

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 48-49-50-51

Del 28/11 al 25/12 de 2016 ISSN: 2173-9277
2016 Vol. 24 nº 9 / 133-146 ESPAÑA



SUMARIO

Vigilancia de la lepra en España en 2016 y situación mundial 133

VIGILANCIA DE LA LEPRO EN ESPAÑA EN 2016 Y SITUACIÓN MUNDIAL

O. Díaz (1), M. Gamarra (1), R. Cano (1,2).

(1) Área de análisis de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

(2) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), 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 2016, así como los últimos datos globales publicados en 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ese año, el número de casos incidentes declarados fue de 11, de los que 8 eran personas procedentes de otros países, y el número de casos prevalentes fue de 30, cifra inferior a la 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), as well as the latest global data published in 2015 by the World Health Organization (WHO). In 2016, the number of incident cases reported to the SNLR was 11, eight cases were in foreign-born people, and the number of prevalent cases was 30, 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*, bacilo ácido-alcohol resistente, que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos y, en la forma lepromatosa, a las vías respiratorias. El ser humano es el principal huésped y reservorio del *M. leprae*. Sin embargo, 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, se piensa que se transmite persona a persona a través de las secreciones respiratorias. Para que la transmisión sea efectiva se requiere un contacto muy estrecho y continuado. La transmisión indirecta es poco probable, aunque se ha visto que el

bacilo puede sobrevivir hasta 7 días en condiciones de desecación en secreciones nasales. El periodo de incubación es muy amplio, varía de 9 meses a 30 años, y un promedio que oscila entre los 4 años para la lepra tuberculoide (paucibacilar) y el doble para la lepromatosa (multibacilar).

Evidencias clínicas y de laboratorio permiten afirmar que en la mayoría de los casos, el bacilo pierde su infectividad tras un día de tratamiento con multiterapia.

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 grados, 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 Mundial

Aunque la incidencia de la lepra está disminuyendo mundialmente debido a diversos factores como desarrollo económico, vacunación con BCG y la alta cobertura de la multiterapia, todavía existen focos de alta endemia en algunos países. La estrategia global de la OMS para el periodo 2006-2010 ha sido efectiva en reducir la carga de enfermedad en muchos países endémicos. Se ha desarrollado una estrategia reforzada para el periodo 2011-2015, que pone énfasis en una atención de alta calidad al paciente y en reducir la carga de enfermedad, no sólo detectando nuevos casos precozmente, sino mediante la reducción de la discapacidad, el estigma y la discriminación. En la actual campaña, “Estrategia Global para la lepra 2016-2020”, que se inició en septiembre del 2016, la estrategia mundial converge con el objetivo de la OMS de ofrecer una cobertura universal de salud, con interés especial en los niños, las mujeres y los grupos vulnerables. El objetivo es acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. La estrategia se basa en adoptar medidas y fortalecer la implicación de los gobernantes, garantizar una gestión responsable para detener la lepra y evitar sus complicaciones y eliminar la discriminación, y promover la inclusión. La meta de *ninguna discapacidad en los casos nuevos de niños* se introdujo porque combina una meta dirigida a los niños, con otra de fomentar la detección temprana y la disminución de la discapacidad.

Según los últimos datos, en 2015 el número de nuevos casos de lepra detectados fue de 210.758 (tasa global de 0,29 casos/10.000), notificados por 136 países de cinco regiones de la OMS; en el 2014 fueron 121 países los que notificaron, detectándose 213.899 casos (tasa global de 0,32 por 10.000).

La distribución es muy heterogénea, así nos encontramos que India declara 127.326 nuevos casos, lo que representa el 60% global de los nuevos casos, o los 26.395 de Brasil (13%). Treinta países declaran 0 casos; 60 declaran entre 1 y 99 casos; 32 entre 100 y 999; 11 entre 1.000 y 9.999 y 3 países declaran más de 10.000 (India, Brasil e Indonesia).

Hay un incremento marginal de nuevos casos en la Región de África, con 18.597 en 2014 a 20.004 en el año 2015. La Región del Sudeste Asiático con 156.118 casos representa el 74% de todos los casos declarados (Tabla 1).

Tabla 1. Tendencia en la detección de nuevos casos de lepra, por regiones de la OMS*, 2008-2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
África	29.814	28.935	25.345	20.213	20.599	20.911	18.597	20.004
América	41.891	40.474	37.740	36.832	36.178	33.084	33.789	28.806
Sudeste Asiático	167.505	166.115	156.254	160.132	166.445	155.385	154.834	156.118
Mediterráneo oriental	3.938	4.029	4.080	4.357	4.235	1.680	2.342	2.167
Pacífico occidental	5.859	5.243	5.055	5.092	5.400	4.596	4.337	3.645
Europe								18
TOTAL	249.007	244.796	228.474	226.626	232.857	215.656	213.899	210.758

Fuente: World Health Organization. Global leprosy: update on the 2015 situation. Weekly Epidemiological Record No. 35, 2016, 91.

