familia respecto a la enfermedad, sino del personal médico, paramédico y el público en general. La única manera de luchar contra el desconocimiento es la educación acerca de la lepra en todos los niveles a pesar de ser tan antigua como la humanidad, pues se ignora a ciencia cierta donde y cuando apareció, sigue cargando el más injusto prejuicio que alguna enfermedad pueda tener pues inclusive médicos, enfermeras y personas de alto nivel cultural la siguen considerando como el símbolo de todo sufrimiento, de todo castigo, la más terrible, la más contagiosa, el ejemplo de incurabilidad, ideas que prevalecieron en la edad media y que aún perdura en nuestra época, iniciado el siglo XXI. (18)

4. MARCO GEOGRÁFICO, DEMOGRÁFICO Y LEGAL:

El Atlántico con una extensión de 3.386 Km.², está localizado sobre la costa del mar Caribe por el norte y en la margen izquierda del río Magdalena en su trayecto final; y por el sur sobre el cordón de ciénagas, pantanos y caños del Canal del Dique.

Limita por el norte y nordeste con el mar Caribe, en una extensión aproximada de 90 Km.; desde el rompeolas occidental en Bocas de Ceniza, hasta las salinas de Galerazamba. Al este, con el río Magdalena, en una longitud de 105 Km., contados desde su desembocadura en Bocas de Ceniza hasta el desprendimiento del Canal del Dique en Calamar; al sur, suroeste y oeste con el departamento de Bolívar desde Calamar hasta las Salinas de Galerazamba. (19)

El Departamento del Atlántico, está constituido por 22 municipios en su división político-administrativa siendo Barranquilla su distrito Capital Portuario. La estructura vial del Departamento tiene 1.076.95 Km. y está conformada por: Vías de primer orden: 240.30 Km. (22.31%), Vías de segundo orden: 380.2 Km. (35.30%) y Vías de tercer orden: 456.45 Km. (42.38%). De las vías departamentales, 22630 Km. (21.01%) hacen parte de la red nacional (Vía al Mar, la Cordialidad y la Oriental); 680.82 Km. (63.22%) son de carácter departamental y 169.8 Km. (15.77%) corresponden a carreteables.

La red nacional se encuentra en buen estado y el 39% de la red departamental se encuentra entre regular y mal estado. Los municipios cuya cabecera municipal se encuentran apostados en el margen de la red nacional tienen tiempos de tránsito que oscilan de 20 a 90 minutos para llegar al centro del distrito capital (11 municipios, 2 de los cuales prácticamente forman parte del área metropolitana de Barranquilla y 10 municipios deben transitar primero por las vías departamentales para acceder a las vías nacionales. A través de la red nacional el Departamento del Atlántico tiene relación con los Departamentos de Bolívar, Magdalena, Guajira, Cesar y Sucre. (20)

Las leyes que hacen referencia a la lepra en Colombia datan desde hace muchos años, entre ellas vale la pena mencionar las siguientes con los artículos más predominantes (21)

Ley 99 de diciembre 7 de 1922, Por la cual se adicionan las leyes sobre higiene pública, decreta:

Artículo 1 Para la aplicación de las medidas profilácticas, las enfermedades infectocontagiosas se dividen en dos grupos: 1º., aquellos casos en que es obligatorio declararlos ante la autoridad respectiva, y 2º., los casos en que esta declaración es potestativa.

En el primer grupo quedan comprendidas las siguientes enfermedades: cólera asiático y el cólera nostras, fiebre amarilla, peste bubónica, tifo exantemático, fiebres tifoidea y paratifoidea, viruela, difteria, escarlatina, disenterías bacilar y amebiana, tuberculosis pulmonar y laríngea, neumonía infecciosa, meningitis cerebro-espinal, y epidémica. A esta lista pueden agregarse aquellas otras enfermedades infectocontagiosas en que, en concepto de la Dirección Nacional de Higiene y previa consulta con la Academia de Medicina Nacional, sea necesaria la declaración obligatoria.

