

SUMARIO

EDITORIAL

293 Día mundial de la lucha contra la lepra. JOSÉ RAMÓN GÓMEZ ECHEVARRÍA.

TRABAJOS CIENTÍFICOS Y COLABORACIONES

295 Epidemiología de la lepra en la región del Norte Araguaia, MT, Brasil, en el período entre 2001 y 2012. (Parte I). CÁTIA FERREIRA MARTINS

355 Tiña eritrodérmica y enfermedad de Hansen: una asociación infrecuente. BEATRIZ DI MARTINO ORTIZ, MARÍA LAURA SÁNCHEZ, CELESTE VALIENTE, MARÍA ELENA IBAÑEZ, MIRTHA RODRIGUEZ MASI, OILDA KNOPFELMACHER, LOURDES BOLLA DE LEZCANO.

363 La prevención de la discapacidad por lepra. HUGH CROSS.

369 Lepra: Eliminación, reducción de la carga de la enfermedad y futura investigación. CASSANDRA CHAPTINI, GILLIAN MARSHMAN

NOTICIAS Y EVENTOS

381 Simposium Global sobre la historia de la lepra

384 Actividades de formación con participación de Fontilles

385 V Seminario "Salud y Cooperación al Desarrollo": Nuevos desafíos para la salud global en la Agenda Post 21.

389 Cursos Internacionales de Leprología 2016.

390 19º Congreso Internacional de Leprología.

ACTUALIDAD DE PROYECTOS

391 Fontilles capacita a promotores de salud para enfrentar el virus del Zika en Nicaragua

395 RESÚMENES SELECCIONADOS



revista de LEPROLOGÍA

EDITOR

Dr. Pedro Torres Muñoz

EDITORES ASOCIADOS

Dr. José Ramón Gómez Echevarría

SECRETARÍA

Verónica Mas Oliver

COMITÉ EDITORIAL

Acosta Soto, Lucrecia (España)	Martínez Morales, Elvia Urania (Nicaragua)
Bottasso, Óscar (Argentina)	Moll Cervera, Fátima (España)
Caballero, Nelson (Nicaragua)	Pérez López, Montserrat (España)
Cuevas, Jesús (España)	Rojas-Espinosa, Óscar (México)
De Armas, Yaxsier (Cuba)	Ruiz Fuentes, Jenny Laura (Cuba)
Di Martino Ortiz, Beatriz (Paraguay)	Saunderson, Paul (USA)
Donoghue, Helen (UK)	Souza Cunha, Maria da Graça (Brasil)
Fafutis Morris, Mary (México)	Stanford, John L. (UK)
Fuentes Morales, Lesny Ruth (Honduras)	Vijayakrishnan, B (India)

PUBLICACIÓN INCLUIDA EN

IME (Índice Médico Español), IBECs (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud),
CHEMICAL ABSTRACTS

BIOLOGICAL ABSTRACTS, LATINDEX (Sistema Regional de Información en
Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

IMPRIME

Grafo Impresores, s.l.

Depósito legal: V-420-1958

ISSN: 0367-2743

SECRETARÍA

Biblioteca médica

03791 Fontilles (Alicante) España

biblioteca@fontilles.org

PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

NORMAS PARA LOS AUTORES

Revista de LEPROLOGÍA *agradece la colaboración científica en el ámbito de la leprología, dermatología y otras disciplinas en el campo de la microbiología y parasitología, incluyendo investigaciones científicas, terapéuticas, epidemiológicas y sobre ciencias básicas en conexión con estas especialidades.*

Los manuscritos remitidos deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser **originales e inéditos** (no haber sido publicados anteriormente en ninguna otra revista).
- Los **manuscritos se enviarán** en soporte informático en formato Word, preferiblemente por correo electrónico o en su defecto, por correo postal. Deberán estar escritos en español, a doble espacio en su totalidad y con margen izquierdo de 2,5 cm. El resumen deberá ir en español y también traducido en inglés para mejor difusión del trabajo en el extranjero.

Se admitirán a publicación, artículos originales, artículos originales breves, revisiones, casos clínicos, y cartas al editor.

Todos los trabajos se acompañarán de una **carta de presentación** dirigida a la Editorial de la Revista de Leprología, en la que se incluya el título del trabajo y la sección a la que se solicita la publicación. Se expondrá con claridad que el trabajo no ha sido publicado con anterioridad y que el mismo artículo o parte del mismo no ha sido enviado a otra publicación. En el caso de material ya publicado, se adjuntarán las debidas autorizaciones para su reproducción, en especial en las secciones por encargo.

Artículos originales

El manuscrito constará de las siguientes partes:

Primera página. Contendrá el título; nombres y apellidos completos de todos los autores ordenados según su participación; afiliaciones de los autores (es conveniente indicar: Servicio, Departamento o Centro en el que se haya realizado); nombre completo, afiliación y correo electrónico del autor al que se le ha de dirigir la correspondencia.

Segunda página. Incluirá un resumen en idioma castellano e inglés, con 200 palabras como máximo. En el caso de los artículos originales de investigación deben cumplir con la estructura básica: introducción, métodos, resultados y discusión. El resto de las contribuciones deberán respetar un orden lógico de presentación de la información. A continuación del resumen se escribirán las palabras claves con objeto de que reflejen los contenidos esenciales del artículo. No superarán el número de 5, para ello se recomienda hacer uso de los términos recogidos en el Índice Médico Español y el MeSH® (*Medical Subject Headings*) del *Index Medicus*.

Manuscrito propiamente dicho. Constará de: Introducción, material y métodos, resultados, discusión, agradecimientos, conflicto de intereses y referencias.

Resultados y discusión deben presentarse por separado. Las conclusiones no se presentarán a parte, deben estar desarrolladas en la discusión y mencionadas en el resumen.

Figuras y tablas irán al final del manuscrito después de la bibliografía. Las fotografías, gráficos, dibujos, esquemas, mapas, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales, se

denominarán figuras y tendrán numeración arábica consecutiva. Las tablas se denominarán tablas. Todas se mencionarán en el texto y deberán ir acompañadas de su pie o nota explicativa.

- Abreviaturas y siglas. Las precederá su nombre completo la primera vez que aparezcan en el texto. No figurarán en títulos ni resúmenes. Se emplearán las de uso internacional.

- Sistema Internacional de Unidades (SI). Todos los resultados de laboratorio clínico se informarán en unidades del SI o permitidas por éste. Si se desea añadir las unidades tradicionales, éstas se escribirán entre paréntesis. Ejemplo: glicemia: 5,55 mmol/L (100mg/100 ml).

Referencias bibliográficas. Sólo incluirá las referencias citadas en el texto y se numerarán según el orden de mención en el mismo (deberán identificarse mediante arábigos en forma exponencial dentro del propio texto), siguiendo los **Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas** (*Estilo Vancouver*) elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>); para los títulos abreviados de las revistas se recomienda el Index Medicus-MEDLINE®. No se destacará ningún elemento con el uso de mayúsculas ni el subrayado.

A continuación, se ofrecen ejemplos de algunos de los principales casos:

Revista. Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

1. de Castro LE, da Cunha AJ, Fontana AP, de Castro Halfoun VL, Gomes MK. Physical disability and social participation in patients affected by leprosy after discontinuation of multidrug therapy. *Lepr Rev* 2014; 85(3):208-17.

Libro. Autor/es. Título del libro. Edición. Editorial, lugar de publicación: año. La primera edición no es necesario consignarla.

2. Sambrook J, Fritsch EF, Maniatis T. Molecular cloning. A laboratory manual. 2ª ed. Cold Spring Harbor Laboratory Press, USA: 1989.

Capítulo de libro. Autor/es. Título del capítulo. En: Título del libro. Edición. Editorial, lugar de publicación: año.

3. Bullock WE. Leprosy (Hansen's disease). En: Cecil Textbook of Medicine. 16th ed. Wyngaarden JB, Smith LH Jr, eds. Philadelphia: 1982.

Originales breves

En esta sección se considerarán los trabajos de investigación que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones, trabajos de investigación con objetivos y resultados muy concretos, estudios epidemiológicos descriptivos, entre otros) pueden ser publicados en forma abreviada y rápida. Estos trabajos deberán tener una extensión máxima de 1.500 palabras (incluyendo los agradecimientos si los hubiera). Cada trabajo deberá estructurarse como un artículo original con los apartados descritos previamente. Se aceptará un máximo de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 figuras y/o tablas. Deberá ir incluido resumen en castellano e inglés o francés de 200 palabras como máximo.

Revisiones

Estas pueden tener formato libre o presentar la estructura de un artículo original. Deben contener la primera y segunda página, agradecimientos conflicto de intereses y bibliografía,

como se ha detallado en las normas para un artículos originales. Los autores con un tema adecuado para una revisión pueden comunicarse con el Editor para discutir la conveniencia de la revisión propuesta.

Cartas al Editor

Tienen preferencia en esta sección la discusión de trabajos publicados en los últimos tres meses y la aportación de opiniones, observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. Se incluirán trabajos que contienen casos clínicos que pueden exponerse en forma abreviada. Se aceptará un máximo de 10 referencias bibliográficas, y se admitirá una figura o una tabla. Debe incluirse una primera página conteniendo el título, autor-es, afiliaciones, dirección para correspondencia y palabras clave. No será necesario resumen. La extensión máxima será de 700 palabras sin tener en cuenta la primera página.

Casos clínicos

Según la extensión o la información aportada, podrán exponerse con la estructura de artículos originales o si por el contrario pueden exponerse de forma abreviada como cartas al Editor.

Proceso de publicación

Cada uno de los manuscritos tendrá asignado un editor que será el responsable del proceso de revisión editorial. Todos los manuscritos, así como los trabajos solicitados por encargo, serán revisados anónimamente por autores expertos e independientes. El Comité de Redacción valorará dichos comentarios y se reserva el derecho de rechazar aquellos trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones cuando lo considere necesario.

Los trabajos serán publicados a medida que lo permita el espacio disponible de la revista, siguiendo un orden riguroso de antigüedad en su recepción o prioridad del contenido.

Después de publicado en *Revista de LEPROLOGÍA* podrá ser transcrito total o parcialmente en cualquier revista, siempre que se haga expresa referencia a su procedencia.

La redacción de la revista no acepta la responsabilidad de los conceptos y criterios que publica, la cual es única y exclusivamente de los autores.

Envío de manuscritos.

Los artículos se enviarán a la redacción de la Revista mediante correo electrónico a la dirección: **biblioteca@fontilles.org**

O bien a la dirección postal:

Biblioteca Médica - Fontilles.

Ctra Orba-La Vall de Laguar Km 4.

03791, Fontilles (Alicante), España.

DÍA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA LA LEPROSIA

La lepra sigue siendo un problema importante de salud pública en muchas zonas del planeta. Cada día se detectan 600 casos nuevos de lepra, 55 de ellos en niños menores de 14 años. Es por ello que hoy en día todavía se celebra el día mundial contra la lepra, cuyo origen data de 1954, habiendo sido siempre escogida como fecha el último domingo de enero.

Son Brasil, India e Indonesia donde se detecta el mayor número de nuevos casos, aproximadamente el 81%. No debemos olvidar a la República Democrática del Congo, Etiopía, Madagascar, Nigeria y Tanzania (en África); Bangladesh, Myanmar, Nepal y Sri Lanka (en Asia) y Filipinas (en el Pacífico oriental); aquí se detectan aproximadamente el 13% de los casos. En los últimos años, el número apenas ha oscilado diagnosticándose en torno a 220.000 casos nuevos.

Existen razones para la preocupación, tales como la persistencia de la lepra infantil que indica que la transmisión de la enfermedad continúa, que se produce de forma muy temprana y que en el futuro aparecerán nuevos casos.

Otro dato preocupante es que la tasa de discapacitados de grado 2, es decir que presentan discapacidades visibles en el momento del diagnóstico, ha aumentado en el último año. Esto significa que la lepra se está diagnosticando tarde, que estos pacientes pueden haber estado transmitiendo la enfermedad y que además persistirá el estigma de la enfermedad al observar las discapacidades provocadas por estas.

Existen datos que las estadísticas esconden; muchos países no están recogiendo datos en los últimos años, lo cual significa que el registro no es válido, muchos gobiernos intentan desvincular a sus países con la enfermedad y presionan a los servicios sanitarios para reducir las estadísticas. Independientemente de la frialdad de los números, las cifras no reflejan el estigma, el rechazo, la marginación social que sufren las personas afectadas por la enfermedad.

Como armas en nuestro trabajo ante la ausencia de una medicación preventiva efectiva o una vacuna nos queda la detección precoz y el tratamiento de todos los casos antes de que desarrollen discapacidad.

