

Vigilancia epidemiológica de la lepra en Casanare (Colombia), 2012-2022

Sofía Riveros-Sandoval¹, Oneida Castañeda-Porras²

¹Enfermera. Especialista en Epidemiología. Secretaría de Salud de Casanare. Colombia.

²Psicóloga. Epidemióloga de Campo (FEPT). Magíster en Salud Pública. Secretaría de Salud de Casanare. Colombia.

Resumen

Introducción: La lepra, enfermedad ancestral causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*, es curable. El departamento de Casanare, en la Orinoquía colombiana, realiza la vigilancia del evento en consonancia con los lineamientos nacionales.

Objetivo: describir el comportamiento epidemiológico de los casos de lepra notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entre 2012 y 2022.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo de la base de datos generada por el Sivigila. Variables de estudio: características sociodemográficas, tipo de ingreso, clasificación inicial, configuración del caso, grado de discapacidad (GD) y reacción leprotica; se calculó la tasa media anual de detección/100.000 habitantes y se hizo análisis tiempo-lugar-persona.

Resultados: Los casos totales fueron 43, 26 de los cuales (60,3%) fueron urbanos, 22 (51,2%) de Yopal, edad promedio 51,6 (DE15,3; rango = 22-81); 33 (76,7%) hombres, 33 (76,7%) confirmados por laboratorio, todos vivos. 33 (76,7%) nuevos, 6 (13,9%) recidiva y 4 (9,3%) retratamiento. 11 (25,6%) fueron paucibacilares y 32 (74,4%) multibacilares. El diagnóstico se realizó en 39 (90,7%) por baciloscopia, 12 (27,9%) fueron GD-1 y 8 (18,6%) GD-2. La reacción leprotica se encontró en 6 (14,0%) tipo uno, 5 (11,6%) tipo 2 y 32 (74,4%) ninguno. La tasa media anual de detección fue 0,95/100.000 habitantes sin que se observara una tendencia decreciente.

Conclusiones: Aún se detectan casos nuevos, recidivas y retratamientos de lepra. Se recomienda fortalecer acciones de información, educación, comunicaciones orientadas al reconocimiento oportuno de posibles sintomáticos de piel o del sistema nervioso periférico, el acceso a rehabilitación y la consulta oportuna de los casos sospechosos.

Palabras clave:

Lepra. Enfermedad de Hansen.
Lepra Multibacilar.
Lepra Paucibacilar. Vigilancia epidemiológica. Colombia.

Epidemiological surveillance of Leprosy, Casanare (Colombia), 2012-2022

Summary

Introduction: Leprosy, an ancient disease caused by the bacteria *Mycobacterium leprae*, is curable. The department of Casanare, in the Colombian Orinoquia, carries out surveillance of the event in accordance with national guidelines.

Objective: to describe the epidemiological behavior of leprosy cases reported to the Public Health Surveillance System (Sivigila) between 2012 and 2022.

Material and method: Descriptive, retrospective study of the database generated by Sivigila. Studied variables were sociodemographic characteristics, type of admission, initial classification, case configuration, degree of disability (GD) and leprotic reaction. Detection rate per 100,000 inhabitants was estimated; descriptive analysis time-place-person.

Results: A total of 43 cases were detected, 26 (60.3%) were urban, 22 (51.2%) from Yopal, average age 51.6 (SD15.3; r = 22-81); 33 (76.7%) men, 33 (76.7%) laboratory confirmed, all alive. 33 (76.7%) new, 6 (13.9%) recurrence and 4 (9.3%) retreatments; clinical classification of the case, 11 (25.6%) paucibacillary and 32 (74.4%) multibacillary; 39 (90.7%) smear, 18 (41.9%) biopsy; 12 (27.9%) GD-1 and 8 (18.6%) GD-2; leprotic reaction, 6 (14.0%) type one, 5 (11.6%) type 2 and 32 (74.4%) none. The average annual detection rate was 0.95/100,000 inhabitants, with no decreasing trend.

Conclusions: New cases, recurrences and retreatments of leprosy are still detected. It is recommended to strengthen information/education/communication actions aimed particularly at patients/cohabitants in the timely recognition of possible skin or peripheral nervous system symptoms, access to rehabilitation and timely consultation of suspected cases.

Key words:

Leprosy. Hansen's Disease.
Multibacillary Leprosy.
Paucibacillary Leprosy.
Epidemiological Surveillance.
Colombia.