Aunque se han realizado grandes progresos en la reducción de la carga de enfermedad, la lepra sigue siendo un problema de salud pública mundial, aunque el número de nuevos casos parece haberse estabilizado. La tasa de casos con grado de gravedad 2 por 1.000.000 habitantes en 2014 fue de 2,5 (14.110 casos), similar a la del 2015 (tasa 2,5) con 14.059 casos. La proporción de mujeres declaradas de lepra para el año 2015 (38,8%) es ligeramente superior a la del año 2014 (37,8 %), siendo Kiribati, Pacífico Occidental, con una proporción de 54,4% el país con más alta proporción, seguido de Burkina Faso con 49,20%, Sri Lanka 49,9% y Cuba con 48,8%. La proporción de nuevos casos de niños declarados en el año 2015 (8,9%) es ligeramente inferior a los declarados en el año 2014 (8%), la proporción más alta la encontramos en Comoros, con un 38,1%, seguido de Papua Nueva Guinea con 30,4%, en el lado contrario nos encontramos Níger con una proporción de nuevos casos de niños declarados de 0,8%. Respecto a otras características estudiadas en los nuevos casos declarados en 2015 la proporción de casos multibacilares que indican casos avanzados de lepra, es de 60,2%, similar a la del año 2014 que fue de 60,6%. Aunque encontramos grandes diferencias, así Senegal destaca con un 94,8%, frente a Kiribati, Pacífico Occidental, con 27,78%.

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

Vigilancia en España y situación en el año 2016

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), se estableció que la notificación al **nivel estatal sería sólo de 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. Las CCAA, además de la vigilancia de los casos activos, realizan el seguimiento de los casos que han completado la quimioterapia y necesitan vigilancia o están sometidos a ella, y también de los casos discapacitados, que no necesitan vigilancia, pero sí atención o asistencia. En el protocolo de vigilancia se establece que las CCAA notificarán al CNE los casos activos especificando el **motivo de alta** (caso nuevo, conviviente, recidiva o traslado) en el Registro, y el **motivo de baja** (curación, defunción, traslado, pérdida u otros). También se señala que la información se actualizará al menos una vez al año y se hará un informe nacional. En la [tabla 2](#) se muestran los datos del Registro correspondientes a 2016 y a 2015, distribuidos por CCAA.

Tabla 2. Casos activos (incidentes y prevalentes) de lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España, 2016-2015. Datos a 31/12/2016

CCAA	2016		2015	
	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a
Andalucía	2	4	1	7
Aragón	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	2	1	2
Canarias	0	0	0	1
Cantabria	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	1	3	1	3
Castilla y León	1	1	0	2
Cataluña	2	10	3	9
C. Valenciana	0	1	0	1
Extremadura	1	1	0	0
Galicia	0	1	0	0
Madrid	3	6	1	4
Murcia	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	2
País Vasco	1	1	1	3
La Rioja	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0
TOTAL ESTATAL	(8*) 11	30	(6*) 8	34

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

^a Casos prevalentes: todos los casos activos a 31 de diciembre.

Durante el año 2016 se notificaron al Registro Estatal de Lepra 11 casos incidentes, uno de ellos es un conviviente (nuevo caso activo asociado a otro caso de lepra). De estos 11 casos incidentes la clínica era multibacilar en 4 y paucibacilar en 7. El tratamiento utilizado en 10 de los casos es la multiterapia recomendada por la OMS y en un caso otra multiterapia.

En la distribución por sexo se observan 6 mujeres y 5 hombres. En 8 de los 11 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Brasil (3), Paraguay (4) y Egipto (1) (Tabla 3).

Tabla 3. Casos incidentes de lepra por grupos de edad y sexo. Registro Estatal de Lepra. España, 2016. Datos a 31/12/2016

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
0 – 14	0	0	0
15 – 24	0	0	0
25 – 44	5	3	8
45 – 64	0	1	1
65 y más	0	2	2
TOTAL ESTATAL	5	6	11

A 31 de diciembre de 2016 había 30 casos prevalentes registrados, lo que supone una prevalencia de 0,0064 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 mayoritariamente importada, cuya incidencia se mantiene en niveles parecidos con pequeñas oscilaciones y la prevalencia está en unos niveles muy bajos y sigue disminuyendo respecto a la de años anteriores. No obstante hay que seguir incidiendo en la importancia de la vigilancia de los casos hasta la finalización del tratamiento, para conseguir la curación del enfermo y con ello la disminución de la prevalencia. También hay que aumentar la sensibilización del personal sanitario en la sospecha de esta enfermedad, especialmente en personas procedentes de países endémicos de lepra y en los contactos cercanos de pacientes diagnosticados. La mejor prevención es conseguir un diagnóstico y tratamiento tempranos de los casos, para la eliminación de la infecciosidad y la transmisibilidad.

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 2015 situation. Weekly epidemiological record. Geneva: WHO; 2016. Vol 91, 35: 405-420.
4. Díaz O, Rodríguez E. Situación epidemiológica de la lepra en el año 2015. Bol Epidemiol Semanal 2016; Vol 24, 2: 20-33.