Desde 1982 existe un tratamiento que cura la enfermedad, pero en numerosas ocasiones la falta de compromiso de los gobiernos y de recursos económicos para atender a las personas afectadas, junto con la carencia de estructuras sociales (fundamentalmente sanitarias) en los países afectados provoca que esta enfermedad, generalmente asociada a la pobreza, y con las pocas armas que tenemos, sea difícil de controlar.

Fontilles después de 106 años de trabajo en esta enfermedad, continúa intentando coordinarse con gobiernos y otros agentes internacionales para tratar de conseguir un mundo en el que nadie sufra la lepra y sus consecuencias físicas y sociales.

Como miembro de ILEP que somos y según la estrategia de OMS, intentaremos mantener actividades en la lucha contra la enfermedad, tales como realizar campañas activas de detección precoz y de información en escuelas y comunidades, continuar con la formación de personal especializado que sean capaces de detectar a los enfermos cuanto antes y darles el tratamiento adecuado. Nunca nos deberemos de olvidar de atender las consecuencias sociales de la enfermedad y capacitar a los afectados para que puedan salir del círculo de enfermedad y pobreza.

Dr. José Ramón Gómez Echevarría
Director Médico Lepra Fontilles

EPIDEMIOLOGÍA DE LA LEPRO EN LA REGIÓN DEL NORTE ARAGUAIA, MT, BRASIL, EN EL PERÍODO ENTRE 2001 Y 2012

(PARTE I)

Cátia Ferreira Martins*

*Fundación Fontilles/Máster Salud Internacional Universitat Autònoma de Barcelona

(Recibido el 18/02/2015; Aceptado para su publicación el 17/04/2015)

OBJETIVOS

GENERALES

Analizar el perfil epidemiológico y clínico de la lepra en la región del Norte Araguaia en el periodo de 2001 a 2012.

ESPECÍFICOS

Describir la distribución de los casos nuevos de lepra en la región del Norte Araguaia según variables demográficas, socioeconómicas y clínicas en el periodo de 2001 a 2012.

Analizar la epidemiología de la lepra en la región del Norte Araguaia a través de los indicadores epidemiológicos sugeridos por ILEP y por el Ministerio de Sanidad de Brasil en el periodo de 2001 a 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo sobre la situación epidemiológica de la lepra en la región del Norte Araguaia. Se describe el perfil epidemiológico de la lepra en esta región, utilizando datos secundarios de los casos de lepra notificados en el sistema de información SINAN.

Correspondencia a: catia.alexandra.martins@gmail.com

LOCAL DEL ESTUDIO

El local del estudio son 13 de los 15 municipios de la Región del Norte Araguaia: São Félix do Araguaia (SFA), Novo Santo Antônio (NSA), Serra Nova Dourada (SND), Alto Boa Vista (ABV), Luciara (Luc), Porto Alegre do Norte (PAN), Confresa (Conf), Vila Rica (VR), Santa Terezinha (ST), Canabrava do Norte (CN), São José do Xingu (SJX), Santa Cruz do Xingu (SCX), Bom Jesus do Araguaia (BJA).

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

La población estudiada fue compuesta por todos los casos nuevos de lepra notificados en la región del Norte Araguaia en el período de 2001 a 2012. Los casos de error diagnóstico y los registros duplicados fueron excluidos.

FUENTES DE DATOS

Los datos de morbilidad fueron obtenidos a partir de la ficha de notificación de la lepra del Ministerio de Sanidad Brasileño a través del sistema de información SINAN, en los Escritorios Regionales de Porto Alegre do Norte y São Félix do Araguaia y en la Secretaria Municipal de Bom Jesus do Araguaia. Los datos poblacionales fueron obtenidos a través de los censos y estimativas poblacionales del IBGE.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Para describir el perfil demográfico y clínico de los casos de lepra han sido seleccionadas las variables: edad, sexo, color de piel, nivel de escolaridad, clasificación operacional, forma clínica, número de lesiones, modo de detección.

Para describir el perfil epidemiológico de la lepra se han seleccionado los indicadores recomendados por ILEP y el Ministerio de Sanidad de Brasil.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de los datos ha sido utilizado el programa Microsoft Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del estudio se han utilizado datos secundarios que no identifican ni constriñen grupos o individuos.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

En el periodo entre 2001 y 2012 han sido notificados 1788 casos nuevos de lepra en los municipios que componen este estudio.

Sexo

De los 1788 casos nuevos registrados en la región en el periodo de estudio, 65,4% son del

sexo masculino. Este predominio del sexo masculino se verifica en todos los municipios, con excepción del municipio Novo Santo Antonio en el que el sexo femenino es más frecuente (52,9%).

	MASCULINO		FEMENINO	
	N	FR (%)	N	FR (%)
SFA	113	71,5	45	28,5
SND	11	68,8	5	31,2
NSA	8	47,1	9	52,9
LUC	24	54,5	20	45,5
ABV	86	68,3	40	31,7
BJA	67	62,6	40	37,4
PAN	117	68,4	54	31,6
CONF	279	65,5	147	34,5
VR	255	65,9	132	34,1
ST	70	60,3	46	39,7
CN	47	68,1	22	31,9
SJX	69	63,9	39	36,1
SCX	24	55,8	19	44,2
REGION	1170	65,4	618	34,6

Tabla 1. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según sexo y municipio. FR – Frecuencia Relativa

Edad

Para la presentación de distribución por edad, se han agrupado los casos en franjas de edad de 10 años, con excepción de la franja etaria de los 0-14 (por su importancia en la epidemiología de la lepra), 15-19 y 60 o más años.

Se verifica una mayor prevalencia de la lepra en las fajas de edad entre los 20 y 59 años, o sea, en los adultos económicamente activos.

	0-14		15-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60 O MAS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SFA	15	9,5	8	5	21	13,3	30	19	33	20,9	25	15,8	26	16,5
SND	1	6,3	0	0	3	18,7	5	31,3	2	12,5	2	12,5	3	18,7
NSA	1	5,9	2	11,8	4	23,5	2	11,8	5	29,3	1	5,9	2	11,8
LUC	3	6,8	2	4,5	10	22,7	9	20,5	10	22,7	7	16	3	6,8
ABV	8	6,3	6	4,8	16	12,7	36	28,6	16	12,7	26	20,6	18	14,3
BJA	7	6,5	7	6,5	19	17,8	23	21,5	22	20,6	17	15,9	12	11,2
PAN	5	2,9	14	8,2	25	14,6	30	17,5	52	30,4	23	13,5	22	12,9
CONF	32	7,5	26	6,1	87	20,4	98	23	62	14,6	64	15	57	13,4
VR	32	8,3	20	5,2	79	20,4	74	19,1	79	20,4	60	15,5	43	11,1
ST	11	9,5	10	8,6	18	15,5	21	18,1	15	12,9	24	20,7	17	14,7
CN	5	7,2	3	4,3	6	8,7	25	36,2	13	18,8	12	17,6	5	7,2
SJX	7	6,5	4	3,7	15	13,9	29	26,9	15	13,9	21	19,4	16	15,7
SCX	5	11,6	2	4,7	6	14	12	27,9	8	18,6	7	16,3	3	6,9
REGION	132	7,4	104	5,8	309	17,3	394	22	332	18,6	289	16,2	227	12,7

Tabla 2. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según franja de edad y municipio.

En toda la región, la franja etaria más prevalente ha sido la franja 30-39 años, seguida de la franja 40-49 años.

Si analizamos cada municipio individualmente, verificamos que la franja de edad 30-39 años es la más prevalente en ocho municipios (Serra Nova Dourada, Alto Boa Vista, Bom Jesus do Araguaia, Confresa, Santa Terezinha, Canabrava do Norte, Santa Cruz do Xingu, São José do Xingu) mientras que la franja de edad 40-49 años es la más prevalente en los otros cinco municipios (São Félix do Araguaia, Novo Santo Antonio, Luciara, Porto Alegre do Norte, Vila Rica).

Color de piel

En toda la región y en cada municipio individualmente, el color de piel más frecuente, entre los enfermos de lepra, es el color de piel pardo. A nivel regional, se sigue el color blanco (26,5%) y negro (14,1%). El porcentaje de enfermos de lepra indígenas es bastante bajo (1,5%), con casos diagnosticados en solamente 4 municipios.

	BLANCA		NEGRA		AMARILLA		PARDA		INDÍGENA		IGNORADA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SFA	52	32,9	21	13,3	0	0	63	39,9	1	0,6	21	13,3
SND	2	12,5	3	18,8	0	0	11	68,9	0	0	0	0
NSA	2	11,8	4	23,5	1	5,9	10	58,8	0	0	0	0
LUC	7	15,9	13	29,5	0	0	20	45,4	0	0	4	9,2
ABV	25	19,8	16	12,7	0	0	85	67,5	0	0	0	0
BJA	18	16,8	26	24,3	2	1,9	60	56,1	1	0,9	0	0
PAN	28	16,4	11	6,4	1	0,6	119	69,6	0	0	12	7
CONF	131	30,8	37	8,7	28	6,6	202	47,4	21	4,9	7	1,6
VR	118	30,5	65	16,8	3	0,8	173	44,6	3	0,8	25	6,5
ST	24	20,7	25	21,6	0	0	66	56,9	1	0,8	0	0
CN	27	39,1	10	14,5	0	0	32	46,4	0	0	0	0
SJX	23	21,3	12	11,1	0	0	73	67,6	0	0	0	0
SCX	16	37,2	10	23,3	0	0	16	37,2	0	0	1	0,3
REGION	473	26,5	253	14,1	35	2	930	52	27	1,5	70	3,9

Tabla 3. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según el color de piel y municipio.

Nivel de Escolaridad

La mayoría de los enfermos de lepra diagnosticados en este periodo no han completado la enseñanza fundamental (enseñanza básica en Brasil). A nivel regional se verifica una elevada prevalencia de analfabetismo entre los enfermos de lepra (12,5%) que supera los 20% en tres municipios (Alto Boa Vista, Santa Terezinha, São José do Xingu).

Niveles más altos de instrucción son poco frecuentes a nivel regional – 2% de pacientes enseñanza media (enseñanza secundaria en Brasil) completa y 1,7% de pacientes con enseñanza superior completa.

	ANALF.		EF INC.		EF		EM		ES		IGN.		N/A	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SFA	13	8,2	110	69,6	19	12	1	0,6	2	1,3	11	7	2	1,3
SND	0	0	14	87,6	1	6,2	1	6,2	0	0	0	0	0	0
NSA	0	0	3	17,6	1	5,8	0	0	0	0	13	76,6	0	0
LUC	5	11,4	22	50	4	9,1	2	4,5	4	9,1	7	15,9	0	0
ABV	28	22,2	62	49,2	21	16,7	3	2,4	2	1,6	9	7,1	1	0,8
BJA	8	7,5	78	72,9	16	15	1	0,9	1	0,9	3	2,8	0	0
PAN	9	5,3	111	64,9	37	21,6	3	1,8	4	2,3	5	2,9	2	1,2
CONF	57	13,5	267	62,7	60	14	13	3	5	1,2	12	2,8	12	2,8
VR	40	10,3	265	68,5	46	11,9	5	1,3	9	2,3	20	5,2	2	0,5
ST	27	23,3	61	52,6	12	10,3	2	1,7	1	0,9	11	9,5	2	1,7
CN	13	18,8	46	66,7	5	7,2	1	1,4	1	1,4	3	4,5	0	0
SJX	22	20,4	54	50	18	16,6	2	1,9	2	1,9	9	8,3	1	0,9
SCX	2	4,7	24	55,8	5	11,6	1	2,3	0	0	10	23,3	1	2,3
REGION	224	12,5	1117	62,5	245	13,7	36	2	31	1,7	113	6,3	23	1,3

Tabla 4. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según nivel de escolaridad y municipio. Analf. – Analfabeto; EF Inc. – 1° a 4° año de la enseñanza fundamental no completo; EF – Enseñanza Fundamental completa (8° año); EM – Enseñanza media completa; ES – enseñanza superior completa; Ign. – Ignorado; N/A – No se aplica.

Zona de Residencia

	URBANA		RURAL		PERIURBANA		IGNORADA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SFA	67	42,4	79	50	2	1,3	10	6,3
SND	9	56,3	7	43,7	0	0	0	0
NSA	16	94,1	1	5,9	0	0	0	0
LUC	40	91	2	4,5	0	0	2	4,5
ABV	73	57,9	47	37,3	0	0	6	4,8
BJA	47	43,9	55	51,4	0	0	5	4,7
PAN	112	65,5	48	28,1	0	0	11	6,4
CONF	206	48,4	191	44,8	11	2,6	18	4,2
VR	254	65,6	100	25,9	0	0	33	8,5
ST	58	50	54	46,5	0	0	4	3,5
CN	20	29	25	36,2	0	0	24	34,8
SJX	62	57,4	40	37	0	0	6	5,6
SCX	36	83,7	6	14	0	0	1	2,3
REGION	1000	55,9	655	36,6	13	0,7	120	6,8

Tabla 5. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según zona de residencia y municipio.