Correspondencia: Sofía Riveros Sandoval
E-mail: sofriveros18@hotmail.com

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lepra es una enfermedad ancestral, aún presente en más de 20 países del mundo, transmitida a través de las gotículas expulsadas por boca y nariz, tras el contacto estrecho y prolongado durante meses con una persona afectada sin tratamiento; la enfermedad afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos¹⁻³. Causada por *Mycobacterium leprae* o *M. lepromatosis* denominados juntos complejo *M. leprae*^{4,5}, también conocida como bacilo de Hansen, un bacilo ácido-alcohol resistente con forma de curva, es una de las enfermedades infecciosas más antiguas, reconocida desde las civilizaciones de Egipto, India y China, y descrita en textos bíblicos. Aunque el principal hospedador y reservorio natural de la infección por *M. leprae* es el hombre, la infección se ha detectado en varias especies de primates y roedores, siendo los armadillos la única fuente confirmada diferente a los seres humanos^{6,7}. El período de incubación se extiende de 9 meses a 10 años; el promedio es probablemente 4 años para la lepra tuberculoides y 8 años para la lepra lepromatosa⁸.

La lepra es una enfermedad curable y la discapacidad que produce puede evitarse cuando la infección se diagnostica y trata adecuadamente en sus primeras fases. Las reacciones que se presentan durante la enfermedad pueden tener secuelas progresivas y permanentes, entre ellas, deformidades y mutilaciones, la disminución de la movilidad de las extremidades e incluso ceguera, en aquellos pacientes no tratados^{1,9}.

Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la lepra ha sido eliminada como problema nacional de salud pública en 34 de los 35 países del continente americano excepto Brasil, con el compromiso político de lograr, en un futuro cercano, la eliminación de la lepra, logro que se ha sostenido durante 14 años consecutivos, con una disminución progresiva de los casos nuevos de lepra, de 56.662 en 2004 a 33.789 en 2014 y con una reducción de la prevalencia de la enfermedad del 45%⁹.

Entre 2011-2020, Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela reportaron 301.312 casos de lepra, pero, Brasil fue el único con una prevalencia mayor a 1/10.000 habitantes y representó 94% de casos durante el período evaluado¹⁰. La tasa de detección de casos, según la OMS, fue de 2,9/100.000, con una base de 173.358 casos en 2016¹. Para 2022, la tasa de detección fue 2,2/100.000 con una base de 174.087 casos, con un incremento de 23,8% respecto a 2021, el 12,3% (21.398/174.087) reportados por la región de las Américas¹¹.

En Colombia, en 2010, la tasa de incidencia fue de 0,5, con una disminución del 28% respecto a 2009 (tasa 0,7/100.000 habitantes)¹²; entre 2011 y 2016 las tasas de incidencia fueron 0,76¹³, 0,78, 0,92, 0,78¹⁴, 0,74¹⁵, 0,63¹⁶, respectivamente. En el primer semestre de 2017 fue 0,48 casos. Para el departamento de Casanare, en la región de la Orinoquía colombiana, la tasa de

detección de casos nuevos de la enfermedad entre 2012 y 2014 fue de 1,43/100.000 habitantes, con una prevalencia en este periodo de 0,14/10.000 habitantes¹⁴.

Con este contexto, el objetivo del estudio fue describir el comportamiento epidemiológico de los casos de lepra notificados al departamento de Casanare durante 11 años.

Material y método

Estudio descriptivo, retrospectivo a partir de la notificación de casos al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) por las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) de Casanare durante el período 2012-2022.

Las variables de estudio fueron aquellas consignadas en la ficha de notificación del evento: características sociodemográficas -municipio, área de procedencia, sexo, edad, tipo de seguridad social y pertenencia étnica; de notificación: tipo de caso, hospitalización, condición final; y; específicas, tipo de ingreso: nuevo, recidiva y retratamiento después de la pérdida al seguimiento; clasificación inicial del caso, *paucibacilar* (hasta 5 lesiones, no más de un tronco nervioso comprometido) y multibacilar (más de 5 lesiones, más de un tronco nervioso comprometido y baciloscopia positiva); número de lesiones identificadas al examen clínico inicial; configuración del caso: datos de laboratorio: baciloscopia y biopsia; resultado de la histopatología: indeterminada, tuberculoides, dimorfa, lepromatosa, neural; máximo grado de discapacidad evaluado: grado cero -ningún problema con los ojos, manos, ni pies-, grado uno -sensibilidad corneana disminuida o ausente, anestesia en manos y pies- y grado dos; y, reacción leprótica: tipo uno, tipo dos y ninguna

Las variables a estudio fueron analizadas en tiempo, lugar y persona mediante el uso de estadística descriptiva con el programa estadístico Epi-Info 7.2.5.0[®]. Se analizaron las tasas anuales de detección de casos nuevos de lepra por 100.000 habitantes. Los datos de población se obtuvieron de las proyecciones de población del Departamento Nacional de Estadística (DANE) que toma como base los resultados ajustados de población del Censo 2005 y la conciliación censal 1985-2005.