Respecto a la declaración de la lepra, regirán las disposiciones actuales.

Ley 94 de diciembre 21 de 1940, por la cual Se dictan algunas disposiciones en relación con la profilaxis de la lepra y se dictan otras disposiciones, decreta:

Artículo 1º. La Nación procederá a construir y dotar convenientemente los Sanatorios-colonias especiales que estime conveniente para el mejor tratamiento de los enfermos de la lepra, gastos Sanatorios serán construidos por el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en lugares apropiados y conforme a planos que elabore el Departamento de Ingeniería Sanitaria de dicho Ministerio.

Artículo 2º. La Nación procederá también a la Fundación de colonias agrícolas para egresos de los



leprocomios, en los sitios que estime conveniente organizadas y dirigidas por agrónomos oficiales, en donde sus habitantes vivirán a costa del propio trabajo, y el sobrante de su producción será adquirido por el Gobierno para ser utilizado en los leprocomios.

Artículo 3º. Fuera del perímetro de los Sanatorios, el Estado procederá a construir y dotar de edificios apropiados para salas- cunas, preventorios, internados para estudios primarios y escuelas del artes y oficios, con el fin de educar a los niños sanos hijos de enfermos de lepra, actualmente residentes en los leprocomios o que nacieron en ellos, y aquellos otros que queden sin amparo cuando sus padres fueren trasladados a los leprocomios. El Estado se hará cargo de la educación y sostenimiento de dichos niños hasta que alcancen una edad comprendida entre los quince y los diez y ocho años, a juicio del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social.

Artículo 4º. Los niños hijos de enfermos de lepra serna separados de sus padres inmediatamente después de su nacimiento para ser recludos en las salas-cunas, en donde permanecerán hasta que alcancen la edad necesaria para ingresar a los centros educativos creados por el Estado.

Artículo 5º. El Gobierno continuará ejerciendo todas las actividades necesarias para impedir en absoluto la permanencia de individuos sanos en los Sanatorios-colonias y en los leprocomios existentes en el país.

Artículo 6º. Todo enfermo de lepra está en la obligación de tratarse. El tratamiento podrá ser elegido libremente, siempre que sea reconocido como eficaz para la mejoría o curación de la lepra: que el producto empleado haya sido patentado ante la Comisión de Especialidades Farmacéuticas; que se haya experimentado suficientemente, sin costo alguno para el Estado, en los leprocomios o sanatorios, bajo control de un médico oficial y un representante de la casa productora. En este caso el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, podrá otorgarle su aprobación. Todo tratamiento para la lepra debe estar bajo el control directo del Estado. (22)

La Ley 148 de diciembre 22 de 1961 por la cual se reforma la legislación sobre lepra y se dictan otras disposiciones, Decreta:

Artículo 1º. Considerase la lepra como una de las enfermedades cuyo control y prevención están a cargo del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 2º. A partir de la promulgación de la presente ley, las personas enfermas de lepra tendrán todos los derechos civiles y políticos y garantías sociales que consagra la Constitución Nacional, con las prerrogativas que les concede la presente ley.

Artículo 3º. El Ministerio de Salud Pública determinara las normas técnicas y coordinara y vigilara las actividades relacionadas con el control de la lepra en el país. Igualmente adelantara una intensa campaña de divulgación y educación sanitaria sobre la enfermedad, así como sobre los alcances de esta ley.

Artículo 4º. Serán organismos ejecutivos de la campaña antileprosa y los dispensarios dermatológicos, los sanatorios, los preventorios y todos los organismos asistenciales y de salubridad. Sus funciones esenciales serán:

- a. De los dispensarios dermatológicos: prevención y tratamiento;
- b. De los sanatorios: atender en medios hospitalarios, de manera integral y transitoria, a los enfermos que lo necesiten;
- c. De los preventorios: atender, de manera integral y transitoria, a los niños contactos cuya condición inmunológica requiera la separación del foco.

Parágrafo. Los niños sanos hijos de enfermos de lepra y recludos en los lugares denominados asilos, preventorios, internados, etc., podrán continuar en ellos, a juicio del Ministerio de Salud

Pública, y con licencia de sus padres o tutores.

