

Sumario

Vigilancia de la lepra. Situación en el mundo y en España 277
Clasificación de los casos sospechosos de sarampión 279
Estado de las enfermedades de Declaración Obligatoria 280

Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica 284
Índice por materias, 2009 288

Vigilancia de la lepra. Situación en el mundo y en España

E. Rodríguez, O. Díaz, G. Hernández., Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología

Introducción. Situación Mundial

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*¹. Este bacilo se multiplica muy lentamente, y el periodo de incubación es aproximadamente de 5 años, aunque los síntomas pueden tardar en aparecer hasta 20 años. La enfermedad no se considera altamente contagiosa; el mecanismo de transmisión es por inhalación de las partículas infecciosas expelidas por la nariz y la boca durante el contacto estrecho y continuado con casos no tratados.

Sin tratamiento, la lepra puede causar daño progresivo y permanente en la piel, nervios periféricos, mucosas del tracto respiratorio superior y en los ojos. Los casos se clasifican en formas paucibacilares y multibacilares, dependiendo de la carga bacteriana. El diagnóstico precoz y el tratamiento de los casos con multiterapia son los elementos clave para la eliminación de la enfermedad como una amenaza de salud pública y evitar discapacidades. La era del tratamiento comenzó a finales de los años 40 con la dapsona y sus derivados. Pero la duración del tratamiento era muy prolongada, por lo que a comienzos de los años 60 el *M. leprae* fue adquiriendo gradualmente resistencia a este fármaco. En esos años, se descubrieron la rifampicina y la clofazimina, los otros dos componentes de la multiterapia. En 1981 un grupo de estudio de la OMS recomendó la multiterapia para el tratamiento de la lepra, que consiste en la utilización de tres fármacos: dapsona, rifampicina y clofazimina. Actualmente se reco-

mienda una combinación de rifampicina y dapsona durante seis meses para la lepra paucibacilar y una combinación de rifampicina, dapsona y clofazimina durante doce meses en la lepra multibacilar, prolongándose más tiempo en casos especiales.

En 1991, la Asamblea Mundial de la Salud estableció como objetivo la eliminación de la lepra como problema de salud pública para el año 2000. La eliminación se define como una prevalencia de menos de un caso por 10.000 habitantes. Este objetivo se ha alcanzado en las distintas Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el uso extenso de la multiterapia ha reducido la carga de enfermedad drásticamente. No obstante, todavía existen focos de alta endemia en algunas áreas de Angola, Brasil, Rep. Centroafricana, Rep. Dem. del Congo, India, Madagascar, Mozambique, Nepal y Tanzania. Actualmente los esfuerzos deben centrarse en eliminar la lepra en los países que siguen siendo endémicos. Según los datos de la OMS el número de nuevos casos de lepra detectados a nivel mundial en 2008 fue de 249.007, suponiendo una disminución de un 4% (9.126 casos) respecto a 2007. En la tabla 1 se muestra la tendencia en la detección de nuevos casos a nivel mundial (excluyendo la Región Europea) en el periodo 2002-2008 por Regiones geográficas de la OMS. Entre la Región del Sudeste Asiático y la de las Américas agrupan casi el 85% de los casos. A principios del año 2009 el número de casos de lepra notificados a la OMS por 121 países fue de 213.036².

Tabla 1

Tendencia en la detección de nuevos casos de lepra, por regiones de la OMS (excluyendo la Región Europea), 2002-2008

REGIÓN DE LA OMS	NÚMERO DE NUEVOS CASOS DETECTADOS						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
África	48.248	47.006	46.918	45.179	34.480	34.468	29.814
América	39.939	52.435	52.662	41.952	47.612	42.135	41.891
Sudeste Asiático	520.632	405.147	298.603	201.635	174.118	171.576	167.505
Mediterráneo oriental	4.665	3.940	3.392	3.133	3.261	4.091	3.938
Pacífico occidental	7.154	6.190	6.216	7.137	6.190	5.863	5.859
Total	620.638	514.718	407.791	299.036	265.661	258.133	249.007

Fuente: World Health Organization. Global leprosy situation, 2009. Weekly epidemiological record No. 33, 2009, 84.

Situación en España

El Registro Estatal de Lepra surgió ante la necesidad de completar los datos de vigilancia de esta enfermedad a nivel estatal, de la cual sólo se conocían los casos nuevos por sospecha a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Comenzó a funcionar en 1992, a raíz de la colaboración entre el Ministerio de Asuntos Sociales, el Ministerio de Sanidad y Consumo, y las Comunidades Autónomas (CCAA). Desde su creación, y de forma continuada, el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) ha desarrollado las tareas de coordinación y gestión del Registro. Se basa en una Ficha de Informe de Caso y un Manual de Procedimiento, que sigue las definiciones, clasificaciones y recomendaciones de la OMS. El objetivo general del Registro es el de ser el instrumento que facilite el conocimiento del patrón de presentación de la lepra en España, y potencie el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los casos para la disminución de la prevalencia e incidencia de lepra. Con el cambio normativo de la vigilancia, que introdujo el Real Decreto 2210/1995, la lepra fue incluida entre las enfermedades declaradas anualmente por sistemas especiales, es decir, mediante registro, y se estableció que a nivel estatal se vigilarían solamente los casos activos.

El último año con datos consolidados a nivel nacional en el Registro es el año 2008. Los datos correspondientes al año 2007 ya fueron publicados en otro boletín anterior³; éstos han sufrido actualizaciones posteriores por lo que también se muestran en este informe. En la tabla 2 se expone la distribución geográfica de los casos incidentes y prevalentes por CCAA de residencia en el periodo 2007-2008.

