

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 9-10

Del 24/02 al 09/03 de 2014
2014 Vol. 22 n.º 4 / 34-42

ISSN: 2173-9277
ESPAÑA



SUMARIO

Vigilancia de la lepra en España en 2013 y situación mundial	34
--	----

VIGILANCIA DE LA LEPRO EN ESPAÑA EN 2013 Y SITUACIÓN MUNDIAL

E. Rodríguez, O. Díaz. Área de análisis de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Resumen

En este boletín se presentan los datos del Registro Estatal de lepra en España correspondientes al año 2013, así como los últimos datos globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En España, el número de casos incidentes en 2013 fue de 11, de los que 8 eran personas procedentes de otros países, y el número de casos prevalentes fue de 48. Según la OMS, en el primer trimestre de 2013 había registrados 189.018 casos de lepra en el mundo, más del 60% de los mismos procedentes del Sudeste Asiático. En la Región Europea, al igual que en España, la lepra no se considera un problema de salud pública y la mayoría de los casos que se detectan son importados.

Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad bacteriana producida por *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos y en ocasiones las vías respiratorias superiores. Este bacilo es ácido-alcohol resistente y no puede crecer ni en medios para bacterias ni en cultivos celulares. El ser humano es el principal huésped y reservorio del *M. leprae*; aunque se han descrito reservorios animales, como los armadillos, y hay estudios que sugieren que existe transmisión de esta especie a humanos de forma natural. El mecanismo de transmisión todavía no se conoce en profundidad; 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 9 meses y 20 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.

Los casos de lepra se clasifican en formas paucibacilares y multibacilares, según la carga bacteriana y el número de lesiones. Se puede producir afectación de los nervios periféricos, lo que es causa de discapacidad. Esta se mide en tres gradaciones, en orden ascendente según la presencia y gravedad de las lesiones, desde 0 (no presencia de lesiones), siguiendo por 1 (presencia de lesiones) y 2 (lesiones más graves).

El tratamiento de la lepra comenzó a finales de los años 40 con la dapsona y sus derivados. La rápida adquisición de resistencias a este fármaco y su difusión, hizo que la OMS recomendara la

multiterapia para el tratamiento desde 1981. Actualmente se recomienda una combinación de rifampicina y dapsona durante seis meses para las formas paucibacilares y una combinación de rifampicina, dapsona y clofazimina durante 12 meses en las multibacilares, prolongándose más tiempo sólo en casos especiales.

La **definición de caso** operativa de la OMS es la siguiente:

Un caso activo de lepra es una persona que tiene uno o más de los siguientes signos, y que aún no ha completado un ciclo de tratamiento:

1. Lesiones cutáneas hipopigmentadas o rojizas con pérdida definida de sensibilidad.
2. Afectación de los nervios periféricos (engrosamiento con pérdida de sensibilidad).
3. Frotis cutáneo positivo para bacilos ácido-alcohol resistentes.

Esta definición operativa incluye los abandonos recuperados con signos de enfermedad activa y las recaídas que han completado previamente un ciclo completo de tratamiento.

A **efectos de la vigilancia**, se consideran casos activos a los que necesitan o están en tratamiento quimioterápico. Se entiende por caso activo aquel que cumple la definición clínica, y que necesita tratamiento.

La incidencia y la prevalencia se deben calcular teniendo en cuenta sólo a los casos activos, siendo casos incidentes los nuevos activos declarados en el periodo de estudio, y prevalentes los que se encuentran activos en un momento determinado.

Vigilancia en España y situación en el año 2013

En España, los datos disponibles sobre lepra se basaban en los casos nuevos notificados por sospecha a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). En 1992 comenzó a funcionar el Registro Estatal de Lepra, a raíz de la colaboración entre el Ministerio de Asuntos Sociales, el Ministerio de Sanidad y Consumo, y las Comunidades Autónomas (CCAA). El Registro se gestiona desde su comienzo por el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). Está basado en una Ficha de Informe de Caso y un Manual de Procedimiento, según las definiciones, clasificaciones y recomendaciones de la OMS.

Tras la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (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 seguimiento de los casos post-tratamiento y de los casos con discapacidad será realizado por las CCAA.

En la [tabla 1](#) se muestran los datos del Registro correspondientes a 2013 y a 2012, distribuidos por CCAA.

Durante el año 2013 se notificaron al Registro estatal 11 casos activos de lepra. De estos 11 casos incidentes la clínica era multibacilar en 8, paucibacilar en 2 y en 1 caso está pendiente de determinar. El tratamiento utilizado en 7 de los casos es la multiterapia recomendada por la OMS, en 2 casos otra multiterapia y en 2 casos no consta.

En la distribución por sexo se observan 5 hombres y 6 mujeres. ([Tabla 2](#)). En 8 de los 11 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Bolivia (2), Brasil (2), Ecuador (1), Paraguay (1), R. Dominicana (1), G. Ecuatorial (1).