Los niños enfermos continuaran tratándose bajo la atención del Ministerio en los mismos lugares donde ahora se encuentran, y este se ocupará, además, de crear otros medios a fin de que toda la población de niños enfermos reciba el tratamiento adecuado.

Los niños sanos nacidos a partir de la vigencia de la presente ley serán atendidos transitoriamente en los nuevos preventorios que habrán de fundarse en los sitios en que por la densidad de la población enferma el Ministerio juzguen necesario establecerlos. El Ministerio se encargará también de orientar la futura actividad social de los egresados en los preventorios, el Gobierno les facilitará los medios y recursos para rehabilitarse. (21)

5. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

- Descriptivo
- De corte Transversal

La información se obtuvo mediante la revisión y análisis de la Ficha de notificaciones de datos básicos y datos complementarios (cara A y cara B) definidas en el Sistema de Vigilancia epidemiológica, Con el código 450, de pacientes con diagnóstico de lepra en el periodo abarcado entre 2014-2016,(base de datos) de la Secretaria de Salud Distrital de Barranquilla.

De cada ficha epidemiológica se analizaron los siguientes datos: sexo, edad, residencia, localidad, tipo de lepra, asegurador.

6. CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

Estos irán en formatos adjuntos y se deberá utilizar el formato de cronograma institucional.

7. RESULTADOS

Se tomó en cuenta revisión de la ficha de notificación obligatoria de lepra, de la secretaria de salud del atlántico, del periodo 2014-2016 en ellas se encontraron los siguientes datos:

Para el periodo 2014-2016 se diagnosticaron 39 casos de lepra, distribuidos 13 casos por cada año, correspondiente a un 33.3%: Respecto a las características sociodemográficas de la muestra estudiada el 58.9% corresponde al sexo masculino y 41.1% sexo femenino.

En cuanto a la edad más afectada oscilan entre los 40-59 años que corresponden a un 46.2%, le sigue entre 60-90 años que corresponde a un 28.3% y edad entre 9-39 años en un 25.6%. [Ver tabla.1](#)

El régimen que predominó fue el subsidiado con un 61.1% de todos los casos confirmados, el



régimen contributivo con un 36.9 total de los casos y el régimen especial con un 2% total de todos los casos.

La localidad que predominó fue la suroriente con un 35.90%, seguido de suroccidente con un 27.64%, metropolitana con un 15.38%, centro histórico con un 5.1%, Riomar con un 5.1% [Ver tabla.2](#)

El tipo de lepra que más predominó fue el de tipo tuberculoide notificándose un 64.1 %, indeterminada un 25.6% y lepromatosa un 10.3% de los casos en total. [Ver tabla. 3](#)

CASOS LEPRA (SEXO-EDAD)					
2014		2015		2016	
EDAD	SEXO	EDAD	SEXO	EDAD	SEXO
18	FEMENINO	9	FEMENINO	29	MASCULINO
23	MASCULINO	24	MASCULINO	33	FEMENINO
30	FEMENINO	31	MASCULINO	42	MASCULINO
34	MASCULINO	41	FEMENINO	47	MASCULINO
38	FEMENINO	43	MASCULINO	47	MASCULINO
42	FEMENINO	46	MASCULINO	47	MASCULINO
43	FEMENINO	48	MASCULINO	50	FEMENINO
51	FEMENINO	48	FEMENINO	52	FEMENINO
56	MASCULINO	50	MASCULINO	57	MASCULINO
62	MASCULINO	51	MASCULINO	60	FEMENINO
68	FEMENINO	66	MASCULINO	62	MASCULINO
76	FEMENINO	75	MASCULINO	80	FEMENINO
87	MASCULINO	77	MASCULINO	82	MASCULINO

[Tabla.1. casos de lepra \(sexo- edad\)](#)