La mayoría de los pacientes diagnosticados con lepra reside en zona urbana (55,9%). En apenas tres municipios se verifica una prevalencia mayor de pacientes residentes en zona rural (São Félix do Araguaia, Bom Jesus do Araguaia, Canabrava do Norte).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Número de Lesiones Cutáneas

	0		1		2 A 5		MÁS DE 5		IGNORADA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SFA	10	6,3	46	29,1	42	26,6	36	22,8	24	15,2
SND	1	6,2	3	18,8	3	18,8	7	43,7	2	12,5
NSA	1	5,9	5	29,4	3	17,6	1	5,9	7	41,2
LUC	9	20,5	12	27,3	9	20,5	12	27,3	2	4,4
ABV	20	15,9	37	29,4	30	23,8	29	23	10	7,9
BJA	9	8,4	12	11,2	23	21,5	63	58,9	0	0
PAN	17	10	35	20,5	54	31,5	62	36,2	3	1,8
CONF	59	13,8	134	31,5	141	33,1	73	17,1	19	4,5
VR	55	14,3	95	24,5	117	30,2	100	25,8	20	5,2
ST	13	11,2	34	29,3	49	42,3	13	11,2	7	6
CN	34	49,3	9	13	18	26	6	8,8	2	2,9
SJX	27	25	32	29,7	24	22,2	25	23,1	0	0
SCX	6	14	10	23,2	17	39,6	10	23,2	0	0
REGION	261	14,6	464	26	530	29,6	437	24,4	96	5,4

Tabla 6. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según número de lesiones de lepra y municipio.

Un porcentaje de 14,6% de los enfermos por lepra no tiene lesiones cutáneas. Se trata de formas de lepra neural pura.

Forma Clínica

En el total de la región, la forma clínica más prevalente fue del tipo dimorfo (40,8%), seguida de la forma indeterminada (25,6%). La forma clínica dimorfa es la más frecuente en diez municipios con excepción de Santa Terezinha y Canabrava do Norte (forma más prevalente es la indeterminada) y Luciara (la forma tuberculoide es la más prevalente).

INDETERMINADA TUBERCULOIDE DIMORFA LEPROMATOSA IGNORADA

	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SFA	25	15,8	42	26,6	69	43,7	15	9,5	7	4,4
SND	3	18,8	2	12,5	6	37,5	1	6,2	4	25
NSA	4	23,5	2	11,8	4	23,5	4	23,5	3	17,7
LUC	9	20,5	12	27,3	9	20,5	12	27,3	2	4,4
ABV	40	31,7	5	4	56	44,4	18	14,3	7	5,6
BJA	10	9,3	4	3,7	76	71	14	13,1	3	2,9
PAN	38	22,2	23	13,5	72	42,1	35	20,5	3	1,7
CONF	116	27,2	27	6,3	198	46,5	60	14,1	25	5,9
VR	91	23,5	90	23,3	129	33,3	38	9,8	39	10,1
ST	47	40,5	23	19,8	28	24,1	9	7,8	9	7,8
CN	23	33,3	7	10,1	15	21,7	16	23,2	8	11,7
SJX	37	34,3	5	4,6	49	45,4	11	10,2	6	5,5
SCX	14	32,6	0	0	18	41,9	4	9,3	7	16,2
REGION	457	25,6	242	13,5	729	40,8	236	13,2	123	6,9

Tabla 7. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según forma clínica y municipio.

Modo de Ingreso

	CASO NUEVO		TRANSFERENCIA		RECIDIVA		IGNORADO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SFA	127	80,4	24	15,2	4	2,5	3	1,9
SND	13	81,3	3	18,7	0	0	0	0
NSA	14	82,4	2	11,8	1	5,9	0	0
LUC	34	77,3	6	13,6	4	9,1	0	0
ABV	93	73,8	18	14,3	14	11,1	1	0,8
BJA	86	80,4	18	16,8	3	2,8	0	0
PAN	138	80,7	17	9,9	2	1,2	14	8,2
CONF	302	70,9	87	20,4	9	2,1	28	6,6
VR	317	81,9	57	14,7	4	1,1	9	2,3
ST	100	86,2	7	6	3	2,6	6	5,2
CN	56	81,2	7	10,1	4	5,8	2	2,9
SJX	82	75,9	15	13,9	11	10,2	0	0
SCX	24	55,8	5	11,6	6	14	8	18,6
REGION	1386	77,5	266	14,9	65	3,6	71	4

Tabla 8. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según modo de ingreso y municipio.

El modo de ingreso más frecuente a nivel regional y municipal ha sido el diagnóstico de casos nuevos. Los municipios con mayor frecuencia de recidivas en el periodo de estudio han sido Alto Boa Vista, São José do Xingu y Luciara.

Modo de detección

En el total de la región y en cada municipio, la proporción de casos detectados por búsqueda activa (examen de contacto y examen de colectividad) ha sido inferior a la proporción de casos detectados de forma pasiva (demanda espontánea o derivación).

	DERIVACIÓN		DEMANDA ESPONTANEA		EXAMEN DE COLECTIVO		EXAMEN DE CONTACTOS		OTROS MODOS		IGN.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SFA	40	25,3	54	34,2	9	5,7	20	12,7	4	2,5	31	19,6
SND	1	6,3	13	81,3	0	0	0	0	0	0	2	12,4
NSA	3	17,6	6	35,3	1	5,9	2	11,8	1	5,9	4	23,5
LUC	12	27,2	18	40,9	1	2,3	5	11,4	0	0	8	18,2
ABV	17	13,5	71	56,3	1	0,8	4	3,2	4	3,2	29	23
BJA	34	31,8	33	30,8	1	0,9	23	21,5	3	2,8	13	12,2
PAN	44	25,7	61	35,7	5	2,9	21	12,3	8	4,7	32	18,7
CONF	83	19,5	155	36,4	7	1,6	47	11	19	4,5	115	27
VR	78	20,2	221	57,1	3	0,8	9	2,3	5	1,3	71	18,3
ST	15	12,9	68	58,6	3	2,6	12	10,4	2	1,7	16	13,8
CN	11	15,9	39	56,6	5	7,2	1	1,4	0	0	13	18,9
SJX	16	14,8	64	59,4	1	0,9	0	0	1	0,9	26	24
SCX	5	11,6	18	41,9	0	0	0	0	1	2,3	19	44,2
REGIÓN	359	20,1	821	45,9	37	2,1	144	8	48	2,7	379	21,2

Tabla 9. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según modo de detección y municipio.

El municipio con más casos diagnosticados a través del examen de contactos ha sido Bom Jesus do Araguaia mientras que la detección por examen de colectivo ha sido más frecuente en los municipios de Canabrava do Norte, Novo Santo Antonio y São Félix do Araguaia.

Clasificación Operacional

De acuerdo con la clasificación operacional de la OMS, la mayoría de los casos diagnosticados a nivel regional son multibacilares. El único municipio en que esta tendencia esta invertida es el de ST (PB 62,9%).

	PAUCIBACILAR		MULTIBACILAR	
	N	%	N	%
SFA	65	41,1	93	58,9
SND	5	31,3	11	68,7
NSA	5	29,4	12	70,6
LUC	20	45,5	24	54,5
ABV	50	39,7	76	60,3
BJA	13	12,1	94	87,9
PAN	61	35,7	110	64,3
CONF	121	28,4	305	71,6
VR	167	43,2	220	56,8
ST	73	62,9	43	37,1
CN	18	26,1	51	73,9
SJX	47	43,5	61	56,5
SCX	13	30,2	30	69,8
REGION	658	36,8	1130	63,2

Tabla 10. Distribución de los casos nuevos de lepra (número absoluto y porcentaje) notificados en los municipios del estudio según clasificación operacional y municipio.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS ILEP

Los objetivos primordiales de los programas de control de lepra son usualmente curar las personas con lepra para detener la transmisión de la enfermedad y prevenir las discapacidades. Para lograrlo, es esencial medir el progreso realizado para alcanzar estos objetivos.

Prevalencia

La prevalencia es el número total de casos de lepra registrado en quimioterapia al final del año informado.

Aunque la prevalencia debería relacionarse con el número real de personas que necesitan quimioterapia, en la práctica solamente se refiere a aquellas personas que están registradas para tratamiento. No se contabilizan las personas que tienen lepra pero aún no han sido diagnosticadas ni aquellas que han abandonado el tratamiento antes de la curación.

La prevalencia no proporciona un genuino conocimiento respecto a la epidemiología de la lepra; es más una medida de la carga de trabajo para los servicios de salud, en un tiempo determinado.

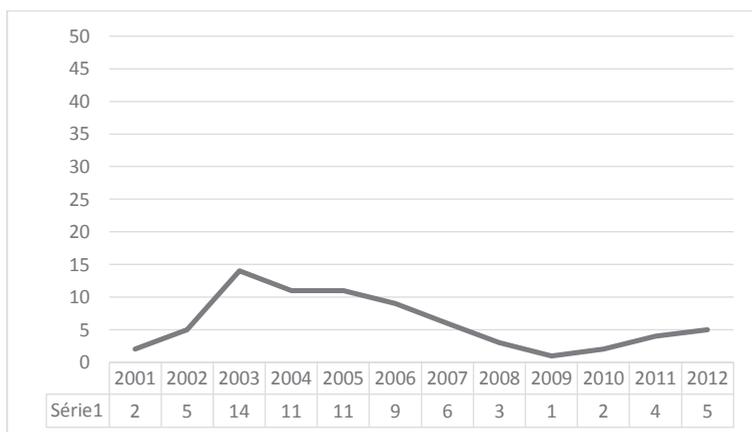


Gráfico 1 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Alto Boa Vista.

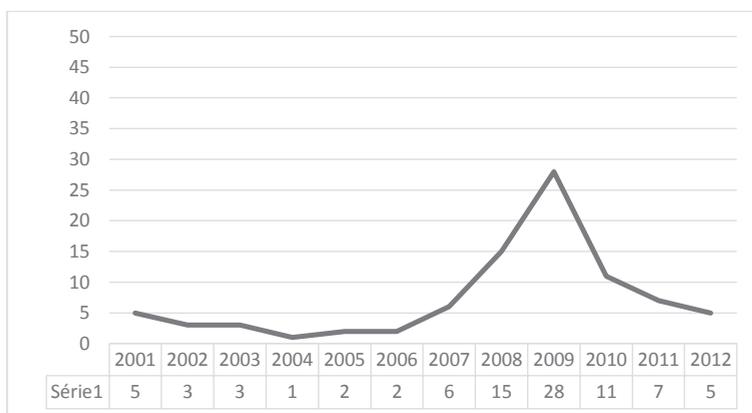


Gráfico 2 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

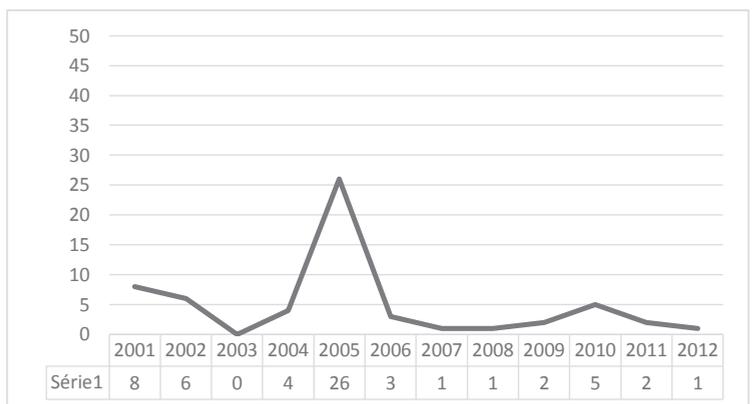


Gráfico 3 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Canabrava do Norte.

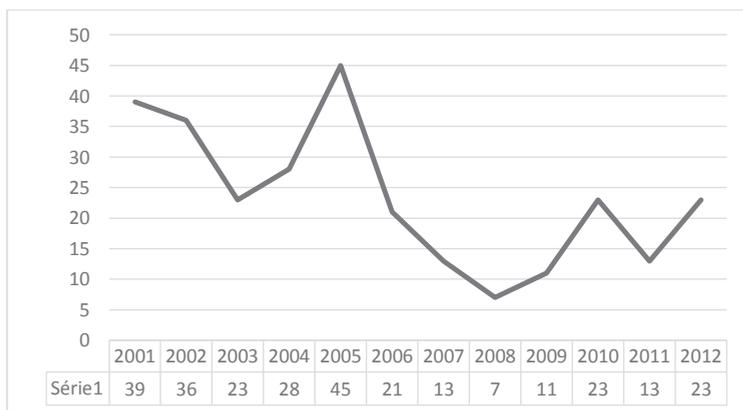


Gráfico 4 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Confresa.

