

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 5-6-7-8

Del 01/02 al 28/02 de 2016
2016 Vol. 24 nº 2 / 20-33

ISSN: 2173-9277
ESPAÑA



SUMARIO

Vigilancia de la lepra en España en 2015 y situación mundial 20

VIGILANCIA DE LA LEPRO EN ESPAÑA EN 2015 Y SITUACIÓN MUNDIAL

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

Responsables Autonómicos de la Vigilancia Epidemiológica de la Lepra en las Comunidades Autónomas.

Resumen

En este boletín se presentan los datos del Registro Nacional de lepra en España en el año 2015. Ese año, el número de casos incidentes declarados fue de 8, de los que 6 eran personas procedentes de otros países. Brasil, Colombia y Paraguay fueron los países de procedencia (2 casos cada uno). El número de casos prevalentes fue de 34, inferior al del año previo. Es muy importante la detección precoz y el seguimiento de los casos hasta finalizar correctamente el tratamiento.

Summary

This article shows the leprosy cases reported to the Spanish National Leprosy Register (SNLR). In 2015, the number of incident cases reported to the SNLR was 8. Six cases were in foreign-born people. Brazil, Colombia and Paraguay were the countries of origin (2 cases each). The number of prevalent cases was 34, lower than the previous year. Early detection and follow-up the cases to complete the treatment are the main principles for leprosy control.

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 30 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.

Vigilancia en España

Vigilancia Estatal y datos del Registro Estatal de lepra

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 (CNE, 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**. Se consideran casos activos los que necesitan o están en tratamiento, siendo casos incidentes los nuevos activos declarados a lo largo de un periodo de estudio (suele ser un año natural), y prevalentes los que se encuentran activos en un momento determinado.

En el protocolo de vigilancia se establece que las CCAA comunicarán al CNE los casos activos especificando el motivo de alta en el Registro, así como también las curaciones, traslados, defunciones y pérdidas en el seguimiento para dar de baja a los casos del Registro. También se señala que la información se actualizará al menos una vez al año y se hará un informe nacional.

En la tabla 1 se muestran los datos del Registro correspondientes a 2015 y a 2014, distribuidos por CCAA.

Durante el año 2015 se notificaron al Registro estatal 8 casos activos de lepra. De estos 8 casos incidentes la clínica era multibacilar en 7 y paucibacilar en 1 caso. El tratamiento utilizado en los 8 casos es la multiterapia recomendada por la OMS.

Tabla 1. Casos activos (incidentes y prevalentes) de lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España, 2014-2015

CCAA	2015		2014	
	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a
Andalucía	1	7		6
Aragón	0	0		0
Asturias	0	0		0
Baleares	1	2	1	1
Canarias	0	1	1	1
Cantabria	0	0		1
Castilla-La Mancha	1	3		2
Castilla y León	0	2	2	3
Cataluña	3	9	4	10
C. Valenciana	0	1		5
Extremadura	0	0		0
Galicia	0	0		0
Madrid	1	4	2	6
Murcia	0	0		0
Navarra	0	2	1	2
País Vasco	1	3		3
La Rioja	0	0		0
Ceuta	0	0		0
Melilla	0	0		0
Total Estatal	(6*) 8	34	(10*) 11	40

(datos a 31/12/2015)

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

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

En la distribución por sexo se observan 4 hombres y 4 mujeres (tabla 2). En 6 de los 8 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Brasil (2), Colombia (2), Paraguay (2). Es de destacar este año la notificación de un caso en un niño de 9 años nacido en Brasil.

Tabla 2. Casos incidentes de lepra por grupos de edad y sexo. Registro Estatal de Lepra. España, 2015

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
0 - 14	1	0	1
15 - 24	0	0	0
25 - 44	1	3	4
45 - 64	1	0	1
65 y más	1	1	2
Total Estatal	4	4	8

(datos a 31/12/2015)

A 31 de diciembre de 2015 había 34 casos prevalentes registrados, lo que supone una prevalencia de 0,0073 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. Estos datos ponen de manifiesto que la lepra en España es una enfermedad importada, cuya incidencia y prevalencia están en unos niveles muy bajos y siguen disminuyendo respecto a los de años anteriores. No obstante hay que seguir incidiendo en 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 de las Comunidades Autónomas

Además de la vigilancia de los casos activos, las CCAA realizan el seguimiento y post-tratamiento de los casos con discapacidad, para lo cual se señalan las siguientes recomendaciones:

- **Lepra multibacilar:** El éxito de la quimioterapia se ve amenazado por dos situaciones: 1) en la quimioterapia habitual a largo plazo, el principal problema es el posible desarrollo de resistencia a los medicamentos; 2) en la quimioterapia a corto plazo, pueden aparecer recidivas tras la interrupción del tratamiento. Pueden evitarse estas reactivaciones de las quimioterapias a corto plazo utilizando regímenes esterilizantes, es decir, medicamentos que también eliminen a los microorganismos persistentes. Cuanto más rápido se pueda eliminar a los persistentes, más corta será la duración de la quimioterapia. En la lepra, sin embargo, no existe aún ningún medicamento (ya sea sólo o en combinación) que sea eficaz frente a las bacterias persistentes. Por tanto, los pacientes multibacilares deben ser estudiados clínica y bacteriológicamente al menos una vez al año durante un mínimo de 5 años después de la finalización del tratamiento, a fin de detectar precozmente las reactivaciones. Debe estimularse a los pacientes a que informen al clínico siempre que sospechen la aparición de una reactivación. No es necesario repetir periódicamente durante toda la vida las exploraciones de forma general. La perpetuación del seguimiento de los pacientes desvía al personal clínico y a los recursos de las verdaderas necesidades y contribuye a mantener la errónea idea de que la lepra es una enfermedad especial.