CASOS LEPRO (RÉGIMEN-LOCALIDAD)					
2014		2015		2016	
RÉGIMEN	LOCALIDAD	RÉGIMEN	LOCALIDAD	RÉGIMEN	LOCALIDAD
CONTRIBUTIVO	MURILLOSURORIENTE	SUBSIDIADO	SUR ORIENTE	SUBSIDIADO	METROPOLITANA
CONTRIBUTIVO	CENTRO HISTORICO	CONTRIBUTIVO	SUR OCCIDENTE	SUBSIDIADO	SUROCCIDENTE
SUBSIDIADO	SURORIENTE	SUBSIDIADO	NA	SUBSIDIADO	SUROCCIDENTE
SUBSIDIADO	RIOMAR	CONTRIBUTIVO	SUR OCCIDENTE	SUBSIDIADO	SURORIENTE
CONTRIBUTIVO	CENTRO HISTORICO	SUBSIDIADO	SUR OCCIDENTE	SUBSIDIADO	METROPOLITANA
CONTRIBUTIVO	CENTRO HISTORICO	CONTRIBUTIVO	RIOMAR	SUBSIDIADO	METROPOLITANA
SUBSIDIADO	SUR OCCIDENTE	CONTRIBUTIVO	METROPOLITANA	SUBSIDIADO	SUROCCIDENTE
CONTRIBUTIVO	MURILLOSURORIENTE	CONTRIBUTIVO	NORTE CENTRO	SUBSIDIADO	SURORIENTE
SUBSIDIADO	SUR ORIENTE	SUBSIDIADO	NORTE CENTRO	SUBSIDIADO	SURORIENTE
SUBSIDIADO	SURORIENTE	SUBSIDIADO	METROPOLITANA	SUBSIDIADO	SUROCCIDENTE
CONTRIBUTIVO	SURORIENTE	SUBSIDIADO	SUR ORIENTE	CONTRIBUTIVO	SUROCCIDENTE
SUBSIDIADO	SURORIENTE	ESPECIAL	SUROCCIDENTE	CONTRIBUTIVO	SUR ORIENTE
SUBSIDIADO	METROPOLITANA	CONTRIBUTIVO	MURRILLO SUROCCIDENTE	CONTRIBUTIVO	SUR ORIENTE

Tabla.2. casos de lepra (régimen - localidad)

CLASIFICACION DE LEPRO		
2014	2015	2016
INDETERMINADA	TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE
TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE
INDETERMINADA	TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE
LEPROMATOSA	LEPROMATOSA	TUBERCULOIDE
INDETERMINADA	TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE
TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE	INDETERMINADA
TUBERCULOIDE	INDETERMINADA	INDETERMINADA
TUBERCULOIDE	LEPROMATOSA	INDETERMINADA
TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE
TUBERCULOIDE	INDETERMINADA	TUBERCULOIDE
TUBERCULOIDE	INDETERMINADA	INDETERMINADA
INDETERMINADA	TUBERCULOIDE	TUBERCULOIDE
LEPROMATOSA	INDETERMINADA	TUBERCULOIDE

tabla.3. Clasificación lepra

8. CONCLUSIONES

La enfermedad de Hansen o lepra es una enfermedad infecciosa crónica que ha sido una de las enfermedades más temidas. La lucha constante de la lepra, a pesar de algunas fortalezas que se presentan como es la distribución de medicamentos específicos de forma gratuita, sigue siendo un desafío, pese que se han aumentado el número de casos y muchos de estos casos abandonan el tratamiento, es difícil su identificación, pese a que aún sigue siendo considerada como un tabú, y genera rechazo, por esta razón es difícil generar un diagnóstico y aplicar un medicamento. La enfermedad de Hansen o lepra es una enfermedad infecciosa crónica que ha sido una de las enfermedades más temidas. Actualmente en Colombia, aunque el gobierno ha venido



implementado políticas públicas para erradicar la lepra, no se ha logrado de un todo pues actualmente en todo el país se han presentado 201 casos nuevos de lepra (24).