Consideraciones éticas

El estudio se clasifica como investigación sin riesgo, según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud¹⁷, en cumplimiento de las actividades y obligaciones contempladas para la vigilancia epidemiológica en el Decreto 3518 de 2006 y el Decreto único reglamentario del sector salud 780 de 2016^{18,19}.

Resultados

Durante el período de estudio, el 52,6% (10/19) de los municipios del departamento notificaron 43 casos de lepra, distribuidos

por año de estudio en 4 (9,3%) en 2012, 4 (9,3%) en 2013, 5 (11,6%) en 2014, 6 (13,9%) en 2015, 2 (4,6%) en 2016, 7 (16,2%) en 2017, 2 (4,6%) en 2018, 3 (6,9%) en 2019, uno (2,3%) en 2020, 4 (9,3%) en 2021 y 2 (4,6%) en 2022 (Tabla 1); 26 (60,3%) residentes en el área urbana y 17 (39,5%) en el área rural, de los cuales, 5 (29,5%) en centro poblado y 12 (60,5%) en rural disperso.

La edad promedio fue 51,6 (DS 15,3), mediana y moda 58, valor mínimo 22 y máximo 81 años; 10 (23,3%) del sexo femenino, edad promedio 40,8 (DS 14,9), mediana 35,5, moda 23, valor mínimo 23 y máximo 62; y, 33 (76,7%) fueron sexo masculino, edad promedio 54,9 (DS 13,9), mediana 59, moda 36, valor mínimo 22 y máximo 81. Según el tipo de seguridad social, 11 (25,6%) fueron

Tabla 1. Distribución de los casos detectados de lepra según clasificación inicial del tipo de ingreso del caso por municipio y año en Casanare (Colombia), 2012-2022.

Municipio	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
Nuevo													
Aguazul	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3	9,1
Hato Corozal	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3,0
Maní	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6,1
Monterrey	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3,0
Nunchía	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,0
Paz de Ariporo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3,0
Pore	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	6,1
Tauramena	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	6,1
Trinidad	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	6,1
Villanueva	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3	9,1
Yopal	3	2	1	2	0	3	0	2	0	1	1	15	45,5
Total	3	3	6	4	0	7	2	4	0	2	2	33	100,0
Recidiva													
Aguazul	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	16,7
Tauramena	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	16,7
Yopal	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	66,7
Total	1	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	6	100,0
Retratamiento													
Trinidad	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	25,0
Yopal	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	75,0
Total	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	4	100,0
Total													
Aguazul	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	4	9,3
Hato Corozal	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2,3
Maní	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4,7
Monterrey	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Nunchía	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Paz de Ariporo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2,3
Pore	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2,3
Tauramena	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	7,0
Trinidad	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	7,0
Villanueva	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	4	9,3
Yopal	4	3	1	2	1	3	1	3	1	2	1	22	51,2
Total	4	4	7	5	2	7	2	6	1	3	2	43	100,0

de tipo contributivo, 30 (69,8%) subsidiado, uno (2,3%) especial y no asegurado respectivamente. No hubo información respecto a la pertenencia étnica. Según la clasificación inicial del caso, 33 (76,7%) fueron confirmados por laboratorio y 10 (23,3%) por clínica, 3 (7,0%) hospitalizados y todos con condición final vivo.

Según la clasificación del tipo ingreso, 33 (76,7%) fueron nuevos, 6 (13,9%) recidiva y 4 (9,3%) retratamiento; y, según la

clasificación clínica, 11 (25,6%) fueron paucibacilares y 32 (74,4%) multibacilares; el promedio de casos durante el período 2012-2022 fue 3,9 casos, de los cuales, 3,7 nuevos, 1,2 recidivas y 1,3 retratamiento, con una tasa media anual de detección de 0,95 por 100.00 habitantes; para casos nuevos de 0,89, para recidivas de 0,29 y para retratamiento de 0,32 (Tabla 2). En la Tabla 3 se presenta la descripción de las variables de configuración del

Tabla 2. Tasa de detección de lepra por 100.000 habitantes según clasificación del tipo de ingreso del caso y clasificación clínica por año en Casanare (Colombia), 2012-2022.