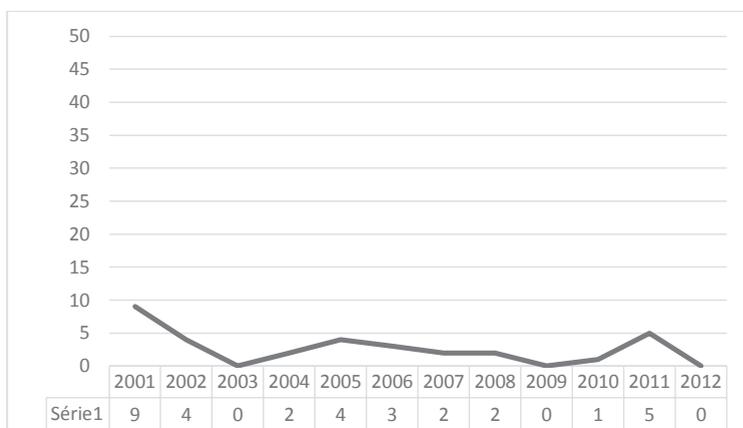


Gráfico 5 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Luciara.

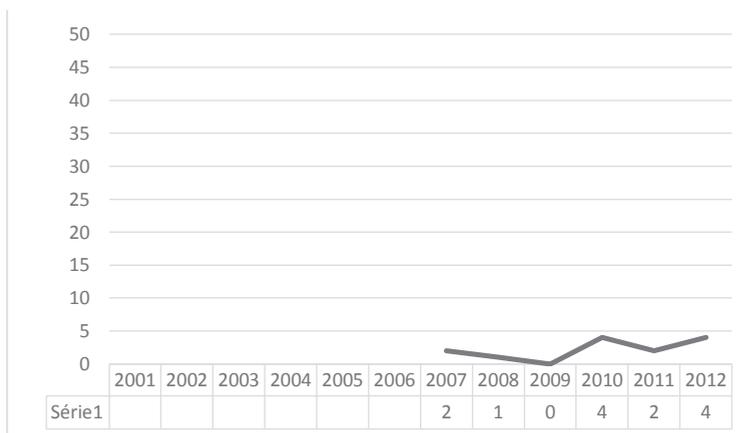


Gráfico 6 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Novo Santo Antonio.

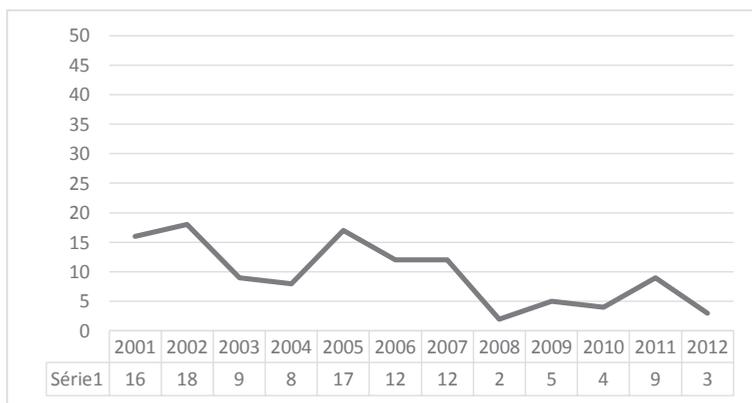


Gráfico 7 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Porto Alegre do Norte.

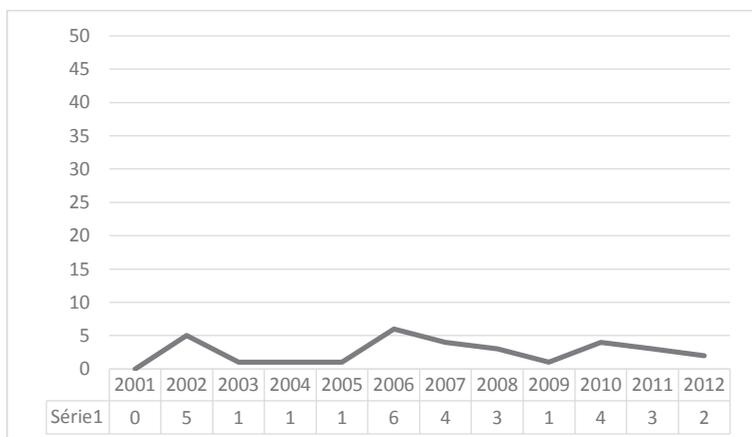


Gráfico 8 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Santa Cruz do Xingu.

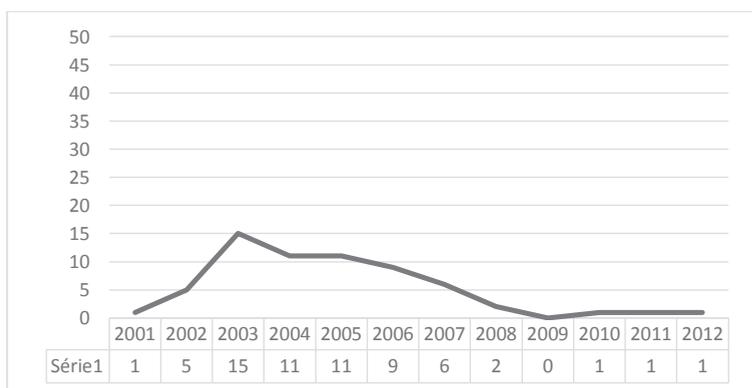


Gráfico 9 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de São Félix do Araguaia.

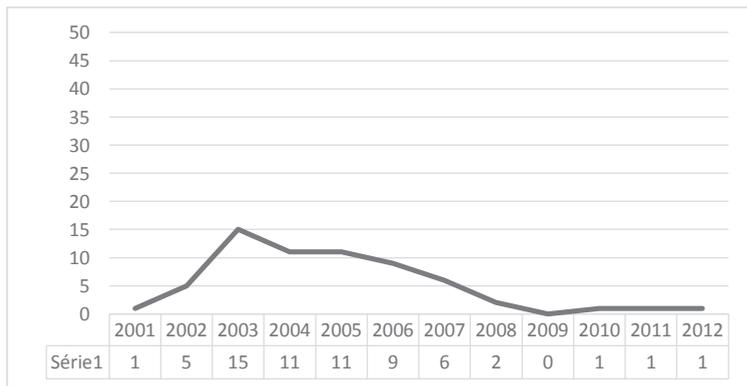


Gráfico 10 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de São José do Xingu.

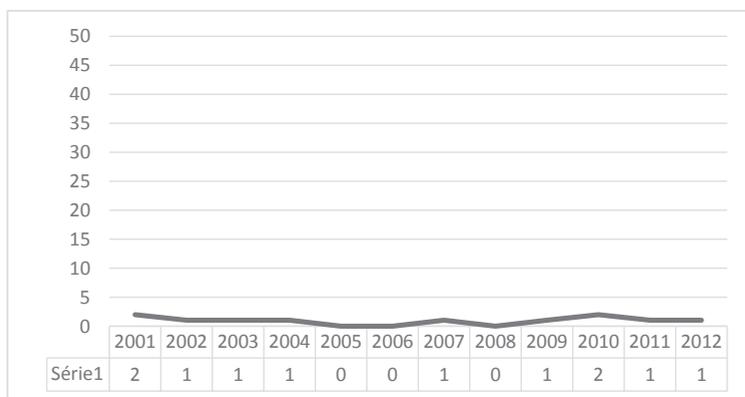


Gráfico 11 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Serra Nova Dourada.

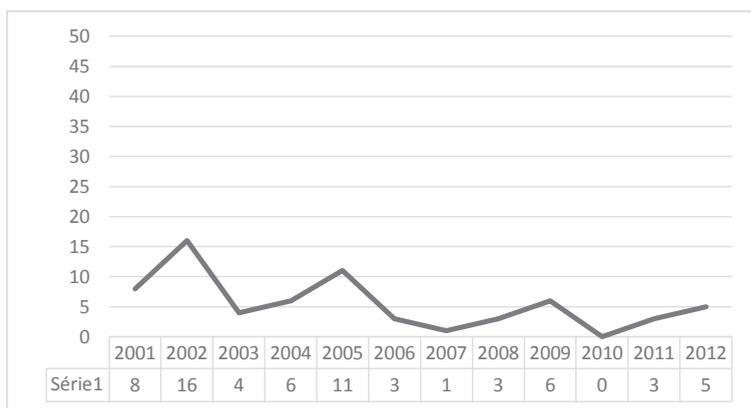


Gráfico 12 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Santa Terezinha.

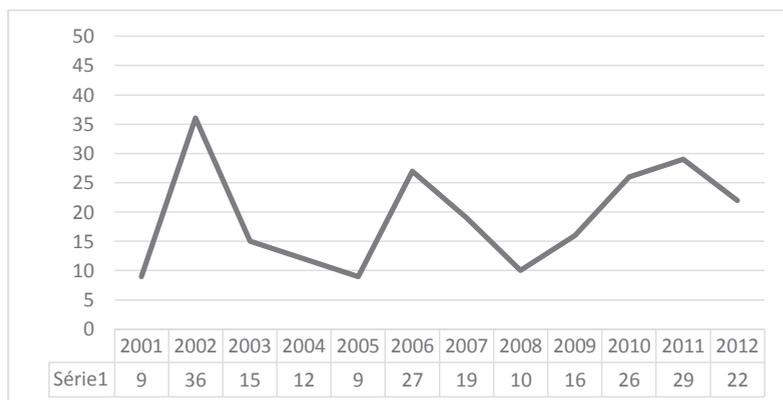


Gráfico 13 – Prevalencia de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Vila Rica.

Tasa de prevalencia por 10000 habitantes

La tasa de prevalencia es el número total de casos de lepra registrados para tratamiento al final del año informado dividido por el total de la población del área; usualmente se expresa esta tasa por 10.000 habitantes.

La tasa de prevalencia tiene una ventaja como indicador comparado con la prevalencia expresada en números absolutos: introduce la magnitud del tamaño de la población, lo cual permite la comparación de la magnitud del problema en diferentes áreas.

La OMS define la “eliminación” de lepra como el logro de una tasa de prevalencia por debajo de un caso por 10000 habitantes.

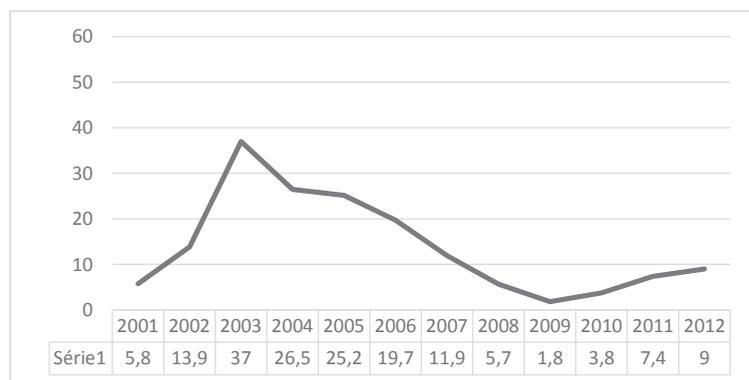


Gráfico 14 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Alto Boa Vista.

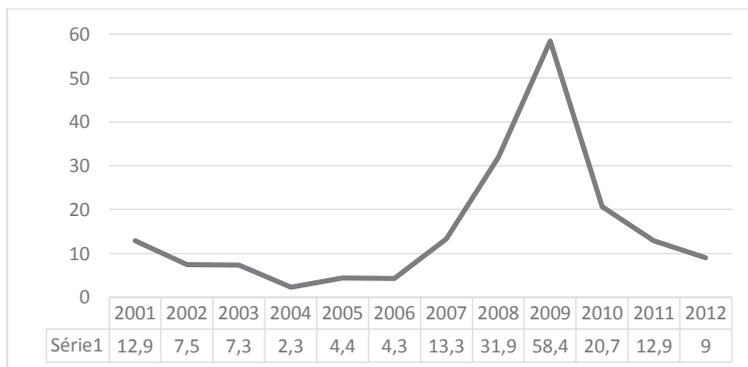


Gráfico 15 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

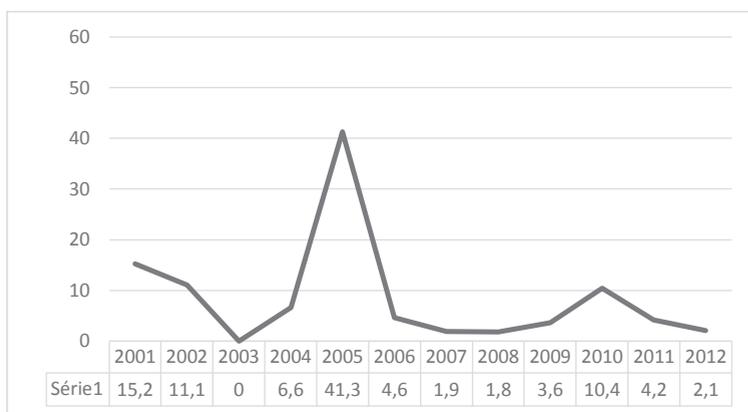


Gráfico 16 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Canabrava do Norte.

