

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON LEPROSIS NOTIFICADOS AL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA) EN COLOMBIA 2016-2019”

"EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LEPROSY PATIENTS NOTIFIED AT THE NATIONAL SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SURVEILLANCE (SIVIGILA) IN COLOMBIA 2016-2019"

María José Mendoza Iglesias¹, Jeiner David Mercado Vilotia² y Dagoberto de Jesús Pantoja Torres²* Paula Pareja Loaiza²* José Fernando Torres Avila²*

¹ mmendoza70@unisimon.edu.co

² jmercado46@unisimon.edu.co

³ dpantoja1@unisimon.edu.co

⁴ e-mail@e-mail.com; Orcid

⁵ e-mail@e-mail.com; Orcid

RESUMEN

Introducción: Para la OMS “La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, un bacilo acidorresistente. Es una enfermedad antigua, descrita ya en la literatura de las civilizaciones de la antigüedad. A lo largo de la historia, los enfermos con lepra se han visto condenados al rechazo y la discriminación por sus comunidades y familias sin embargo en la actualidad se busca evitar por encima de todo estos actos descomunales y garantizar a partir de tratamientos una calidad de vida a quien la padezca. El presente trabajo pretende describir el comportamiento de la lepra durante los años 2016 al 2019 en Colombia.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que comprendió todos los casos de Lepra notificados a través de la Ficha de notificación Individual 450 al Subsistema de información SIVIGILA-Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública durante el periodo 2016 – 2019. **Resultados:** Se evidenciaron ciertas variaciones, dentro del cual encontramos un periodo con mayor número de casos dentro del rango 2017-2018 en el cual el número de casos positivos de lepra fueron de un 32%, que equivale a 13 casos por año. Por otra parte, tenemos que el rango de edad con mayor número de casos de Lepra fue entre 27-59 años con un total de 52.5% y los pacientes con diagnóstico de lepra según la ocupación fue de un 62.5% a trabajadores no clasificados. **Conclusión:** Al finalizar este estudio se concluye que las personas afectadas por lepra constituyen un importante recurso para la vigilancia y pueden desempeñar un papel primordial en el papel de la enfermedad.

Palabras clave: Lepra; Epidemiología; *Mycobacterium leprae*; Caracterización.

ABSTRACT

Introduction: For WHO “Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, an acid-fast bacillus. It is an ancient disease, already described in the literature of ancient civilizations. Throughout history, patients with leprosy have been condemned to rejection and discrimination by their communities and families, however, today it is sought to avoid above all these enormous acts and to guarantee a quality of life from treatments to

whoever suffers it (2). This work aims to describe the behavior of leprosy during the years 2016 to 2019 in Colombia.

Methods: A retrospective descriptive study was carried out that included all the cases of Leprosy notified through the Individual Notification Form 450 to the SIVIGILA-National Public Health Surveillance System information subsystem during the period 2016 - 2019.

Results: Certain variations, within which we find a period with a higher number of cases within the range 2017-2018 in which the number of positive cases of leprosy was 32%, which is equivalent to 13 cases per year. On the other hand, we have that the age range with the highest number of cases of Leprosy was between 27-59 years with a total of 52.5% and the patients with a diagnosis of leprosy according to occupation was 62.5% to unclassified workers. **Conclusion:** At the end of this study, it is concluded that people affected by leprosy constitute an important resource for surveillance and can play a key role in the role of the disease.

Keywords: Leprosy; Epidemiology; *Mycobacterium leprae*; Characterization.

I. INTRODUCCIÓN

La lepra existe desde tiempos inmemoriales, acompañando al hombre casi desde sus orígenes, es una enfermedad de distribución mundial y representa un problema de salud de índole universal. Según cálculos de la OPS, la prevalencia estimada a principios del presente siglo era de 2,4 millones de casos en zonas rurales de regiones tropicales y subtropicales.(1-2) En el pasado se creía que la gravedad de la lepra como problema de salud pública en Colombia y los demás países tropicales , no sólo podía evaluarse con lo que indicaban las cifras, tales como el número de casos registrados en cada uno de los años y las tasas de prevalencia e incidencia; sino que se debía tener en cuenta la duración de la enfermedad, la discapacidad permanente que esta causaba reflejándose en el sufrimiento humano y rechazo social de los pacientes y su familia, debido a que esta enfermedad había sido considerada como una enfermedad mutilante, incurable,

repulsiva y estigmatizante, lo que generó un trato inhumano hacia las personas que la padecían. EL agente causal de la enfermedad, es el bacilo *Mycobacterium leprae*, descubierto en 1873 por el médico noruego Gerhard Henryk Armauer Hansen (3). Este bacilo requiere condiciones especiales para manifestar su patogenicidad, no crece in vitro porque necesita de una célula huésped para obtener sus nutrientes esenciales como son las células schuann y los histiocitos, y de ambientes con temperaturas inferiores a 37°C para desarrollarse, como las regiones más frías del cuerpo como lo son el lóbulo de la oreja, nariz, testículo, nervios. *M. leprae* posee una pared celular con gran contenido glicolipídico, peptidoglicano y polisacáridos incluyendo un antígeno glico-lípido-fenólico