Población-DANE	Años	Nuevo	Tasa	Recidiva	Tasa	Retrata- miento	Tasa	Total	Tasa
Paucibacilar									
375.872	2012	2	0,53		-		-	2	0,53
389.511	2014	3	0,77		-		-	3	0,77
396.320	2015	1	0,25	1	0,25		-	2	0,50
411.255	2017	1	0,24		-		-	1	0,24
428.563	2019		-	1	0,23		-	1	0,23
439.238	2021		-	1	0,23		-	1	0,23
442.068	2022	1	0,23		-		-	1	0,23
411.832	Total	1,6	0,39	1,0	0,24	0,0	-	1,4	0,33
Multibacilar									
375.872	2012	1	0,27	1	0,27		-	2	0,53
382.735	2013	3	0,78	1	0,26		-	4	1,05
389.511	2014	3	0,77		-		-	3	0,77
396.320	2015	3	0,76		-		-	3	0,76
403.554	2016		-		-	2	0,50	2	0,50
411.255	2017	6	1,46		-		-	6	1,46
420.504	2018	2	0,48		-	1	0,24	3	0,71
428.563	2019	4	0,93	1	0,23		-	5	1,17
435.195	2020		-		-	1	0,23	1	0,23
439.238	2021	2	0,46		-		-	2	0,46
442.068	2022	1	0,23		-		-	1	0,23
411.347	Total	2,8	0,68	1,0	0,24	1,3	0,32	2,9	0,71
Total									
375.872	2012	3	0,80	1	0,27		-	4	1,06
382.735	2013	3	0,78	1	0,26		-	4	1,05
389.511	2014	6	1,54		-		-	6	1,54
396.320	2015	4	1,01	1	0,25		-	5	1,26
403.554	2016		-		-	2	0,50	2	0,50
411.255	2017	7	1,70		-		-	7	1,70
420.504	2018	2	0,48		-	1	0,24	3	0,71
428.563	2019	4	0,93	2	0,47		-	6	1,40
435.195	2020		-		-	1	0,23	1	0,23
439.238	2021	2	0,46	1	0,23		-	3	0,68
442.068	2022	2	0,45		-		-	2	0,45
411.347	Total	3,7	0,89	1,2	0,29	1,3	0,32	3,9	0,95

Tabla 3. Características de los casos de lepra detectados en Casanare (Colombia), 2012-2022.

Variable		Multibacilar	%	Paucibacilar	%	Total	%
Laboratorio							
Baciloscopia	Sí	29	90,6	10	90,9	39	90,7
	No	3	9,4	1	9,1	4	9,3
Biopsia	Sí	10	31,3	8	72,7	18	41,9
	No	22	68,7	3	27,3	25	58,1
Resultado de histopatología							
Lepromatosa		7	70,0	0	0,0	7	38,9
Tuberculoide		1	10,0	5	62,5	6	33,3
Indeterminada		1	10,0	3	37,5	4	22,2
Dimorfa (<i>borderline</i>)		1	10,0	0	0,0	1	5,6
Máximo grado de discapacidad evaluado							
Grado Cero		17	53,1	6	54,5	23	53,5
Grado Uno		9	28,1	3	27,3	12	27,9
Grado dos		6	18,8	2	18,2	8	18,6
Presenta reacción leprótica							
Tipo Uno		5	15,6	1	9,1	6	14,0
Tipo Dos		4	12,5	1	9,1	5	11,6
Ninguno		23	71,9	9	81,8	32	74,4

caso: laboratorio, resultado de histopatología, máximo grado de discapacidad evaluado y si presenta reacción.

Según el grupo edad/curso de vida, 3 (7,0%) correspondieron al grupo de 19 a 26 años, 23 (53,5%) de 27 a 59 años y 17 (39,5%) de 60 y más años, cuya distribución según el tipo de ingreso y la clasificación clínica se presenta en la Figura 1. La curva epidémica por semana epidemiológica para cada año a estudio se presenta en la Figura 2.