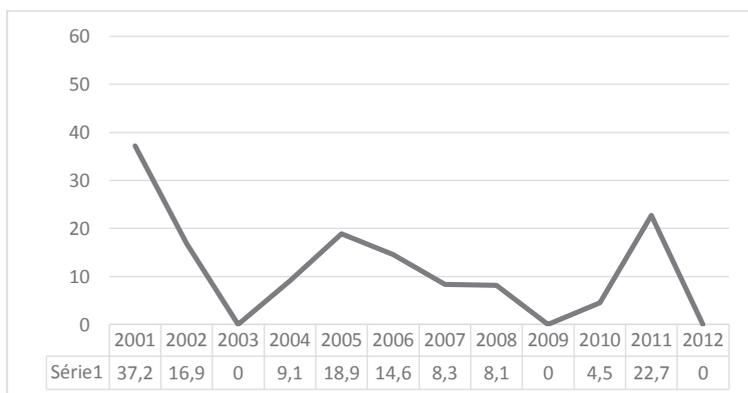


Gráfico 17 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Confresa.

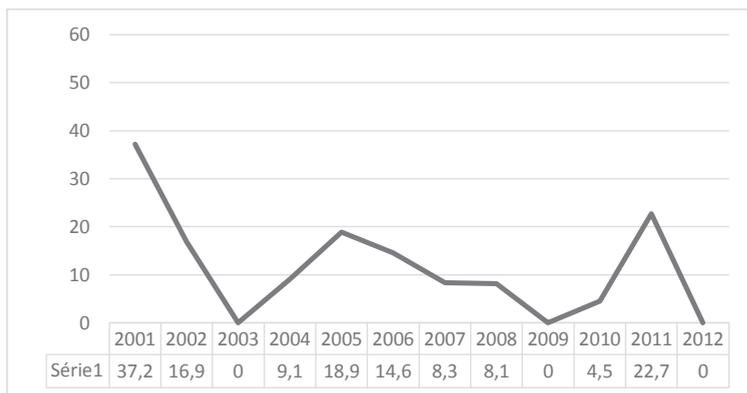


Gráfico 18 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Luciara.

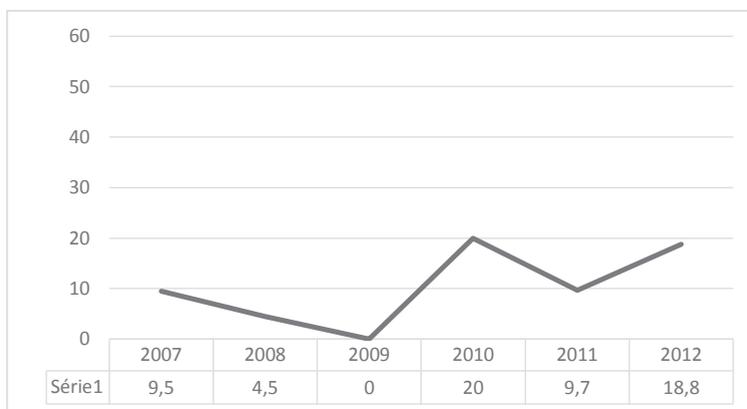


Gráfico 19 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Novo Santo Antonio.

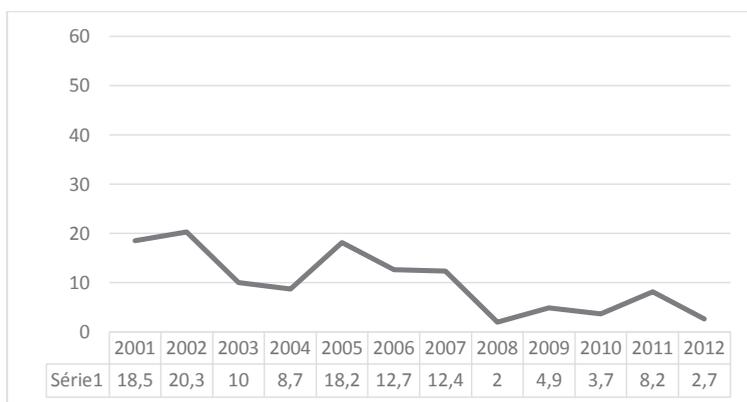


Gráfico 20 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Porto Alegre do Norte.

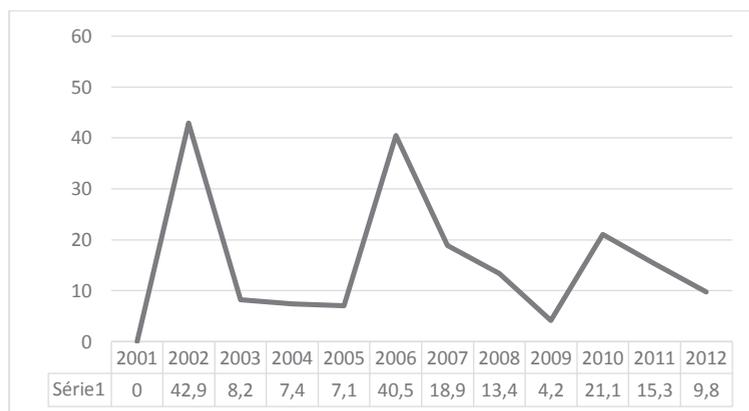


Gráfico 21 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Santa Cruz do Xingu.

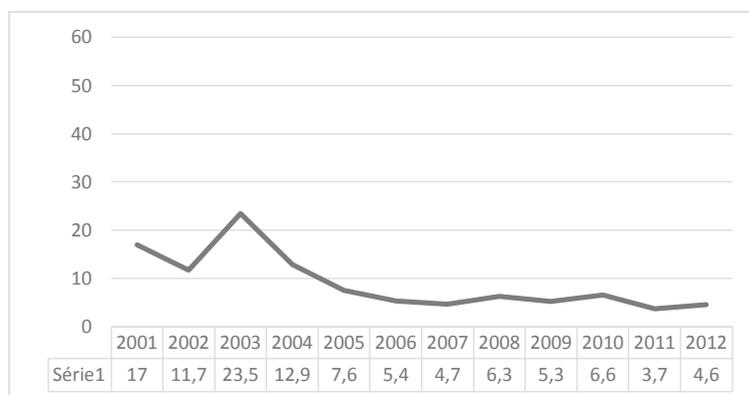


Gráfico 22 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de São Félix do Araguaia.

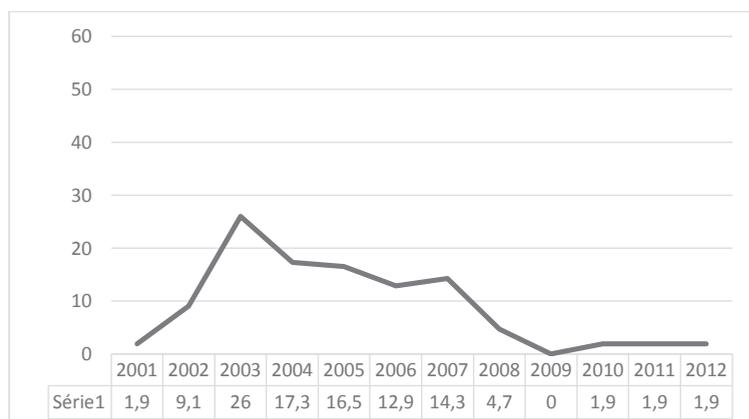


Gráfico 23 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de São José do Xingu.

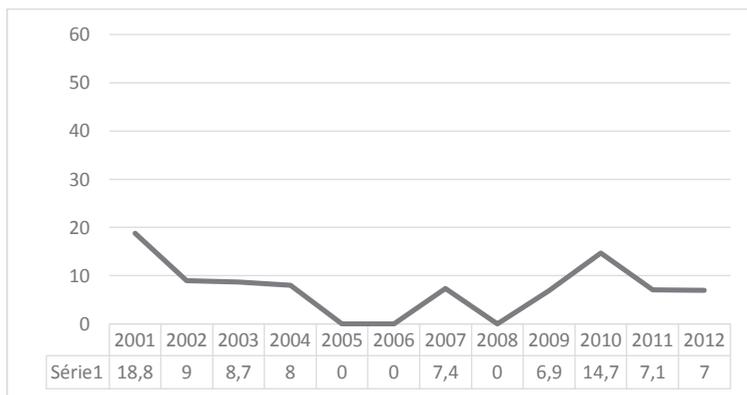


Gráfico 24 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Serra Nova Dourada.

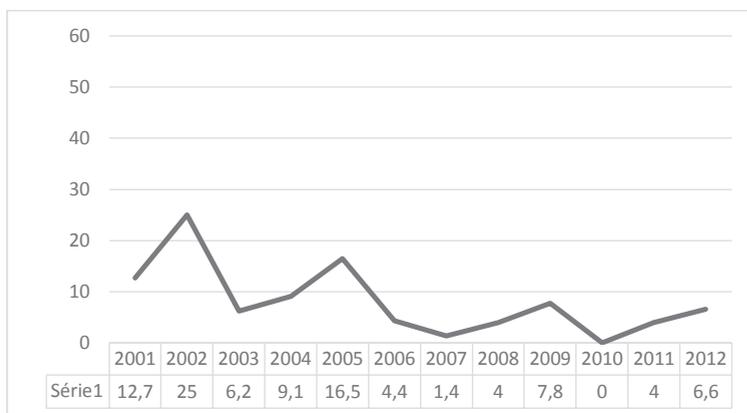


Gráfico 25 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Santa Terezinha.

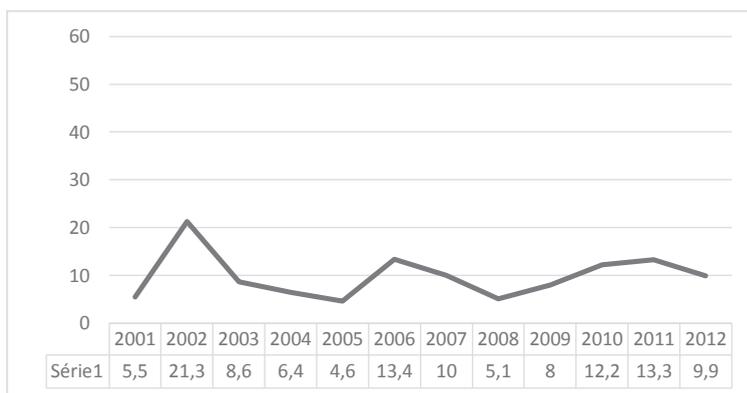


Gráfico 26 – Tasa de Prevalencia por 10000 habitantes de lepra al final de cada año de evaluación en el municipio de Vila Rica.

Número total de casos nuevos de lepra detectados durante el año informado

La detección de casos es el número total de nuevos casos de lepra detectados durante el año reportado.

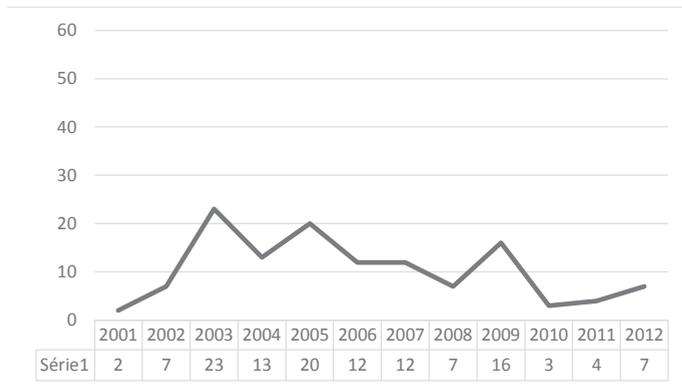


Gráfico 27 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Alto Boa Vista.

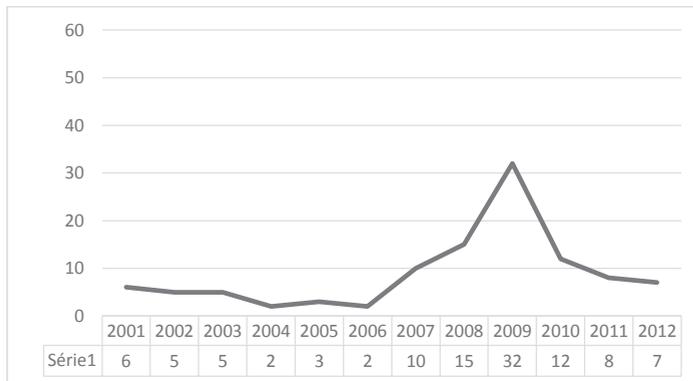


Gráfico 28 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

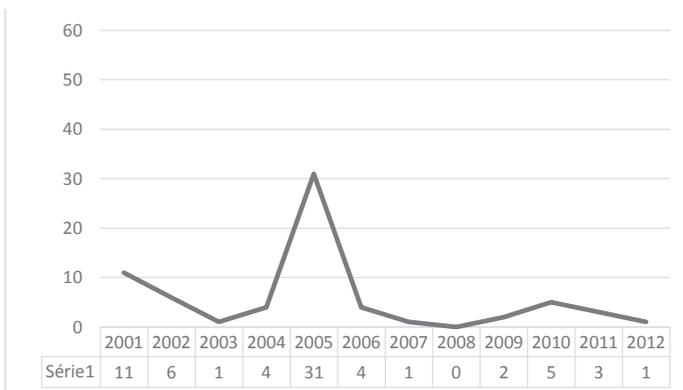


Gráfico 29 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Canabrava do Norte.