El diagnóstico de la enfermedad se basa en la clínica y en los resultados de exámenes bacteriológicos, histológicos y epidemiológicos, aunque el elemento principal es la presencia de síntomas

clínicos. Para determinar si una persona padece de lepra, según una definición operativa de la Organización Mundial de la Salud, esta debe tener una o más de las siguientes características: lesiones cutáneas propias de esta enfermedad, con hipopigmentación, hiperpigmentación o rojizas, con pérdida definida de la sensibilidad, afección de los nervios periféricos demostrada por un engrosamiento definido con pérdida de sensibilidad y de fuerza en los músculos de las manos y pies; además, debe estar presente el bacilo ácido alcohol resistente en frotis cutáneo o biopsia de piel. Es necesario insistir en que el elemento fundamental para el diagnóstico es la presencia de síntomas y signos clínicos; por tanto, la ausencia de otros elementos positivos no descarta el diagnóstico. En ocasiones, la confirmación histológica o el antecedente epidemiológico puede o no estar presente con la forma clínica; en esta última situación, se hará la notificación y el tratamiento por los síntomas y signos clínicos (3). Epidemiológicamente la OMS ha reportado que la carga de lepra se ha reducido, pero que en el futuro van a seguir apareciendo nuevos casos. En el caso de Colombia actualmente se reporta una lenta tendencia a la disminución de la incidencia de lepra debido a la baja en los reportes de un año a otro (2005 a 2006). Esta disminución de casos, probablemente no sea real, sino que la búsqueda de casos actualmente puede ser menor (4). Por lo anterior se confirma la hipótesis de que la enfermedad puede ser reemergente en nuestro país donde actualmente se presenta

como una leve endemia sin atención por parte de las entidades de salud pública.

En 2016 la OMS presentó su Estrategia mundial para la lepra 2016–2020: acelerar la acción hacia un mundo sin lepra, destinada a reforzar los esfuerzos por controlar la enfermedad. La estrategia se centra en evitar las discapacidades, especialmente entre los niños.

En Colombia, la lepra ha tenido un comportamiento epidémico, con un comienzo lento que se inició entre los siglos dieciséis y diecisiete, llegando a su punto máximo en la década de 1960, con una disminución progresiva posterior, notándose en el último decenio un descenso drástico en la prevalencia de la enfermedad. En cuanto a la distribución geográfica de la lepra, es notoria la tendencia a su agrupamiento, evidente en el ámbito mundial, continental, nacional, regional, municipal, veredal, casas y familias. En Colombia, esta característica se aprecia en la vertiente occidental de la cordillera Oriental, en los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá, dentro de los cuales también existe agrupamiento en el ámbito municipal. Debido a las dificultades para determinar la infección, puede considerarse caso sospechoso a las personas que presenten algunas de las siguientes manifestaciones: Sintomáticos de piel (SP): Persona con cualquier tipo de lesión cutánea, anestésicas o hipoestésicas, hipopigmentadas o rojizas, bien delimitadas o con brotes difusos, no congénita, diferente a cicatriz; sea o no su

motivo de consulta, de larga duración y que no haya respondido a tratamientos previos y Sintomático de sistema nervioso periférico (SSNP): Personas con áreas corporales hipo o anestésicas o con problemas motores distales, de las manos, los pies o los párpados. Toda persona que presente una o más de las siguientes señales: manchas hipocrómicas o eritemato-hipocrómicas, con o sin disminución de la sudoración y con o sin alopecia localizada, con alteración de la sensibilidad; áreas cutáneas con anestesia, hipoestesia o parestesias; placas eritematosas de límites nítidos con alteración de la sensibilidad; lesiones eritematosas planas con centro claro o placas infiltradas, con alteración de la sensibilidad; placas eritematosas infiltradas de bordes difusos, con alteración de la sensibilidad; tubérculos y nódulos; pérdida extensa de sensibilidad en las manos o en los pies; uno o más troncos nerviosos periféricos engrosados, con pérdida de la sensibilidad y de la motricidad en su distribución correspondiente, sin lesiones cutáneas; nervios dolorosos espontáneamente o a la palpación; úlceras indoloras en las manos o en los pies (5).