Discusión

Del total de casos notificados la mayor proporción se concentró en 2017, en pacientes procedentes de Yopal (capital del departamento con la mayor densidad de población), en residentes en el área urbana de los municipios y del sexo masculino, situación similar a la del país^{20,21}. No dejó de llamar la atención que, entre quienes residen en el área rural, la mayoría se ubica

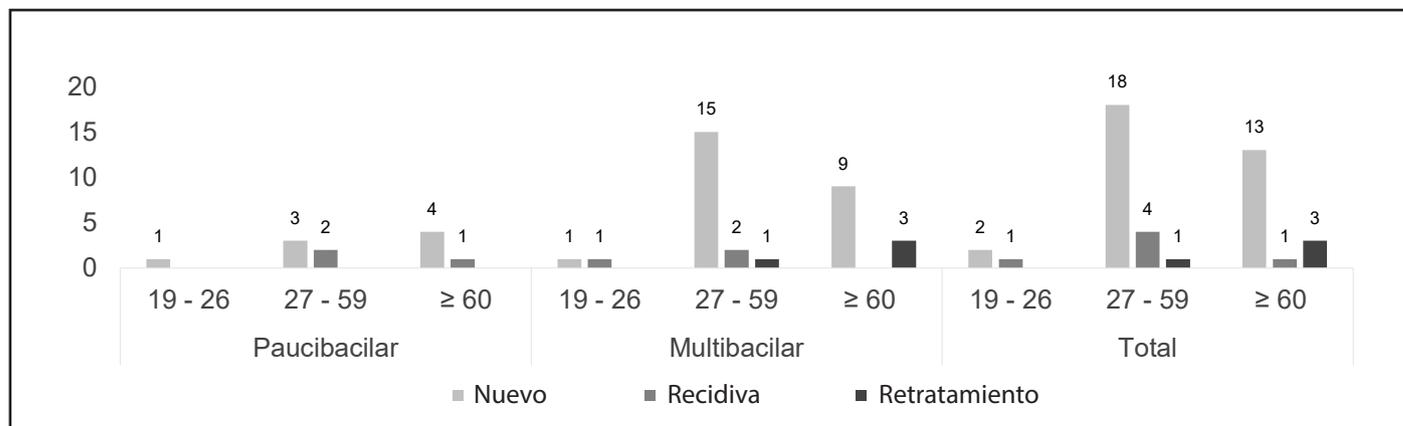
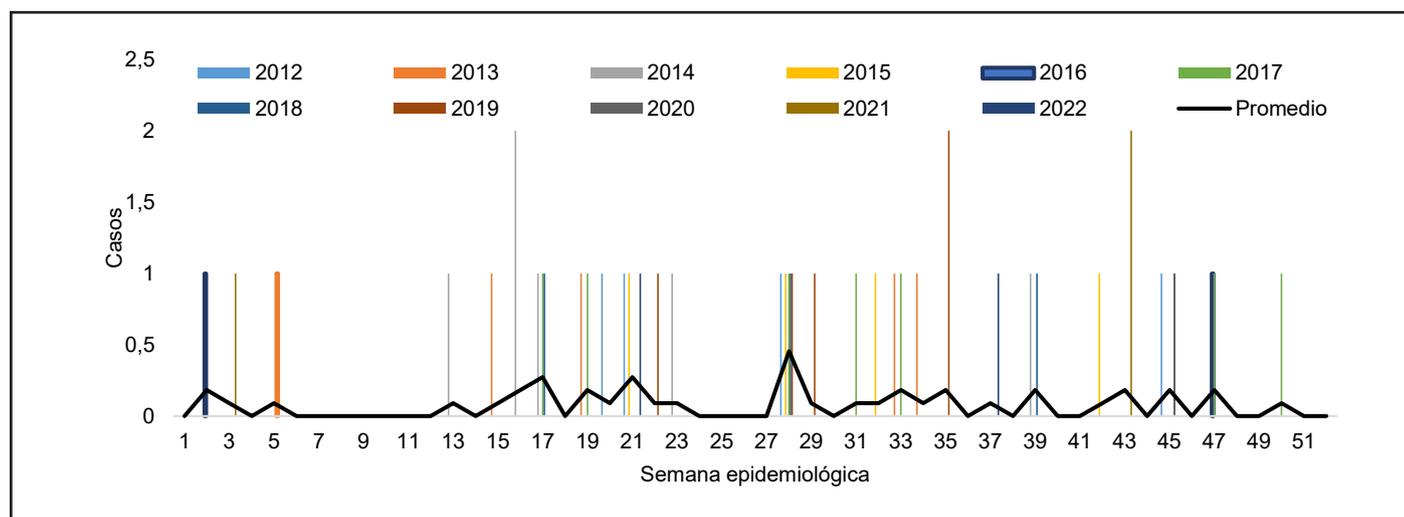
Figura 1. Distribución de los casos de lepra detectados en Casanare (Colombia) según el tipo de ingreso del caso y clasificación clínica por grupo etario, 2012-2022.