Así pues, la mayor proporción de los casos se registró entre los 40-59 años, observándose que el sexo más afectado fue el masculino. La detección de casos en la ciudad de barranquilla se mantuvo estable en los años 2014-2016 con un mínimo de 13 casos por año. La forma clínica más frecuente fue la lepra tuberculoide, seguida de la lepra indeterminada y lepromatosa. La localidad suroccidente fue la que presentó mayor número de casos registrados, seguido de la localidad suroccidente (25).

La conclusión es que nuestro sistema de salud, está en condiciones ideales para erradicar la lepra, y cumplir con la estrategia mundial planteada por la OMS, desde el 2016-2020 hacia un mundo sin lepra.

9. DISCUSIÓN

Los resultados nos muestran que el predominio de personas con lepra se encuentra en el sexo masculino puesto que de los 39 casos que se presentaron 22 (56%) eran hombres y 17 fueron mujeres (43%) el predominio en el grupo etario fue de 47 años en adelante. Solo se presentó un caso de una niña de 9 años con lepra tipo tuberculoide (26).

Se comparó este estudio con otros artículos dándonos resultados similares a lo de nuestro proyecto, En una revisión anterior que se realizó en Paraguay se registraron 184 casos, predominando el sexo masculino: 123 casos (66,8%). El grupo etario más frecuente fue de 40 a 49 años. La procedencia era de los siguientes departamentos: Central: 96, Paraguarí: 23, Cordillera: 13, Caaguazú: 10, otros departamentos: 42 casos. En esa investigación también predominan los casos de lepra tipo 2, predominante en varones, pero no se presentó en niños (27).

En el año 2013 en Santiago de Cuba se presentaron 32 casos de personas con lepra, de los cuales 17 eran de sexo masculino y 15 del sexo femenino, predominó el grupo etario de 46 años en adelante, del total de diagnosticados 31 presentaron forma de lepra tipo 2 y solo un caso de lepra tipo 1 (28).

Se investigaron 24 pacientes, 8 de ellos ingresados; 11 femeninas, que significó el 45,8% y 13 masculinos con el 54,1%. No hubo menores de 15 años entre los pacientes estudiados. De los 24

casos, 23 casos presentaron lepra tipo 1 y solo un caso lepra tipo 2 (29).

Durante el año 2014 se notificaron 11 casos incidentes de lepra en el registro estatal de España.

En la distribución por sexo se observan 8 mujeres y 3 hombres, en este se observa que hay mayor predominancia en mujeres que en hombres (30).

En un estudio realizado en Colombia en 60 ancianos con lepra, el 53% de los ancianos tenían entre 60-70 años seguidos por el 35,8% que tenían entre 70 a 79 (31).

10. RECOMENDACIONES

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de salud. Lepra micobacteriosis. Disponible en:
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/lepra.pdf>
2. Jesús sana y salva – ¡la historia del leproso!. Disponible en:
<http://fatherbroom.com/es/2015/01/jesus-sana-ysalvala-historia-de/>
3. El real hospital de san lázaro de Cartagena de indias y las reformas borbónicas.
Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/2425/RomeroSierraKebby2012.pdf?sequence=1>
4. Adriana María Corzo Fajardo. Del decreto al puente de los suspiros: impacto de la enfermedad de Hansen (lepra) en las relaciones familiares de quienes la experimentaron. Disponible en:
[http://bdigital.unal.edu.co/4794/1/Del Decreto al Puente de los Suspiros %28Adriana Corzo%2C 2011%29.pdf](http://bdigital.unal.edu.co/4794/1/Del%20Decreto%20al%20Puente%20de%20los%20Suspiros%20Adriana%20Corzo%202011%29.pdf)
5. Eduardo Torres Guerrero, Felipe Vargas Martínez, Carlos Enrique Atoche Diéguez, Jisel Arrazola, Roberto Arenas Guzmán. Lepra clasificación y cuadro clínico. Rev Dermatol. Mex 2012;56(1):47-5
6. Melendez E, Fuentes J, Rodriguez G, Lepra Conyugal. Rev. salud pública. 2014. 8 (1): 24-32
7. Secretaria de salud el Atlántico. Atlántico Lucha Contra La Lepra. 2017. DISPONIBLE EN:
<http://www.atlantico.gov.co/index.php/boletin-salud-2016/8151-con-busqueda-activa-atlantico-lucha-contra-la-lepra>
8. Marin Melo L. ESTADO ACTUAL DE LEPPRA EN COLOMBIA {TESIS DOCTORAL}. BOGOTA: PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTA DC. 2014.
9. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA. Disponible en:
<http://anmdecolombia.net/index.php/50-home/noticias1/sesiones/595-dia-internacional-de-la-lepra>
10. Lepra. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Lepra.pdf>
11. Jose antonio caraballo junco. La historia de la lepra. Bol Med UAS 2016; 2(11) : 44-45
12. Cardona NM, Bedoya Berrío G. Lepra: Enfermedad milenaria y actual. Revista iatreia. 2013; 24(1): 51-64
13. Rodríguez G. Historia de la Medicina, Historia de la Lepra Ayer, Hoy y Mañana. Revista de Medicina. 2015; 25(1): 61
14. Betancourt L, Mendoza M, Calvo S, Hernández R. Lepra. Generalidades. Revista Inf Cient.