Gráfico 30 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Confresa.

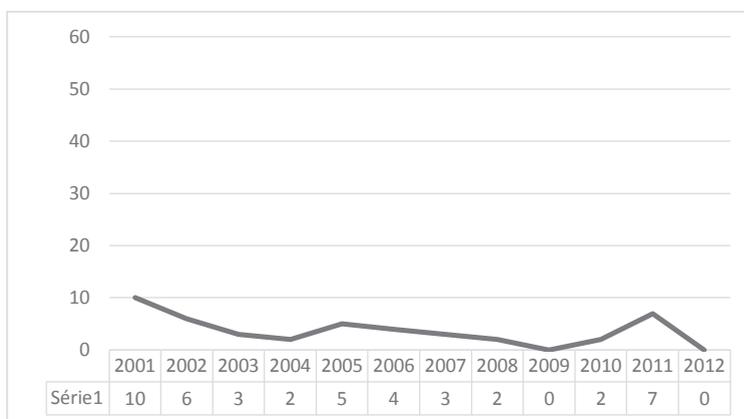


Gráfico 31 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Luciara.

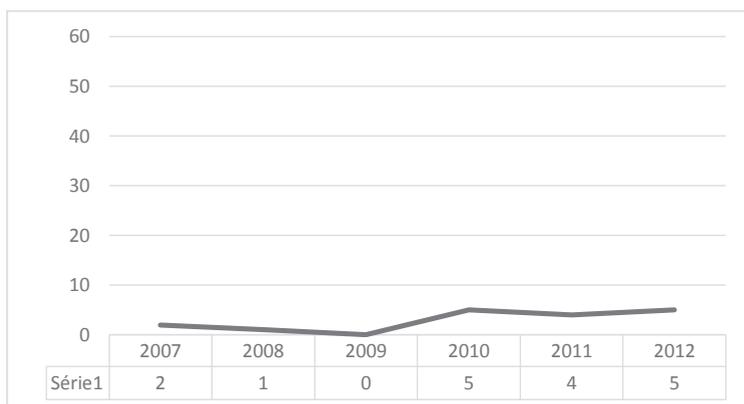


Gráfico 32 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Novo Santo Antonio.

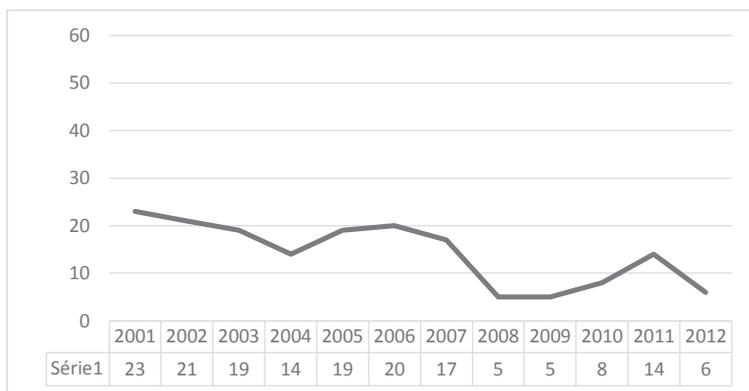


Gráfico 33 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Porto Alegre do Norte.

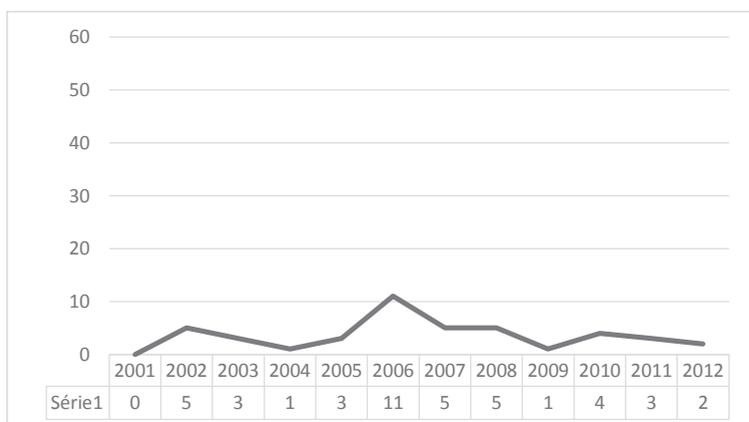


Gráfico 34 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Santa Cruz do Xingu.

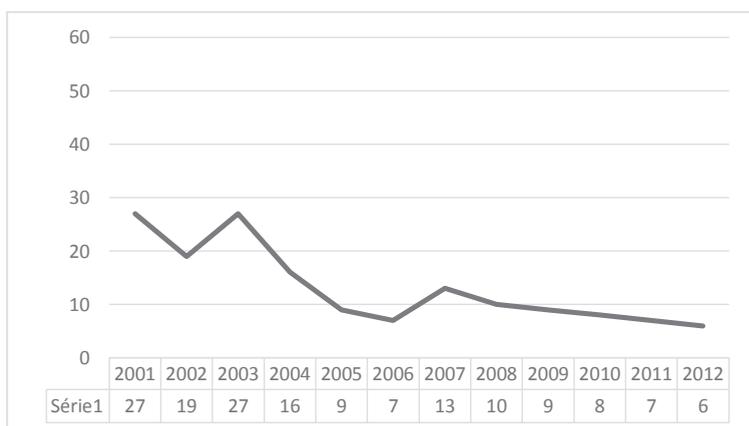


Gráfico 35 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de São Félix do Araguaia.

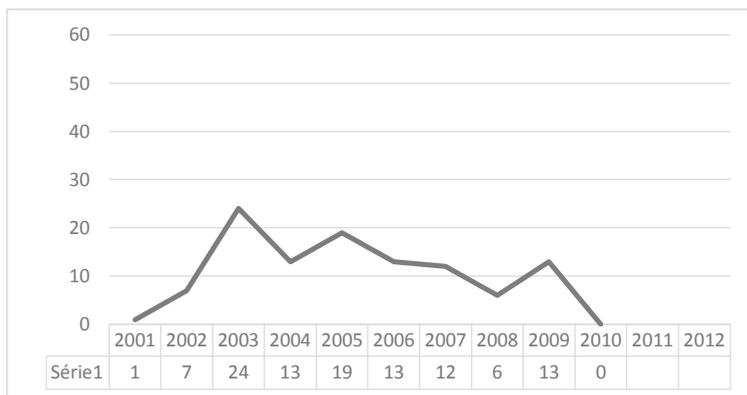


Gráfico 36 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de São José do Xingu.

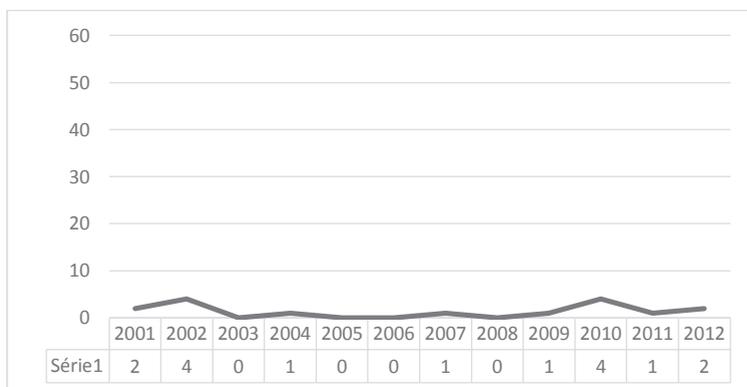


Gráfico 37 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Serra Nova Dourada.

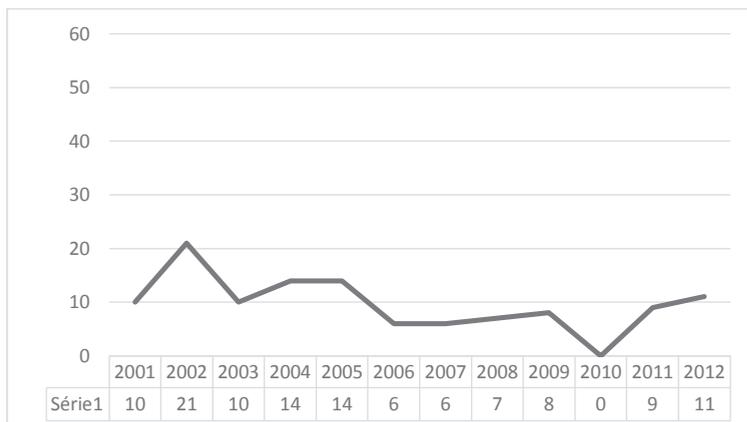


Gráfico 38 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Santa Terezinha.

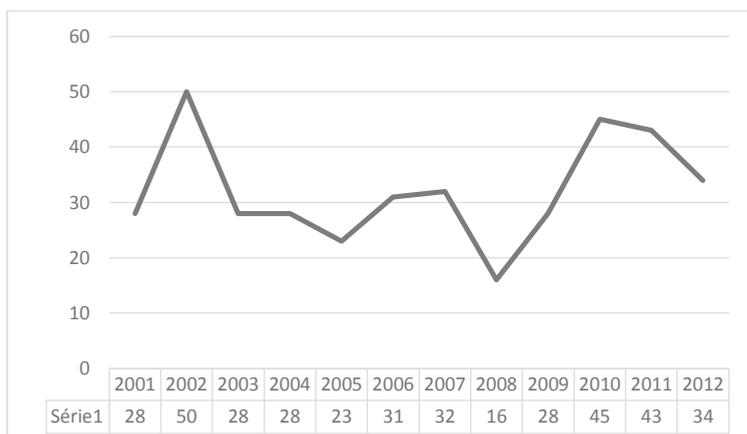


Gráfico 39 – Número de casos de lepra detectados en cada año de evaluación en el municipio de Vila Rica.

Proporción de casos de lepra multibacilar

La proporción de casos de lepra multibacilar es el porcentaje de casos de lepra multibacilar dentro del número total de nuevos casos de lepra detectados durante el año reportado.

Este indicador es relevante puesto que las personas con lepra multibacilar son más propensas a ser responsables por la transmisión de lepra.

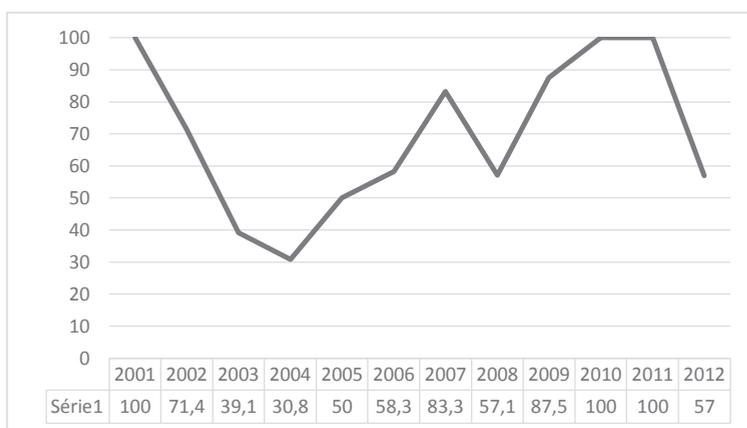


Gráfico 40 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Alto Boa Vista.