Figura 2. Curva epidémica de los casos detectados de lepra en Casanare (Colombia), 2012-2022.



en el área rural dispersa. De acuerdo con la edad, tanto hombres como mujeres, la mayoría son adultos, con valores extremos de 22 y 81 años, similar a lo reportado para Costa Rica²², que indican como la enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad.

Según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la mayoría se encuentra en el régimen subsidiado, es decir, personas sin capacidad de pago para asumir el valor total de la cotización que les permite la afiliación al régimen contributivo, población clasificada como pobre o vulnerable de acuerdo con el sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (Sisbén), quienes reciben subsidio pleno y no deben contribuir, según los establece al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019²³. Una mínima proporción fueron hospitalizados y todos con condición final vivo.

La confirmación por laboratorio como complemento al examen clínico mediante el examen basiloscópico, contribuye al diagnóstico, clasificación y elección del esquema terapéutico²⁴; y la correcta clasificación de los pacientes diagnosticados en grupos multibacilares y paucibacilares, lo cual, no solo determina la duración del tratamiento, sino que disminuye el riesgo de recaída debido al tratamiento insuficiente si un paciente multibacilar se clasifica como que tiene enfermedad paucibacilar, situación que prolonga el tiempo en el que un paciente está infectado²⁵. Es así como, en cuanto a la clasificación inicial del caso, coincidente con lo reportado para el país^{26,27}, la mayor proporción de pacientes diagnosticados como casos nuevos, fue confirmado por laboratorio, la mayoría por baciloscopia y a menos de la mitad se les tomó biopsia de sus lesiones cutáneas, con la clasificación clínica multibacilar lepromatosa, similar a lo reportado para el Valle del Cauca²⁰ y en la provincia de Jiangsu-China en el período 2005-2020²⁸. Es decir, con más de 5 lesiones cutáneas, con afectación nerviosa (neuritis pura o cualquier número de lesiones cutáneas

y neuritis) o con presencia de bacilos en un frotis por raspado de incisión cutánea²⁴, lo que evidencia el diagnóstico tardío, al considerar que los pacientes acuden tardíamente a la consulta al no existir percepción de riesgo²⁹. En la forma tuberculoide se concentra en la clasificación paucibacilar indeterminada.

Los pacientes que reciben esquema completo de poliquimioterapia, egresan por mejoría o curación clínica y pueden regresar con signos clínicos de lepra activa (presentan nuevas manchas, placas o nódulos cutáneos o una nueva lesión nerviosa como recidiva o retratamiento, es decir, después de la pérdida al seguimiento^{30,31}, en el estudio se evidencia que casi la cuarta parte fueron pacientes tratados previamente, la mayoría ingresados como recidiva con la posibilidad de ser resistente a medicamentos como la dapsona o a la rifampicina³².

Respecto al grado de discapacidad, un poco más de la mitad se clasifican con grado cero, sin problemas en los ojos, manos y pies; seguido por el grado uno, con sensibilidad corneana disminuida o ausente, anestesia en manos y pies; y, por el grado dos, que corresponde a las discapacidades graves indicando detección tardía o manejo inadecuado, inferior a lo reportado para el departamento del Valle del Cauca-Colombia entre 2010-2016 de 59,6% con algún grado de discapacidad, pero superior para el grado de discapacidad dos de 8,6% en Valle del Cauca y de 6,9% en Guantánamo-Cuba entre 2015-2019^{20,33}.

La reacción leprótica es clasificada en dos tipos: *tipo I*, en la cual, clínicamente se evidencia la exacerbación de las lesiones establecidas o generación de nuevas, acompañadas de neuritis y empeoramiento clínico; y *tipo II*, caracterizada por el empeoramiento de las lesiones establecidas acompañadas de nódulos inflamatorios difusos denominados eritemas nudosos³¹, un poco menos de la cuarta parte presentaron algún tipo de reacción, con una proporción similar para los dos tipos de reacción.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno cura la enfermedad, por tanto, la detección temprana de la enfermedad permite determinar la tendencia secular y evaluar la efectividad de las acciones de detección, control y vigilancia de la misma, es así como, al evaluar la tasa de detección promedio durante el período a estudio de 0,95/100.000 habitantes, superior a la del país de 0,60/100.000 para el mismo período³⁴, el departamento de Casanare está en el límite de la meta establecida para Colombia de menos de un caso por cada 100.000 habitantes²⁴.

