

**BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DISTRITAL
DE LEPRO**

Semana Epidemiológica 1 a la 26 de 2011

Sonia Liliana Guzmán Rodríguez.

Vigilancia en Salud Pública de Tuberculosis

Secretaria Distrital de Salud

Tabla de Contenido

1.	INTRODUCCION.....	5
2.	OBJETIVO.....	5
3.	MATERIALES Y METODOS.....	5
4.	RESULTADOS.....	6
6.1	Situación general.....	6
4.3	Lepra en Poblaciones especiales.....	10
5.	CONCLUSIONES.....	10
5.	DISCUSION.....	11
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	11

Lista de Graficas

- Grafica 1. Distribución de casos de lepra diagnosticados en Bogotá por semana epidemiológica, 1 a la 26 de 2011
- Grafica 2. Distribución de casos de lepra diagnosticados en Bogotá por sexo, de semana Epidemiológica 1 a la 26 de 2011

Lista de Tablas

- Tabla 1. Distribución de casos nuevos de lepra según condición de ingreso y tipo, diagnosticados en Bogotá, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011
- Tabla 2. Distribución de casos de lepra según la ocupación, diagnosticados en Bogotá, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011
- Tabla 3. Porcentaje de casos nuevos de lepra según grado de discapacidad, diagnosticados en Bogotá, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011
- Tabla 4. Distribución de casos de lepra según tipo de la enfermedad y grupo de edad, diagnosticados en Bogotá, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011
- Tabla 5. Distribución de casos de lepra según lugar de procedencia, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011

1. INTRODUCCION

La Lepra (enfermedad de Hansen) es una infección crónica, conocida desde los tiempos bíblicos. El principal reservorio y fuente de infección es el enfermo de Lepra sin tratamiento. La Lepra, de difícil transmisión, no es hereditaria, lo que se puede heredar es la susceptibilidad a padecerla, y tiene un largo período de incubación, lo cual dificulta determinar el momento y el lugar donde se contrajo la enfermedad. De las enfermedades infectocontagiosas, es la menos contagiosa. Si bien la magnitud de la epidemia es moderada y la morbilidad por Lepra es baja comparada con las de otras enfermedades transmisibles, su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales, permanentes y progresivas que produce de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento regular y completo.¹

Dado el costo social que representa un diagnóstico de Lepra de forma tardía, se hace necesario continuar con la vigilancia en salud pública de este evento, por lo cual cobra un valor importante la identificación de convivientes y a su vez la valoración dermatológico- oftalmológico- neurológico que se le realice al 100% de ellos, con el fin de detectar nuevos casos antes de la aparición de cualquier grado de discapacidad. Este boletín presenta la información generada por el aplicativo SIVIGILA en relación a los casos notificados de Lepra de la semana 1 a la 26, como instrumento de seguimiento del comportamiento de esta enfermedad que aun se encuentra en proceso de eliminación en Colombia.

2. OBJETIVO

Brindar información sobre el comportamiento de la Lepra en el primer semestre del año 2011 en el Distrito Capital, incluyendo información sobre clasificación de la enfermedad, tipo de Lepra, grupos de edad, grado de discapacidad, carga de la enfermedad, grado de discapacidad, distribución por sexo y georreferenciación del evento.