El departamento con mayor tasa de detección durante las SE 24 del 2019 es el departamento de Cesar con una tasa de 1,97 por 100 000 habitantes, seguido por Norte de Santander con 1,51 y Arauca con 1,48 por 100 000 habitantes, mientras que el departamento de Arauca presenta un aumento de los indicadores para la Tasa

general de detección, Tasa de detección dentro de los casos multibacilares y alto porcentaje dentro de los casos con grado II de discapacidad por lo que se deben generar acciones de búsqueda oportunas dentro de los convivientes. El grupo de edad más afectado es el de 65 y más con el 18,6 % y el 47,8 % de los casos se encuentran en edades que van desde los 55 años en adelante, esto es congruente con una enfermedad crónica como la Lepra, con un periodo de incubación muy largo, en un país de baja prevalencia y en etapa de eliminación, por lo que las acciones se deberían direccionar a este grupo de edad previniendo sus complicaciones (1). El presente estudio pretende describir el comportamiento de la lepra durante el periodo comprendido entre los años 2016 al 2019, así mismo determinar las variables epidemiológicas que representan mayor incidencia de lepra en nuestro país e identificar las regiones geográficas con mayor incidencia de lepra en el país durante los años 2016 – 2019.

II. MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que comprendió todos los casos de Lepra notificados a través de la Ficha de notificación Individual 450 al Subsistema de información SIVIGILA-Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública durante el periodo 2016 – 2019. Para la caracterización sociodemográfica se incluyó información consignada en la Ficha de notificación Individual 450

2.2. Definición operativa de caso: por clínica todo paciente con lesiones cutáneas eritematosas o hipocrómicas confirmadas al examen clínico por presentar alteración de la sensibilidad: térmica, dolorosa o táctil. Engrosamiento, dolor espontáneo o a la palpación de uno o varios troncos nerviosos, asociados con signos de afección neural: pérdida sensitiva, disminución de la fuerza muscular o parálisis en el territorio y músculos inervados por ellos; y por laboratorio todo paciente con Identificación de bacilos ácido alcohol resistentes en los frotis de linfa o líquido intersticial y Biopsia con infiltrados inflamatorios que lesionan o destruyen los nervios, independientemente de la presencia o no de bacilos. (Protocolo de vigilancia Lepra www.ins.gov.co)

2.3. Variables: Dentro de las variables estudiadas se encuentran: Edad al diagnóstico, sexo, ocupación y departamento y municipio de procedencia. Para la clasificación de la lepra se utilizaron las que están establecidas en la ficha de notificación del SIVIGILA de acuerdo con los resultados de histopatología: lepra Indeterminada, lepra tuberculoide, lepra dimorfa ((bordeline) es la forma inestable de la enfermedad que en su transcurso termina en Lepra tuberculosis o Lepromatosa lepromatosa), lepra lepromatosa, lepra neural (Forma de la enfermedad caracterizada por el compromiso de los nervios perisféricos en ausencia de signos cutáneos) .

Así mismo se tuvo en cuenta la clasificación clínica de los casos en Lepra Paucibacilar Hasta 5 lesiones, no más de un tronco nervioso comprometido y baciloscopia negativa y lepra multibacilar (MP) Multibacilar más de 5 lesiones más de un tronco nervioso comprometido y baciloscopia positiva. Se clasificó de acuerdo con el máximo grado de discapacidad en Grado cero (Ningún problema con los ojos, manos, ni pies), Grado uno (Sensibilidad corneana disminuida o ausente, anestesia en manos y pies), Grado dos (Las discapacidades graves (grado 2) por lo general se presentan años después del comienzo clínico de la enfermedad, indicando detección tardía o manejo inadecuado. Ojos: Lagofthmo y/o ectropión, Triquiasis, Opacidad corneana, Agudeza visual menor a 0.1 o no contar dedos a 6 m. Manos: Úlceras y lesiones traumáticas, Garra móvil, Reabsorción ósea, Mano caída, Articulaciones anquilosadas. Pies: Úlceras atróficas, Garra en ortijos, Pie caído, Reabsorción ósea, Contractura)

Adicionalmente los casos fueron clasificados de acuerdo con si presentaban o no reacción leprotica en: Tipo uno (Clínicamente se evidencia por la exacerbación de las lesiones establecidas o generación de nuevas, acompañadas de neuritis y empeoramiento clínico) y Tipo dos (Se manifiesta por empeoramiento de las lesiones establecidas acompañadas de nódulos inflamatorios difusos denominados eritemas nudosos. Se caracteriza por fiebre, malestar general,

astenia, adinamia, malgias, artralgias, neuritis, orquiepididimitis, nefritis, linfadenopatías y hepatomegalia) y Ninguna

2.4. Análisis estadístico. Los datos fueron consignados en el programa Microsoft Excel y procesados a través de paquete estadístico SPSS versión 25. Se aplicó estadística descriptiva y se calcularon frecuencias y porcentajes; finalmente la información se resumió en cuadros.