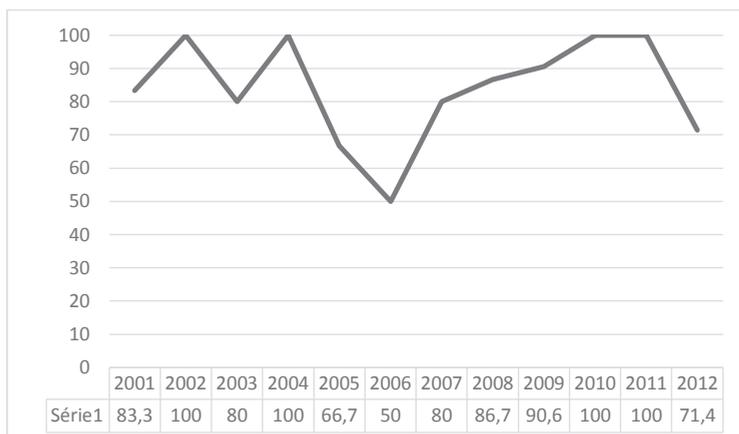


Gráfico 41 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

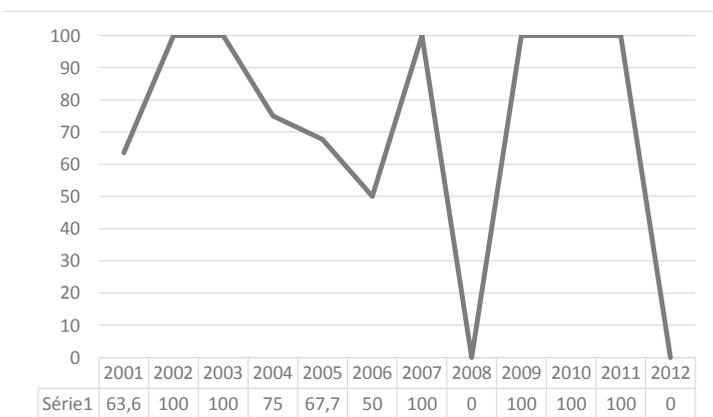


Gráfico 42 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Canabrava do Norte. (En 2008, el denominador es 0.)

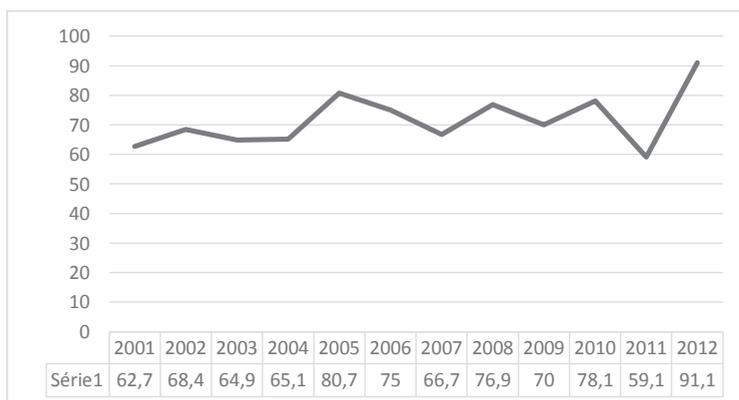


Gráfico 43 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Confresa.

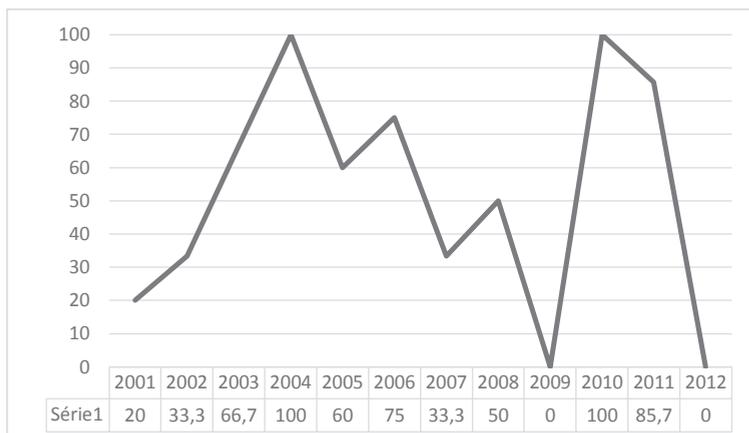


Gráfico 44 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Lucíara. (En 2009 y 2012, el denominador es 0.)

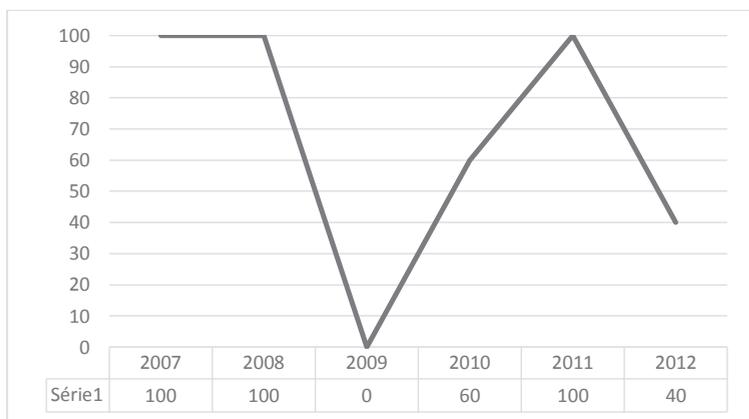


Gráfico 45 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Novo Santo Antonio. (En 2009, el denominador es 0.)

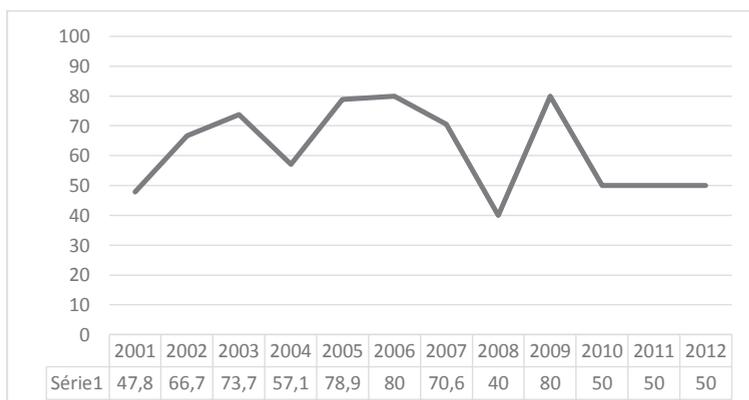


Gráfico 46 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Porto Alegre do Norte.

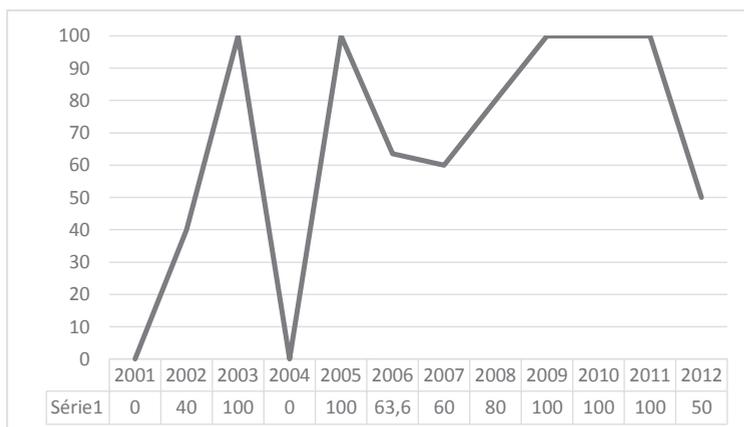


Gráfico 47 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Santa Cruz do Xingu. (En 2001, el denominador es 0.)

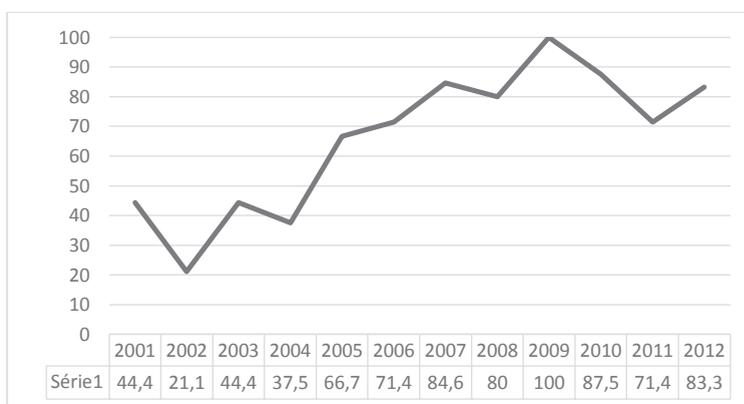


Gráfico 48 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de São Félix do Araguaia.

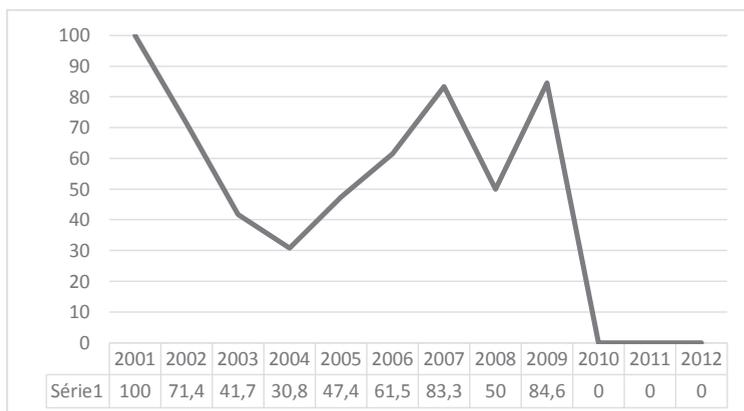


Gráfico 49 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de São José do Xingu. (En 2010, 2011 y 2012, el denominador es 0.)

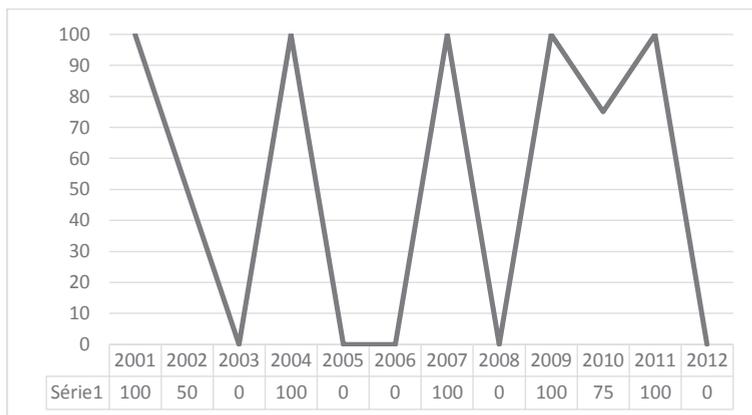


Gráfico 50 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Serra Nova Dourada. (En 2003, 2005, 2006 y 2008, el denominador es 0.)

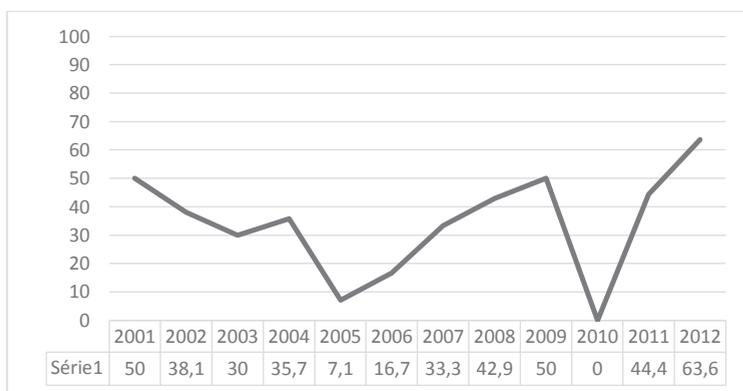


Gráfico 51 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Santa Terezinha. (En 2010, el denominador es 0.)

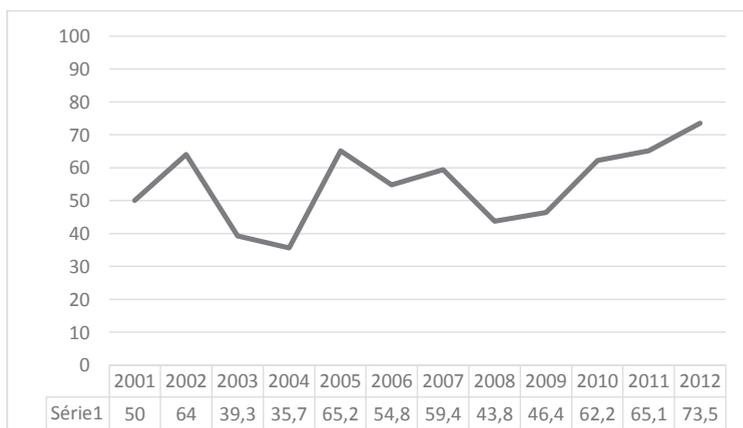


Gráfico 52 – Proporción de casos de lepra multibacilar en cada año de evaluación en el municipio de Vila Rica.

Tasa de detección de casos por 10.000 habitantes

La tasa de detección de casos es el número total de nuevos casos detectados durante el año informado, dividido por el total de la población del área, por 10.000 habitantes.

El mejor indicador de la transmisión de lepra puede ser indudablemente la tasa de incidencia: sin embargo, su cálculo requiere que el total de la población sea examinado a intervalos regulares. En alternativa, podemos tomar la detección de casos como un indicador próximo de la incidencia.