Durante el año 2008 se notificaron al registro estatal 23 casos de lepra, de los cuales 18 son incidentes y 5 recidivas. De los 18 casos incidentes la clínica es multibacilar en 10 de los casos, paucibacilar

Tabla 2

Incidencia y prevalencia de lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España. Datos provisionales a 21/01/2010

CCAA	2008		2007	
	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a
Andalucía	(3*) 3	14	(3*) 5	10
Aragón		1		0
Asturias		0		0
Baleares		0	(1*) 1	0
Canarias		2		2
Cantabria		0		0
Castilla-La Mancha		1		1
Castilla-León		2	(1*) 1	3
Cataluña	(6*) 6	11	(3*) 3	8
C. Valenciana	(2*) 2	13	(2*) 4	14
Extremadura	(1*) 1	2	(1*) 1	1
Galicia	(1*) 1	9		8
Madrid	(3*) 3	7	(1*) 2	6
Murcia	1	2	(1*) 2	3
Navarra		1		0
País Vasco	(1*) 1	5	(1*) 1	4
La Rioja		1		1
Ceuta		0		0
Melilla		0		0
Total Estatal	(17*) 18	71	(14*) 20	61

* Número de casos de personas inmigrantes con residencia actual en España.

^a Casos activos a 31 de diciembre.

en 7 y en 1 consta limítrofe. No presenta discapacidad ningún caso. El tratamiento utilizado en 15 casos es la multiterapia recomendada por la Organización Mundial de la Salud, en 1 caso otra multiterapia y en 2 casos está pendiente de clasificar. En la distribución por sexo (tabla 3) se observan 10 hom-

bres y 8 mujeres. En 17 de los 18 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Brasil (10), Bolivia (2), Paraguay (3), India (1), Gambia (1) y uno no consta.

Durante el año 2009 se notificaron al registro estatal 25 casos de lepra (datos provisionales a 31/12/2009), de los cuales 22 eran incidentes, 2 trasladados y 1 recidiva. El número de casos prevalentes en esa fecha era de 82. En 18 de los 22 casos incidentes constaba un país de origen distinto de España. Estos datos provisionales se enviaron a las Comunidades Autónomas en un informe semanal de difusión interna, y cuando estén actualizados se publicarán en un número posterior del boletín.

Como todos los años hay que seguir insistiendo en la importancia de vigilar el estricto cumplimiento del tratamiento para conseguir la curación de cada enfermo y con ello la disminución de la prevalencia en nuestro país. También es necesario que los dermatólogos tengan presente esta enfermedad poco común, especialmente en los diagnósticos de pacientes procedentes de países endémicos de lepra.

Tabla 3

Incidencia de lepra por grupos de edad y sexo. Registro Estatal de Lepra. España. Datos provisionales a 21/01/2010

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0 – 14	0	0	0
15 – 24	(1*) 1	(1*) 1	(2*) 2
25 – 44	(7*) 7	(6*) 6	(13*) 13
45 – 64	1	(1*) 1	(1*) 2
65 y más	(1*) 1	0	(1*) 1
Total Estatal	(9*) 10	(8*) 8	(17*) 18

* Número de casos de personas inmigrantes con residencia actual en España.

Bibliografía

1. Heymann, DL. Control of Communicable Diseases Manual, 19th Ed: APHA, 2008.
2. World Health Organization. Global leprosy situation, 2009. Weekly epidemiological record No. 33, 2009, 84, 333-340.
3. O. Díaz, E. Rodríguez, G. Hernández. Vigilancia de la lepra en España, 2007. Bol Epidemiol Semanal 2007; 15(20): 229-240.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Casos acumulados desde 01/01/2009 hasta 03/01/2010 (semana 52 actualizada 11/01/2010)

CC.AA.	Casos notificados (1)	En Investigación	Casos Confirmados				Casos descartados (5)			
	Total	Total	Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros Diagnósticos (6)	Sin Diagnosticar	Total
Andalucía.....	40	–	5	18	–	23	1	–	16	17
Aragón.....	1	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Asturias.....	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Baleares.....	3	–	–	–	1	1	–	1	1	2
Canarias.....	5	–	–	–	–	–	–	2	3	5
Cantabria.....	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Castilla-La Mancha.....	6	–	2	2	–	4	–	–	2	2
Castilla y León.....	1	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Cataluña.....	21	1	–	7	4	11	–	1	8	9
Comunidad Valenciana	4	–	–	–	–	–	–	–	4	4
Extremadura.....	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Galicia.....	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madrid.....	2	1	–	–	1	1	–	–	–	–
Murcia.....	1	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Navarra.....	1	–	–	–	–	–	–	–	1	1
País Vasco.....	4	–	–	–	–	–	–	1	3	4
Rioja.....	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ceuta.....	2	–	–	–	–	–	–	–	2	2
Melilla.....	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
TOTAL.....	91	2	7	27	6	40	1	5	43	49

- (1) **Caso notificado sospechoso:** Todo caso que cursa con exantema máculo-papular, fiebre alta y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis.
 (2) **Caso confirmado compatible:** Caso notificado sin muestras biológicas para diagnóstico y sin vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.
 (3) **Caso confirmado por laboratorio:** Caso notificado confirmado por laboratorio o caso vinculado en espacio y tiempo con un caso confirmado por laboratorio.
 (4) **Caso confirmado importado:** Caso notificado confirmado por laboratorio con fuente de infección fuera de España.
 (5) **Caso descartado:** Caso notificado con muestras de laboratorio negativas al virus del sarampión.
 (6) **Otros diagnósticos:** Identificación de otros virus diferentes de Rubéola: enterovirus, Posible reacción alérgica, Sifilis cutánea granulomatosa.
 Más información (BES 2000;8:169-172)