Se considera que un paciente ha completado el período de vigilancia cuando después del mismo y tras el correspondiente ciclo de quimioterapia multimedicamentosa no muestra signos de reactivación.

- **Lepra paucibacilar:** El riesgo inherente a un ciclo corto de quimioterapia es la posibilidad de reactivaciones posteriores. A fin de detectarlas de forma precoz, los pacientes paucibacilares, después de haber completado el tratamiento, deben someterse a un examen clínico anual al menos durante 2 años, y han de ser estimulados a informar al clínico de cualquier sospecha de reactivación. Un enfermo que ha completado el periodo de vigilancia y no muestra signos de reactivación se considera que ha acabado la vigilancia. La frase “libre de control” no debe aplicarse en el contexto de la terapia multimedicamentosa.

Vigilancia Mundial

La detección precoz de los casos y el tratamiento de los mismos con multiterapia son las principales estrategias para el control de la lepra. Tres décadas después de su introducción, la utilización de la multiterapia ha permitido reducir drásticamente la prevalencia mundial un 45%, lo que llevó a la Asamblea Mundial de la Salud a plantear la eliminación de la lepra como problema de salud pública en el mundo para el año 2000. La eliminación se define como una prevalencia menor de 1 caso por 10.000 habitantes. En el año 2005, con algunas excepciones, todos los países habían alcanzado la eliminación. La estrategia reforzada de la OMS (2011-2015) tiene como objetivo principal reducir en todo el mundo la tasa de nuevos casos con discapacidad de grado 2 (DG2) un 35% o más a finales de 2015, comparada con el final de 2010.

Según los últimos datos, en 2014, el número de nuevos casos de lepra detectados fue de 213.899 (tasa global de 3,78 casos/100.000), notificados por 121 países de cinco regiones de la OMS; en el 2013 fueron 102 países. Los datos provisionales de lepra para el primer trimestre de 2015 fueron de 175.554 (tasa global de 0,31 casos/10.000) y el número de casos detectados en el primer trimestre de 2014 fue de 180.618 (tasa global de 0,32 por 10.000).

Los datos consolidados del año 2014 indican que el número de casos es inferior al de 2013 (tabla 3), debido fundamentalmente al descenso de casos detectados en África, seguido del Sudeste Asiático y Pacífico Occidental. Por países, India (125.785 casos), Brasil (31.064) e Indonesia (17.025) notificaron el 81% de los nuevos casos declarados. De los nuevos casos declarados en 2014, la mayor proporción de casos multibacilares se encuentra en Burkina Faso (94,7%), la mayor proporción de mujeres en Comoras (62%), la de niños en Micronesia (39,8%) y la de casos con DG2 en Laos (31,7%).

Tabla 3. Tendencia en la detección de nuevos casos de lepra, por regiones de la OMS*, 2007-2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
África	34.468	29.814	28.935	25.345	20.213	20.599	20.911	18.597
América	42.135	41.891	40.474	37.740	36.832	36.178	33.084	33.789
Sudeste Asiático	171.576	167.505	166.115	156.254	160.132	166.445	155.385	154.834
Mediterráneo oriental	4.091	3.938	4.029	4.080	4.357	4.235	1.680	2.342
Pacífico occidental	5.863	5.859	5.243	5.055	5.092	5.400	4.596	4.337
Total	258.133	249.007	244.796	228.474	226.626	232.857	215.656	213.899

* No hay datos de la Región Europea

Fuente: World Health Organization. Global leprosy: update on the 2014 situation. Weekly epidemiological record No. 36, 2015, 90: 461-476.

Aunque se han realizado grandes progresos en la reducción de la carga de enfermedad, la lepra sigue siendo un problema de salud pública mundial, y el número de nuevos casos parece haberse estabilizado. La proporción de casos con DG2 en 2014 (6,6%) se ha incrementado respecto al año anterior que fue del 6%. El objetivo del comité de expertos de la OMS es conseguir reducir los nuevos casos de DG2 a menos de un caso por millón de habitantes a finales de 2020. En 2013, 17 ministros de salud de países endémicos firmaron la «Declaración de Bangkok», por la que se comprometían a incrementar los esfuerzos y aportar recursos a los programas de control y poder lograr el objetivo de un mundo sin lepra.

Es necesario seguir reforzando 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.

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.

Bibliografía

1. Heymann, DL. *Control of Communicable Diseases Manual 20th Ed.* APHA; 2015.
2. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 65, (17-03-2015).
3. World Health Organization. Global leprosy: update on the 2014 situation. Weekly epidemiological record. Geneva: WHO; 2015. Vol 90, 36: 461-476.
4. Rodríguez E, Díaz O. Situación epidemiológica de la lepra en el año 2014. *Bol Epidemiol Semanal* 2014; Vol 22,17: 236-239.