2.5. Aspectos éticos. El presente estudio contó

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de lepra según año de reporte, y ubicación geográfica de 2016-2019.

Periodo	(n=40)	(%)
2016	6	15
2017	13	32,5
2018	13	32,5
2019	8	20
área		
Cabecera municipal	25	62,5
Centro poblado	13	32,5
Rural	2	5
Departamento de procedencia		
Atlántico	9	22,5
Bolívar	9	22,5
Cesar	9	22,5
Choco	1	2,5
Magdalena	3	7,5
Sucre	4	10
Valle	5	12,5
Municipio de procedencia		

Valledupar	3	7,5
Sincedejo	1	2,5
Achí	2	5
Barranquilla	2	5
Astrea	1	2,5
Becerril	2	5
Ariguaní	2	5
Cartago	1	2,5
El Copey	1	2,5
Istmina	1	2,5
Magangué	3	7,5
Malambo	1	2,5
Manaure	2	5
Morales	2	5
Obando	4	10
Repelón	1	2,5
Sabanalarga	1	2,5
San Pablo	1	2,5
Santo Tomas	1	2,5
Simiti	1	2,5
Soledad	3	7,5
Sucre	3	7,5
Zona Bananera	1	2,5

**Al relacionar la edad y el sexo de los pacientes con lepra, se obtuvo un mayor número del grupo etario de 27-59 años, con 13 del sexo femeninos y 8 del sexo masculinos para 52,5 % (tabla 1).*

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de lepra según edad, sexo y ocupación de 2016-2019.

Características	Sexo		Total
cas	Femeni	Masculi	n
Edad al diagnóstico (años)	no (n=22)	no (n=18)	= 40 (%)
6-11	1	0	1 2,5
12-18	1	0	1 2,5

19-26	1	2	3	7,5
27-59	13	8	2	52,
			1	5
60-80	6	8	1	35
			4	
Ocupación				
Trabajadores de los servicios y vendedores	0	3	3	7,5
Agricultores, trabajadores y obreros agropecuarios	0	12	1	30
			2	
Trabajadores no calificados	22	3	2	62,
			5	5

Tabla 3. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de lepra de 2016-2019.

Baciloscopia (n=40) (%)		
Con baciloscopia	28	70
Sin baciloscopia	12	30
Total	40	100
Clasificación histopatológica		
Indeterminada	5	12,5
Tuberculoide	5	12,5
Dimorfa	2	5
Lepromatosa	7	17,5
Otro diagnostico	3	7,5
Sin biopsia	18	45
Total	40	100
Presencia de reacción perotica		
Tipo 1	4	10

Tipo 2	10	25
Ninguna	26	65
Total	40	100

Clasificación según # de lesiones	Grado 0	Grado 1	Grado 2
Paucibacilar	9	4	1
Multibacilar	13	10	3

IV. DISCUSIÓN

A partir de las bases de datos utilizadas sobre las características demográficas de la lepra 2016-2019 podemos observar el comportamiento ambiguo que presento durante este periodo de tiempo, logrando evidenciar ciertas variaciones, dentro del cual encontramos un periodo con mayor número de casos dentro del rango 2017-2018 en el cual el número de casos positivos de lepra fueron de un 32%, que equivale a 13 casos por año a diferencia del año 2019 en el cual el número de caso disminuyo hasta un 20% que equivale a 8 casos en el año, evidenciando una mejoría con respecto a la incidencia de esta enfermedad. Por otra parte, tenemos que el rango de edad con mayor número de casos de Lepra fue entre 27-59 años con un total de 52.5% que equivale a un total de 21 personas, divididos en 13 mujeres y 8 hombres. También tener en cuenta que los pacientes con diagnóstico de lepra según la ocupación fueron de un 62.5% a trabajadores no clasificados, acompañado de un 62% de pacientes con diagnóstico de lepra ubicados en la cabecera municipal y los departamentos de procedencia con mayores casos de Lepra serian Atlántico, Bolívar y Cesar con un 22.5%.