Durante el período a estudio, la distribución de los casos notificados por semana epidemiológica (SE) en la curva epidémica evidencia que entre las semanas 5 a 12 y 24 a 27 no se notificaron casos, situación que podría atribuirse al proceso de contratación en las entidades públicas; y, que en las semanas 16 de 2014, 35 de 2019 y 43 de 2021 se notificaron dos casos, mientras que en las otras semanas ingresó únicamente un caso.

En la actualidad, la discriminación en la vida de las personas con lepra, quienes viven en una situación de vulnerabilidad, las discapacidades producidas por la enfermedad, la funcionalidad, la limitación de la actividad, las barreras de acceso al servicio de salud y el estigma de la “lepra” que continua presente en la imaginación de la población los convierten en inhabilitados^{20,35}, aspectos que no fueron abordados en este estudio, debido a que la fuente de información fue la ficha de notificación al Sivigila. A este respecto, en Colombia se hace seguimiento desde el programa de enfermedad de Hansen al caso notificado y sus contactos quienes son valorados durante la investigación epidemiológica de campo; se da educación en la prevención de discapacidades al paciente, familia, empleadores y comunidad, recomendaciones de cuidado en casa, la importancia del tratamiento y sus efectos secundarios, el uso de elementos de protección en caso de pérdida de sensibilidad, la hidratación y lubricación de la piel, la asistencia periódica a control médico y enfermería³⁶.

En conclusión, en el periodo de estudio, para el departamento de Casanare, la lepra sigue siendo un problema de salud. Ante la evidencia de casos con recidiva y de retratamiento después de la pérdida al seguimiento, es importante fortalecer las acciones de información, educación y comunicación orientadas a la comunidad en general y en particular a los pacientes y convivientes en el reconocimiento oportuno de posibles sintomáticos de piel o del sistema nervioso periférico, el acceso a rehabilitación y la consulta oportuna de los casos sospechosos; y, de acuerdo con lo reportado, se confirma la importancia de la vigilancia activa, el diagnóstico temprano y la planificación de acciones contra la enfermedad, con el propósito de disminuir o detener su transmisión¹⁰. Así como, la evaluación periódica de la calidad de vida de los pacientes con lepra, quienes pueden desarrollar problemas psicosociales debido a las discapacidades asociadas a la lepra³⁷.

Contribución de los autores

Concepción, diseño, revisión de literatura, análisis de resultados, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final.

Declaración de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés.

Financiación

Este estudio se realizó como producto de las actividades contempladas en los Contratos de prestación de servicios profesionales 3348 y 3346 de 2023 entre la Gobernación de Casanare y las autoras.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Lepra 2017 [Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>].
2. Organización Mundial de la Salud. Lepra (mal de Hansen): Centro de prensa. Notas descriptivas; 2023 [Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>].
3. Organización Panamericana de la Salud. Lepra Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud. Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores. 2017 [Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=30&Itemid=40755&lang=es].
4. Benlamkadam S, Errahmany A, Raymond K, Chraa M, Kissani N. Hansen's Disease: A Practical Update on a Neglected Globally Significant Infection. *Cureus*. 2024;16(4).
5. Romero-Navarrete M, Arenas R, Han XY, Vega-Memije ME, Castillo-Solana AD. Leprosy Caused by *Mycobacterium lepromatosis*: Literature Review and Report of a Family in Acapulco, Mexico. *American Journal of Clinical Pathology*. 2022;158(6):678-86.
6. Barba Evia JR. Lepra. Enfermedad milenaria aún vigente. *Revista mexicana de patología clínica y medicina de laboratorio*. 2021;68(1):18-33.
7. Briceño-Mendez M, Montiel S, Gómez-Velasco A. El armado desarmado: el armadillo de nueve bandas. *Therya ixmana*. 2024;3(2):63-4.
8. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Lepra. PRO-R02.17. Versión 04. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2016. p. 31.
9. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades infecciosas deatendidas en las Américas. Historia de éxitos e innovación para llegar a los más necesitados. Washington, D.C: OPS/OMS; 2016. p. 164.
10. Cáceres-Durán MÁ. Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2023;46:e14.
11. Saunderson P. WHO Global Leprosy (Hansen's disease) update, 2022: New paradigm—control to elimination. *Leprosy review*. 2023;94(4):262-3.
12. Castillo Rico DM. Situación de la lepra, Sivigila, Colombia, Semanas 1-52 de 2010. Bogotá, D.C.: Instituto nacional de Salud; 2011. p. 18.
13. Castillo Rico DM. Situación de la lepra según Sivigila, Colombia, semana 1 a 52 de 2011-Cierre. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2012. p. 21.
14. Pérez S, Vargas Gómez D, Martínez Durán M. Situación epidemiológica de lepra, Colombia, 2012 a 2014. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*. 2015;20(2):22-40.