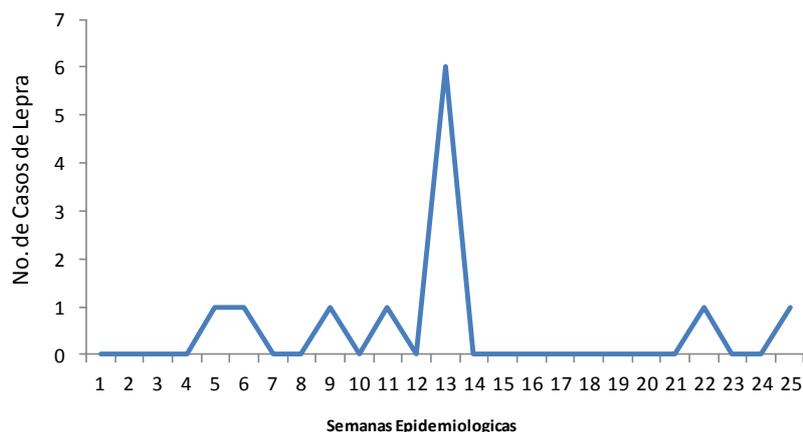
3. MATERIALES Y METODOS

Para la elaboración de este boletín se requirió la base de datos del Programa de Lepra y SIVIGILA – SAA correspondiente a la notificación realizada por las 20 localidades del Distrito. Esta base de datos fue exportada a hojas de cálculo de Microsoft excel para la elaboración de tablas y gráficos necesarios en la presentación de la información.

4. RESULTADOS

6.1 Situación general

Grafica 1. Distribución de casos de lepra diagnosticados en Bogotá por semana epidemiológica de inicio de síntomas, 1 a la 26 de 2011

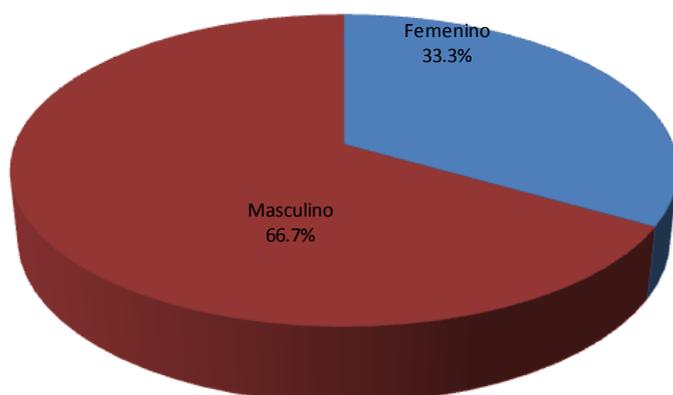


Fuente: SIVIGILA - Lepra, Bogotá 2011

Los casos diagnosticados de Lepra en Bogotá se presentan en la grafica anterior según semana de inicio de síntomas. Se observa que en la semana 13 la cual corresponde al periodo entre 27 de marzo al 2 abril iniciaron síntomas 6 de los 12 casos notificados, no obstante fueron notificados en semanas epidemiológicas diferentes y no guardan alguna relación dado a que corresponden a casos residentes en localidades diferentes, 4 de ellos diagnosticados en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y uno de ellos procedente de Chaparral Tolima.

La información sobre estos 6 casos en relación a la condición de ingreso se identifica que 3 de ellos corresponden a casos nuevos y los 3 restantes a recidivas, así como 4 de ellos arrojaron baciloscopia con resultado paucibacilar y el 100% de ellos recibe tratamiento según esquema Nacional.

Grafica 2. Distribución de casos de lepra diagnosticados en Bogotá por sexo, de semana Epidemiologica 1 a la 26 de 2011



SEXO	No	%
Femenino	4	33,3
Masculino	8	66,7
Total	12	100

Fuente: SIVIGILA - Lepra, Bogotá 2011

El 66.7% (8) de los casos que se diagnostican en Bogotá, para este periodo fueron hombres y el 33.3% (4) mujeres. Esto quiere decir que por cada mujer que se diagnostica con Lepra en Bogotá a su vez se tienen dos casos de Lepra en población masculina.

Tabla 1. Distribución de casos nuevos de lepra según condición de ingreso y tipo, diagnosticados en Bogotá, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011

Casos Lepra	Nueva	Recidiva	Total
PB	3	3	6
MB	4	2	6
Total	7	5	12

Fuente: SIVIGILA - Lepra, Bogotá 2011

En Bogotá se diagnosticaron 12 casos de lepra hasta semana 26 de 2011 de los cuales 58.3% (7) corresponde a casos nuevos y 41.6% (5) a recidivas. De los 7 casos nuevos el 57.1% (4) se clasifico como multibacilar y el 42.8 % (3) restante como paucibacilar.