Tabla 1. Casos activos (incidentes y prevalentes) de lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España, 2012-2013

CCAA	2013		2012	
	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a
Andalucía	2	10	1	10
Aragón		0		0
Asturias		1	1	3
Baleares		2		2
Canarias		2		2
Cantabria	1	1		0
Castilla-La Mancha	2	2		0
Castilla y León	1	3		2
Cataluña	2	9	1	9
C. Valenciana	1	7	1	6
Extremadura		0		0
Galicia	1	1		6
Madrid		4	1	5
Murcia		0	1	3
Navarra		2		2
País Vasco	1	4	4	3
La Rioja		0		0
Ceuta		0		0
Melilla		0		0
Total Estatal	(8*) 11	48	(9*) 10	53

(datos a 11/3/2014)

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

^a Casos prevalentes: todos los casos activos a 31/12

Tabla 2. Casos incidentes de lepra por grupos de edad y sexo. Registro Estatal de Lepra. España, 2013

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
0 – 14	0	0	0
15 – 24	0	1	1
25 – 44	1	2	3
45 – 64	3	3	6
65 y más	1	0	1
Total Estatal	5	6	11

(datos a 11/3/2014)

A 31 de diciembre de 2013 había 48 casos prevalentes registrados, lo que supone una prevalencia de 0,010 casos por 10.000 habitantes. Esta es muy inferior al objetivo de la OMS para la eliminación de la lepra, que consiste en una reducción de la prevalencia a menos de un caso por 10.000 habitantes.

Los datos de incidencia y prevalencia de la lepra en España siguen disminuyendo respecto a los de años anteriores. Este año los casos incidentes no han disminuido, pero es de destacar especialmente el descenso de los prevalentes. Esto pone de manifiesto la importancia de la vigilancia de los casos y el seguimiento del tratamiento. También hay que aumentar la sensibilización del personal sanitario en la sospecha de esta enfermedad en personas procedentes de países endémicos de lepra.

Vigilancia Mundial

En el nivel internacional, la vigilancia de la lepra se realiza por la OMS, siendo las estrategias clave la detección temprana de los casos y el tratamiento adecuado con multiterapia. También se hace énfasis en mejorar la capacitación del personal, la implicación de los pacientes en el control, y la disminución del estigma asociado a la enfermedad.

En la Región Europea la lepra no se considera un problema de salud pública. La mayoría de los países no presentan casos, y los pocos que se registran anualmente en algunos países son importados, al igual que ocurre en España.

El 95% de los casos de lepra declarados en el mundo proceden de 16 países endémicos(1). Como consecuencia de las campañas realizadas en la mayoría de estos países, el número de casos de lepra ha disminuido sustancialmente. No obstante, siguen apareciendo nuevos casos cada año y existen todavía focos de alta endemia. La estrategia reforzada de la OMS, que se prevé adoptar a partir de 2015, tiene como objetivo principal reducir la tasa de nuevos casos con discapacidad de grado 2 (DG2) en todo el mundo un 35% o más a finales de 2015 comparada con el final de 2010. La DG2 es un indicador sensible para medir la sensibilización de la comunidad y la capacidad de los sistemas sanitarios en la detección de nuevos casos y por tanto la prevención de deformidades.

Los datos provisionales para el primer trimestre de 2013 fueron de 189.018 casos de lepra en el mundo, y una prevalencia de 0,33 casos/10.000 habitantes. El 66% de los casos procedían del Sudeste asiático.

Los datos consolidados del año 2012 indican que se detectaron en ese año 232.857 nuevos casos de lepra en todo el mundo, un número ligeramente superior al de 2011, debido fundamentalmente al aumento de casos detectados en el Sudeste Asiático. Esta región representa el 71% de los casos mundiales, seguida por América con el 16% y África con el 9%. Por países, India (134.752 casos), Brasil (33.303) e Indonesia (18.994) son los que declararon el mayor número de casos. La prevalencia de lepra en el año 2012 fue de 0,34 casos/10.000 habitantes.

En 2012 se notificaron 14.409 casos de lepra con DG2. La tasa de DG2 por 100.000 habitantes y por regiones oscila desde 0,43 en el Sudeste asiático a 0,03 en el Pacífico Occidental. La tasa global de DG2 en 2012 fue de 0,25, lo que supuso un aumento frente a 2011 en que fue de 0,22.

Es necesario reforzar el compromiso político y la movilización de recursos en los países de alta endemia, así como desarrollar en estos países estrategias específicas adaptadas al nivel local. Esto contribuirá al mejor cumplimiento de los objetivos de la estrategia reforzada de la OMS, reduciendo así la carga global de la lepra en el mundo.

Tabla 3. Tendencia en la detección de nuevos casos de lepra, por regiones de la OMS*, 2005-2012.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
África	45.179	34.480	34.468	29.814	28.935	25.345	20.213	20 599
América	41.952	47.612	42.135	41.891	40.474	37.740	36.832	36 178
Sudeste Asiático	201.635	174.118	171.576	167.505	166.115	156.254	160.132	166.445
Mediterráneo oriental	3.133	3.261	4.091	3.938	4.029	4.080	4.357	4.235
Pacífico occidental	7.137	6.190	5.863	5.859	5.243	5.055	5.092	5.400
Total	299.036	265.661	258.133	249.007	244.796	228.474	226.626	232.857

* No hay datos de la Región Europea

Fuente: World Health Organization. Global leprosy: update on the 2012 situation. Weekly epidemiological record No. 35, 2013, 88.

Bibliografía

1. Heymann, DL. Control of Communicable Diseases Manual, 19th Ed: APHA, 2008.
2. World Health Organization. Global leprosy: update on the 2012 situation. Weekly epidemiological record No. 35, 2013, 88: 365-380.
3. Rodríguez E, Díaz O, Hernández G. Vigilancia de la lepra en España en 2012 y situación mundial. Bol. Epidemiol Semanal 2013; 21 (1): 1-4.

(1) Los 16 países endémicos que declararon más de 1.000 casos durante el año 2012 son: Bangladesh, Brasil, China, Costa de Marfil, R.D. del Congo, Etiopía, India, Indonesia, Madagascar, Myanmar, Nepal, Nigeria, Filipinas, Sudán del Sur, Sri Lanka y R.U. de Tanzania.