15. Rodríguez Gutiérrez La. *Informe final del evento lepra, Colombia, 2016*. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2016. p. 17.
16. Fadul Pérez SE. *Informe de evento Lepra, Colombia, 2016*. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2017. p. 16.
17. Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993 (octubre 4) 1993.
18. Ministerio de la Protección Social. Decreto por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Decreto 3518 de 2006 (octubre 09).
19. Ministerio de la Protección Social. Decreto por medio del cual se despide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y la Protección Social. Decreto 780 de 2016 (mayo 6).
20. Rivas-Mina AM, Chantré-Cusi A, Santa-Yepes J, Hoyos-Ocampo DM, Pacheco-López R, Ferro BE. Determinación de la persistencia y diagnóstico tardío de lepra en el Valle del Cauca de 2010 a 2016. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2021;39(3).
21. Arango Úsuga CA. *Endemia, discapacidad y olvido: lepra en Colombia 2007-2020*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2023.
22. Rivera Chavarría A, Espinoza Aguirre A. Comportamiento epidemiológico de la lepra en Costa Rica, de 2012 al 2017. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*. 2019;8(6):28-36.
23. El Congreso de Colombia. Ley por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, pacto por la equidad". Ley 1995 de 2019 (mayo 25).
24. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Lepra Código 450. Versión 7. Bogotá, D.C.: INS; 2022. p. 28.
25. Kou-Huang C, Cheng-Yao L, Shih-Bin S, Kow-Tong C. Leprosy: a review of epidemiology, clinical diagnosis, and management. *Journal of Tropical Medicine*. 2022;2022(1):8652062.
26. Pérez Clavijo CL. *Informe de evento Lepra o enfermedad de Hansen 2021*. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2022.
27. Pérez Clavijo CL. *Informe de evento Lepra, enfermedad o mal de Hansen 2022*. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2023.
28. Xiang L, Guangjie J, Jing Y, Yunhui L, Pingmin W, Lianhua Z. Epidemiological characteristics of leprosy during the period 2005–2020: A retrospective study based on the Chinese surveillance system. *Frontiers in Public Health*. 2023;10:991828.
29. Tablada Robinet ME, Marrero Rodríguez H, López Pupo N, Mulén Tablada D, Pérez González O. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes timorenses con enfermedad de Hansen. *MEDISAN*. 2019;23:89-99.
30. Instituto Nacional de Salud. Ficha de notificación individual - Datos complementarios Lepra Código 450. Bogotá, D.C.: INS; 2024.
31. Instituto Nacional de Salud. Ficha de notificación individual - Datos complementarios Lepra Código 450. Bogotá, D.C.: INS; 2022.
32. Fuentes J, Jiménez J, Urueta G, Fadul S, Meléndez E, Guerrero MI, et al. Lepra en la isla colombiana de Providencia. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*. 2020;40:26-31.
33. Rojas-Caraballo N, Álvarez-Borjas J, Lagos-Ordoñez KJ, Aroche-Domínguez ME, Laffita-Núñez M. Caracterización de la lepra en el municipio de Guantánamo en el periodo 2015-2019. *Revista Información Científica*. 2020;99(5):435-41.
34. Instituto Nacional de Salud. *Informe de evento Lepra Período epidemiológico XIII, Colombia, 2022*. Bogotá, D.C.: INS; 2022. p. 3.
35. Levantezi M, Eri Shimizu H, Garrafa V. Principio de la no discriminación y de la no estigmatización: reflexiones sobre la lepra. *Revista Bioética*. 2020;28:17-23.
36. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS., Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de atención de la lepra. Guía 18. In: Editorial Seripto Ltda., editor. *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Bogotá, D.C.: Colección PARS; 2007. p. 1-52.
37. Gan T, Voo S. Quality of life of leprosy patients in Sabah. *The Medical Journal of Malaysia*. 2021;76(1):56-60.