Tabla 2. Distribución de casos de lepra según la ocupación, diagnosticados en Bogotá, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011

Ocupacion	No.	%
Agricultores de cultivos transitorios	3	25
Pensionado	2	16,7
Auxiliares administrativos y afines	1	8,3
Personal de servicio de proteccion y Seguridad	1	8,3
Operarios del tratamiento de la madera	1	8,3
Conductores de camionetas y vehículos livianos	1	8,3
Conductores de buses, microbuses y colectivos	1	8,3
Obreros de la construcción de edificios	1	8,3
Ama de casa	1	8,3
Total	12	100

Fuente: SIVIGILA - Lepra, Bogotá 2011

Al desagregar las diferentes ocupaciones de los pacientes diagnosticados con Lepra en Bogotá se obtienen que el 25% (3) se dedican a labores relacionadas con la agricultura, seguido de 16.7% (2) a personas en condición de pensionado. En general se evidencian labores no calificadas y catalogadas en el código nacional de ocupaciones (CON – 70) descrito por el Ministerio de Trabajo y SENA como nivel de preparación C, el cual refleja un limitado proceso formativo en los pacientes diagnosticados con Lepra en Bogotá.

Tabla 3. Porcentaje de casos nuevos de lepra según grado de discapacidad, diagnosticados en Bogotá, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011

Discapacidad	No. Casos nuevos	%
Grado 0	4	57,1
Grado 1	2	28,6
Grado 2	1	14,3
Total	7	100

Fuente: SIVIGILA - Lepra, Bogotá 2011

El objetivo global de los programas de control de la lepra es la prevención de discapacidades. En la actualidad existe una oportunidad única de llevar a cabo las actividades específicas de prevención de la discapacidad, como resultado de la implementación favorable de la poliquimioterapia, la reducción del estigma y la transferencia de actividades en el nivel de atención primaria.³ Al revisar la información notificada en el aplicativo SIVIGILA en relación al grado de discapacidad en los casos nuevos de Lepra se obtiene que el 57.1% (4) se ha clasificado con grado discapacidad 0, el

28.6% (2) con grado de discapacidad 1, y el 14.3% (1) restante con discapacidad grado 1.

Tabla 4. Distribución de casos de lepra según tipo de la enfermedad y grupo de edad, diagnosticados en Bogotá, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011

Grupo de Edad	PB	MB	Total	%
25 a 29	0	3	3	25,0
30 a 34	0	0	0	0,0
35 a 39	0	0	0	0,0
40 a 44	0	2	2	16,7
50 a 54	3	0	3	25,0
55 a 59	0	0	0	0,0
60 y mas	3	1	4	33,3
Total	6	6	12	100,0

Fuente: SIVIGILA - Lepra, Bogotá 2011

Dado que la Lepra corresponde a un evento con un periodo de incubación demasiado largo que puede superar los 8 años, se evidencia que los casos en su gran mayoría se presentan en la adultez como se observa en la tabla anterior. El diagnosticar un caso de lepra en población infantil supone una infección reciente y por lo tanto la identificación dentro de los convivientes y contactos de más casos nuevos.

Tabla 5. Distribución de casos de lepra según lugar de procedencia, Semana epidemiológica 1 a la 26 de 2011

Lugar de Procedencia	No	%
Bogota	7	58,3
Cundinamarca	3	25,0
Tolima	2	16,7
Total	12	100

Fuente: SIVIGILA - Lepra, Bogotá 2011

De acuerdo a la información sobre lugar de procedencia se logra establecer que de los 12 casos de Lepra diagnosticados en Bogotá, el 58.3% (7) proceden de Bogotá, 25% (3) provienen de municipios de Cundinamarca y el 16.7% (2) de municipios del Tolima. No obstante de estos 12 casos diagnosticados en Bogotá solo 8 residen en localidades del Distrito.