V. CONCLUSIONES

Se concluye las personas afectadas por la Lepra constituyen un importante recurso

para la vigilancia contra la Lepra y pueden desempeñar un papel primordial en el control de la enfermedad, se deben diseñar estrategias en la creación de capacidades para la acción de las personas afectadas en la promoción, la rehabilitación basada en la comunidad y el establecimiento de redes destinadas al apoyo psicosocial para la disminución del estigma, sufrimiento emocional y económico

Fondos: "Esta investigación no recibió fondos externos".

Agradecimientos: Agradecemos a la profesora Paula Pareja Loaiza docente de la universidad Simón Bolívar por su activa orientación y participación en la investigación de la que se derivó el presente artículo.

Conflictos de intereses:

Las autoras no poseen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Rivero E.; Barrios Z, Berdasquera D., Tápanes T., Peñalver A. La lepra, un problema de salud global. trabajos de revisión La Habana Cuba.
2. Organización mundial de la salud. estrategia mundial de eliminación de la lepra 2016-2020: acelerar la acción hacia

un mundo sin lepra. Colombia; pp. 1–36.

3. García I., Rivero E., Díaz O., ¿es la lepra una enfermedad eliminada? Mediacentro 2011;15 (1)
4. Torres J., Colorado C., Gamboa L., Araujo M., León C., Guerrero M. Genotipificación de Mycobacterium leprae colombiano para la Determinación de Patrones de Transmisión de la Enfermedad. Revista. salud pública. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Bogotá, Colombia 11 (1): 3-13, 2009
5. Estrategia central y descripción del evento, Secretaria Distrital De Salud De Bogotá. Dirección de Salud Publica
6. Organización mundial de la salud. estrategia mundial de eliminación de la lepra 2016-2020: acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Colombia; pp. 1–36.
7. Rivero Reyes Eduardo, Barrios Martínez Zoila, Berdasquera Corcho Denis, Tápanes Fernández Thelma, Peñalver Sinchay Ana Gladys. La lepra, un problema de salud global. Rev Cubana Med

- Gen Integr [Internet]. 2009 Mar [citado 2020 Dic 02] ; 25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100010&lng=es.
8. Concha R Marcela, Cossio T M. Laura, Salazar S Iván, Fich S Félix, Pérez C Carlos, González B Sergio. Enfermedad de Hansen: Revisión a propósito de un caso. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2008 Feb [citado 2020 Dic 03] ; 25(1): 64-69. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000100013>.
 9. Urbina Torija Juan Román, García Salazar M^a del Pilar, Letón Pastor M^a de las Mercedes, Ruiz Pérez Raquel. Epidemiología de la lepra a través del estudio de la frecuentación de el hospital especializado de Trillo durante el período 1943-1995. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Sep [citado 2020 Dic 03] ; 71(5): 463-477. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500005&lng=es.
 10. Lepra: combatimos la enfermedad no a los que la sufren. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2017 Ago [citado 2020 Dic 03] ; 34(4): 305-306. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000400305&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400305>.
 11. Cardona Castro Nora María, Bedoya Berrío Gabriel. Lepra: enfermedad milenaria y actual. Iatreia [Internet]. 2011 Mar [consultado el 02 de diciembre de 2020]; 24 (1): 51-64. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932011000100006&lng=en.
 12. Blanco Córdova C.A., Cangas García T.. Lepra: Impacto psicosocial. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Ene [citado 2020 Dic 03] ; 11(25): 287-298. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?sc>

ript=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100018>.

13. Rada Elsa, Aranzazu Nacarid, Convit Jacinto. Respuesta inmunitaria de la enfermedad de Hansen: Revisión. Invest. clín [Internet]. 2009 Dic [citado 2020 Dic 03] ; 50(4): 513-527. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332009000400011&lng=es.

14. Santos Karen da Silva, Fortuna Cinira Magali, Santana Fabiana Ribeiro, Gonçalves Marlene Fagundes Carvalho, Marciano Franciele Maia, Matumoto Silvia. Significado de la lepra para personas que experimentaron el tratamiento en el período sulfónico y de poliquimioterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Aug [cited 2020 Dec 03] ; 23(4): 620-627. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400620&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-11692015000400620>.

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0323.2596>.

15. Baquero Suárez Jacqueline María, Gámez Sánchez Donelia, Dueñas Moreira Odeite. Diagnóstico de lepra en una comunidad ecuatoriana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 Sep [citado 2020 Dic 02] ; 35(3): e528. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000300011&lng=es. Epub 01-Sep-2019.