- 2014; 83(1): 171-180
15. Atrio N, González A, González E. REVISTA AMC. 2013; 17(5)
 16. Fadul Pérez S. Lepra: Protocolo de vigilancia en salud pública. 2017
 17. Organización mundial de la salud. Global Leprosy Strategy: Accelerating towards a leprosy-free world. ISBN 978-92-9022-509-6.
 18. Secretaria de salud del atlántico. Con búsqueda activa, Atlántico lucha contra la lepra. 2017. Disponible en: <http://www.atlantico.gov.co/index.php/boletin-salud-2016/8151-con-busqueda-activa-atlantico-lucha-contra-la-lepra>
 19. Secretaria de salud del atlántico. Ficha de notificación obligatoria para la lepra año 2014
 20. Multidrug therapy for leprosy: a game changer on the path to elimination
 21. CS Smith, A Aerts, P Saunderson, J Kawuma... - The Lancet Infectious ..., 2017 - Elsevier
 22. Secretaria de salud del atlántico. Ficha de notificación obligatoria para la lepra año 2015
 23. Secretaria de salud del atlántico. Ficha de notificación obligatoria para la lepra año 2016
 24. Aldama A, Rivelli V, Aldama O, Ozecoski D, Gorostiaga G. Lepra Hoy Consideraciones Epidemiológicas del Hospital Nacional. EFACIM; 2013.
 25. Valiente Y, Hernández M. Costos directos e indirectos del diagnóstico y tratamiento de pacientes con lepra. Revista MEDISAN. 2016; 20(3): 299
 26. Obregón PP, Pérez AY, Sotolongo D, De la Fuente H, Navarro I. La Lepra y sus discapacidades. 2015; 21(2)
 27. Rodríguez E, Díaz O. Situación epidemiológica de la lepra en el año 2014; 22(17)
 28. Lucian V, Freire P. El aspecto físico y las repercusiones en la calidad de vida y autonomía de personas mayores afectadas por la lepra. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2017; 46
 29. Arenas Guzmán R. Lepra: Clasificación y cuadro clínico. Dermatol Rev Mex 2012;56(1):47-54
 30. The Determinants of the Geographical Distribution and Transmission of 16S rRNA of *M. leprae* in Endemic Areas, Indonesia.
 31. Avni E, Montoya D, Lopez D, Modlin R, Pellegrini M, Snir S. A phylogenomic study quantifies competing mechanisms for pseudogenization in prokaryotes-The *Mycobacterium leprae* case. 2018 Nov 1;13(11)

*Adjuntar: Forman parte de los anexos del trabajo y deben ir enumerados según orden lógico en que se presentan a continuación:

1. Cuadro de operacionalización de variables.
2. Cronograma de actividades del proyecto.
3. Presupuesto
4. Instrumentos