4.3 Lepra en Poblaciones especiales

De los pacientes diagnosticados en Bogotá ninguno se auto reconoció a alguna etnia, igualmente no se identifico en poblaciones especiales como migrantes, carcelarios o desplazados.

4.4 Intervenciones Realizadas

Las intervenciones realizadas dentro de la vigilancia en salud pública de Lepra, se ubican actividades tales como la investigación epidemiológica de campo la cual tiene como objetivo educar al paciente en la forma de transmisión de la enfermedad, adherencia al tratamiento, prevención de discapacidades y en la identificación de convivientes y contactos. Sumado a esto todo conviviente se le aplica una dosis vacuna de BCG si cuenta con cicatriz o dos dosis si no la tiene como se establece en los protocolos del INS y en la Circular 058 de 2009.

Dentro de la investigación de convivientes y contactos son canalizados a la IPS primaria a través de la articulación con el referente del programa de Transmisibles que labora conjuntamente en la Empresa Social del Estado de I nivel, para que sean valorados dermatológica - oftalmológica y neurológicamente con el fin de lograr detectar casos nuevos principalmente dentro de los convivientes.

5. CONCLUSIONES

1. Las ocupaciones identificadas en los pacientes con diagnostico de lepra se asocian a un nivel de preparación muy básico, según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, lo cual probablemente influye en el proceso de autocuidado y reconocimiento oportuno de lesiones dermatológicas necesarias para requerir atención médica oportuna.
2. El comportamiento de la Lepra según grupo de edad se diagnostica principalmente en población mayor de 20 años, como se observa en la Tabla 4, pero probablemente este comportamiento se deba a que se trata de una enfermedad crónica en donde el periodo de incubación puede tardar hasta 10 años posterior a la infección, debido a la lenta multiplicación del micobacterium.
3. El diagnosticar casos de Lepra de forma multibacilar, indica un diagnostico tardío, razón por la cual los profesionales de la salud deben capacitarse en diagnóstico de Lepra y relacionarlo con su contexto geográfico, laboral y social, con el objetivo de dar un

manejo que prevenga las discapacidades en esta población.

4. La prevención de las discapacidades en los casos de Lepra depende en gran medida de la detección oportuna de los casos y a su vez de la preparación de los profesionales en buscar casos sintomáticos de piel.

5. DISCUSION

Dentro de los retos que se tienen para este evento se tiene en primer lugar lograr detectar el 100% de los casos con un grado máximo de discapacidad de cero. No obstante el lograr la detección oportuna de los casos supone un proceso de sensibilización a los profesionales de la salud en enfermedades catalogadas por la OMS como desatendidas. El concepto de enfermedades desatendidas obedece a "Las poblaciones más pobres, residentes en zonas rurales remotas, barrios suburbanos marginales o zonas de conflicto, suelen ser las más afectadas por estas enfermedades, que persisten cuando hay pobreza y se concentran de forma casi exclusiva en las poblaciones pobres del mundo en desarrollo".

Los casos presentados en este periodo fueron en pacientes con ocupaciones que se relacionan con un nivel de preparación básico, por lo tanto se presume que se trata de personas con bajos ingresos económicos, en donde confluyen diversos factores como lo es el inadecuado nivel nutricional que influye notablemente en el acondicionamiento del estado inmunológico del paciente y por ende en la evolución clínica de la enfermedad. Por lo tanto a pesar que Bogotá ha mantenido la meta de menos de un caso de Lepra por cada 10.000 habitantes, es necesario realizar un abordaje desde distintos sectores para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida en termino no solamente sanitarios sino educativos y laborales.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nutrición Hospitalaria. Evaluación del estado Nutricional de pacientes en un hospital con Lepra en Argentina. Disponible 25 agosto en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n3/alimentos2.pdf>
2. Clasificación Nacional de Ocupaciones. SENA. Disponible en agosto 25 en: <http://www.oei.es/oeivirt/fp/cuad2a03.htm>
3. Prevención de las Discapacidades Debidas a la Lepra. Disponible agosto 25 en:

http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Technical_Bulletins/tb08sp.pdf