

Sumario

Vigilancia de la lepra en España, 2007	229	Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica	239
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria	231		

Vigilancia de la lepra en España, 2007

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

Introducción

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica producida por *Mycobacterium leprae*. Normalmente afecta a la piel y a los nervios periféricos, aunque tiene un rango amplio de manifestaciones clínicas. Los casos se clasifican en formas **paubacilares** y **multibacilares**, dependiendo de la carga bacteriana. La lepra paubacilar es una enfermedad leve, que se caracteriza por cinco o menos lesiones cutáneas características. La lepra multibacilar se asocia con múltiples lesiones cutáneas, nódulos, engrosamiento de la epidermis, y en ocasiones, congestión nasal y epistaxis. A veces se produce afectación de los nervios periféricos, lo que es causa de discapacidad. Por este motivo es muy importante el diagnóstico precoz y el tratamiento de los casos.

El mecanismo de transmisión todavía no se conoce en profundidad, aunque la mayoría de los expertos opinan que se transmite persona a persona, por inhalación de las partículas infecciosas. Para que la transmisión sea efectiva se requiere un contacto muy estrecho y continuado. El periodo de incubación es muy amplio, oscilando entre 5 y 7 años. Los más afectados son los adultos jóvenes, entre 20 y 30 años de edad, siendo raros los casos en niños menores de 5 años. El ser humano es el principal huésped y reservorio del *M. leprae*; aunque se han descrito reservorios animales, como los armadillos.

Es importante señalar que la lepra es una enfermedad que **se cura** con un tratamiento específico. A finales de los años 40 comenzó la era del tratamiento con la dapsona y sus derivados. Desde entonces el bacilo fue adquiriendo gradualmente resistencia a este fármaco y se difundió rápidamente, por lo que desde 1981 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó la multiterapia para el tratamiento de la lepra. Actual-

mente se recomienda una combinación de rifampicina y dapsona durante seis meses para la lepra paubacilar y una combinación de rifampicina, dapsona y clofazimina durante 12 meses en la lepra multibacilar, prolongándose más tiempo en casos especiales.

A nivel mundial, el Plan Estratégico de la OMS para la eliminación de la lepra, 2000-2005, tenía como objetivo la eliminación de la lepra como problema de salud pública, definido como una reducción de la prevalencia a menos de un caso por 10.000 habitantes. Como continuación de este Plan, surgió la Estrategia Global de la OMS para reducir la carga de lepra y el mantenimiento de las actividades de control 2006-2010. Estas actividades se basan en la detección precoz de casos, tratamiento adecuado con multiterapia, prevención de la discapacidad y rehabilitación. Según informes oficiales de 109 países, el número de nuevos casos de lepra a principios del año 2007 fue de 224.717, frente a 259.017 detectados en 2006 (excluyendo el pequeño número de casos en Europa). Todavía existen focos de alta endemia en algunas áreas de Angola, Brasil, Rep. Centroafricana, Rep. Dem. del Congo, India, Madagascar, Mozambique, Nepal y Tanzania.

Registro Estatal de Lepra

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. Desde su creación, ha desarrollado su labor de forma continuada en el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). Se basa en una Ficha de Informe de

Caso y un Manual de Procedimiento, basado en 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 2210/2005, 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.

En la tabla 1 se expone la distribución geográfica de los casos incidentes y prevalentes en el periodo 2006-2007. La frecuencia de los casos incidentes notificados en 2007 (14) es muy similar a la del año anterior (12), así como la incidencia en personas inmigrantes con residencia actual en España. El número de casos prevalentes en 2007 (64) es ligeramente superior a la del 2006 (59), aunque sigue siendo bajo (0,14 casos por 100.000 habitantes).

Tabla 1

Incidencia y prevalencia de lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España 2006-2007

CC.AA.	2007		2006	
	Casos incidentes	Casos prevalentes	Casos incidentes	Casos prevalentes
Andalucía	(3*) 5	10	(2*) 3	7
Aragón		0	(1*) 1	1
Asturias		0		0
Baleares	(1*) 1	0		0
Canarias		2		3
Cantabria		0		0
Castilla-La Mancha		1		1
Castilla-León	(1*) 1	3	(1*) 1	3
Cataluña		15	(4*) 4	14
C. Valenciana	(1*) 3	12		9
Extremadura	(1*) 1	1		0
Galicia		8		8
Madrid		4	(3*) 3	8
Murcia	(1*) 2	3		2
Navarra		0		0
País Vasco	(1*) 1	4		3
La Rioja		1		0
Ceuta		0		0
Melilla		0		0
Total Estatal	(9*) 14	64	(11*) 12	59

* Número de casos de personas inmigrantes con residencia actual en España 2006-2007: Datos a 25/01/2008.

Durante el año 2007 se notificaron al registro estatal 20 casos de lepra, de los cuales 14 son incidentes, 4 recidivas, un traslado de Brasil y uno del que faltan datos básicos. De los 14 casos incidentes la clínica es multibacilar en 12 de los casos, paucibacilar en uno y no consta en otro. Presenta discapacidad de grado 2 uno de los casos. El tratamiento utilizado en 12 casos es la multiterapia recomendada por la Organización Mundial de la Salud y en 2 casos no consta. En la distribución por grupos de edad (tabla 2) destaca que no hay casos en menores de 14 años. En la distribución por sexo se observan 8 hombres y 6 mujeres. En 9 de los 14 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Bolivia (1), Brasil (1), Colombia (1), Ecuador (1), Paraguay (2) y Senegal (3).

Tabla 2

Incidencia de lepra por grupos de edad y sexo Registro Estatal de Lepra. España 2007

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
0 – 14	0	0	0
15 – 24	(2*) 2	(2*) 2	(4*) 4
25 – 44	(1*) 2	(2*) 3	(3*) 5
45 – 64	(1*) 3	(1*) 1	(2*) 4
65 y más	1	0	1
Total Estatal	(4*) 8	(5*) 6	(9*) 14

* Número de casos de personas inmigrantes con residencia actual en España 2006-2007: Datos a 25/01/2008.

Finalmente señalar, que, aunque la posibilidad de transmisión de esta enfermedad es muy baja, hay que estar atentos al incremento de la inmigración de personas procedentes de países endémicos de lepra. Es necesario resaltar 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.

Bibliografía

- Heymann, DL. Control of Communicable Disease Manual, 18th Ed: APHA, 2004.
- World Health Organization. Global Strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (Plan period: 2006-2010). (WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53). Geneva, 2005.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm 21, 24/1/96.