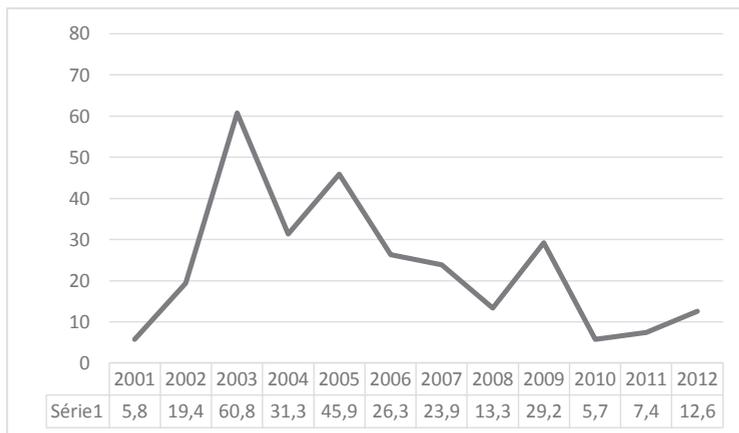


Gráfico 53 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Alto Boa Vista.

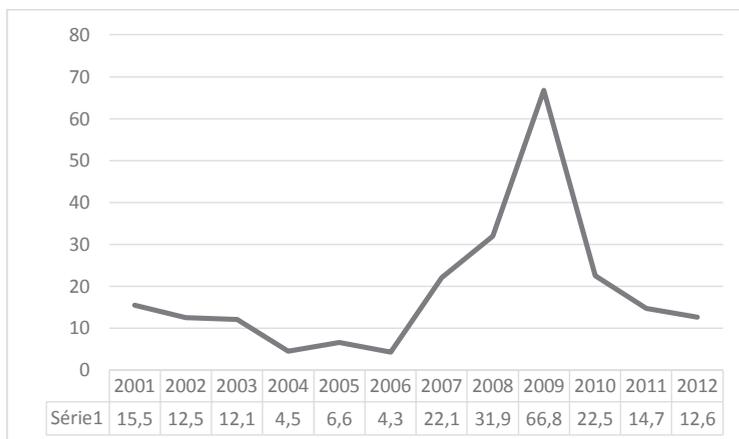


Gráfico 54 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

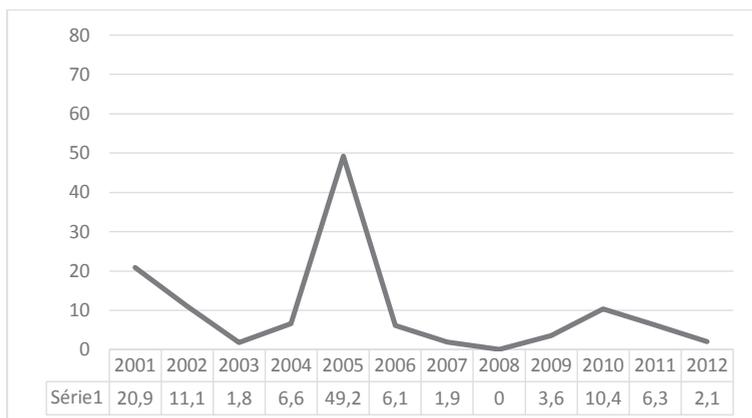


Gráfico 55 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Canabrava do Norte.

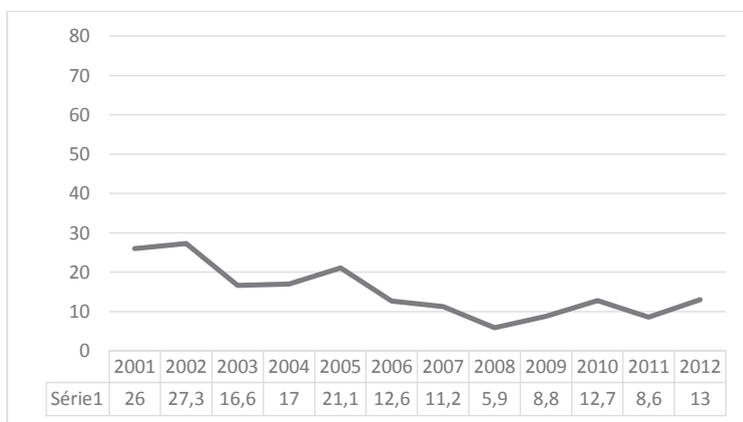


Gráfico 56 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Confresa.

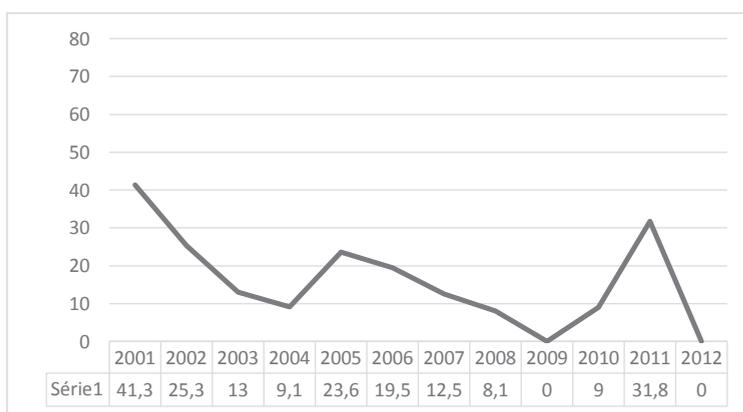


Gráfico 57 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Luciara.

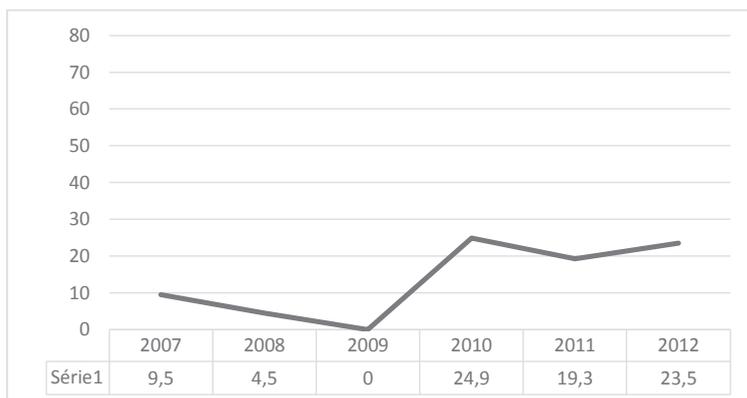


Gráfico 58 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Novo Santo Antonio.

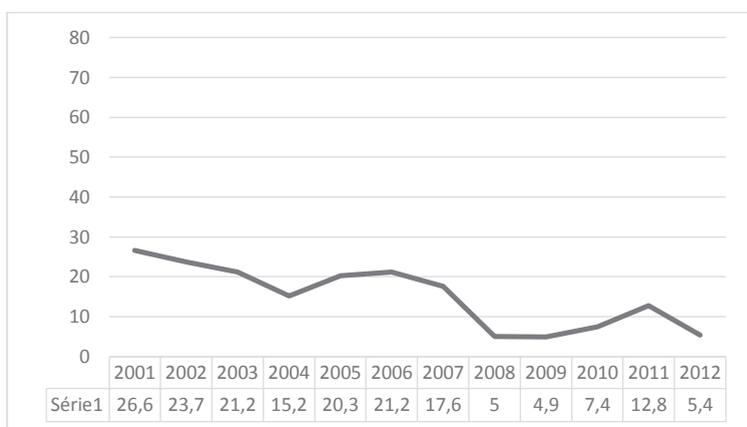


Gráfico 59 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Porto Alegre do Norte.

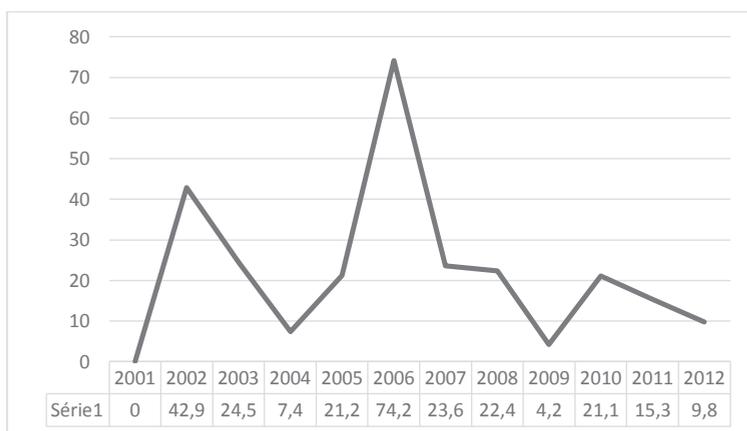


Gráfico 60 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Santa Cruz do Xingu.

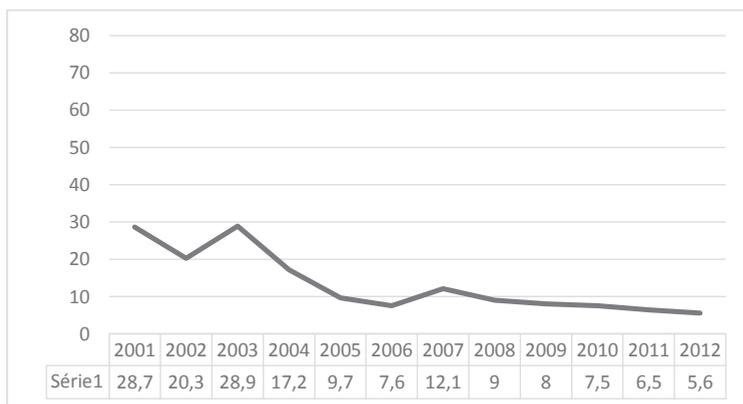


Gráfico 61 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de São Félix do Araguaia.

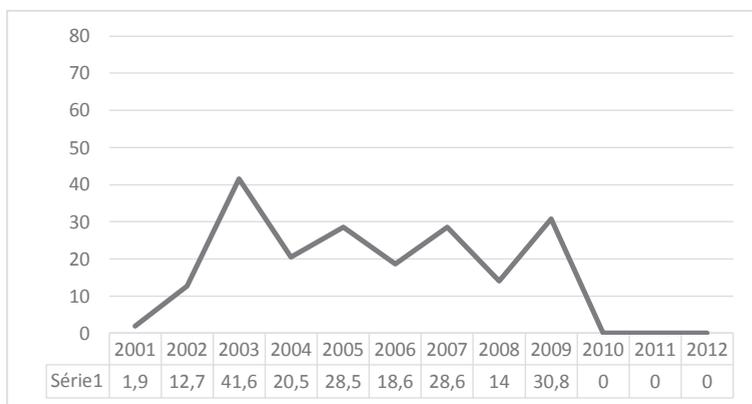


Gráfico 62 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de São José do Xingu.

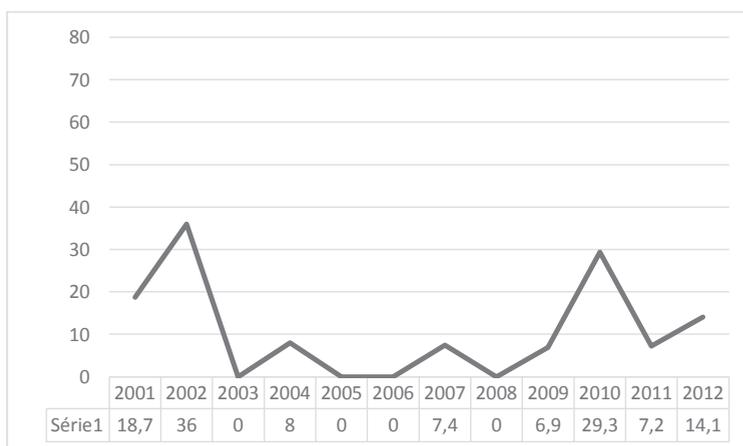


Gráfico 63 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Serra Nova Dourada.

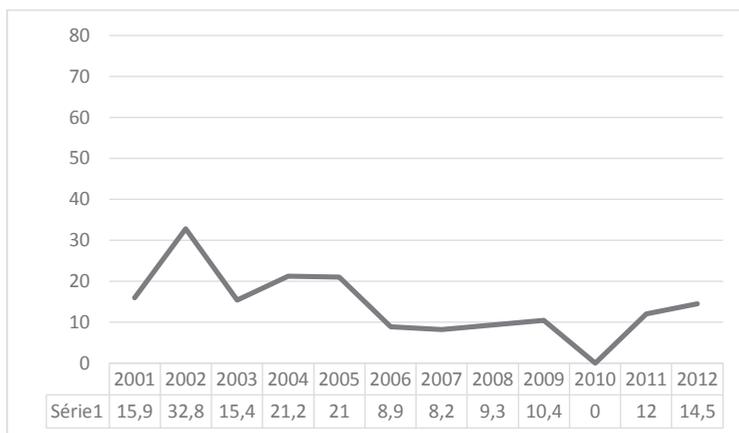


Gráfico 64 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Santa Terezinha.

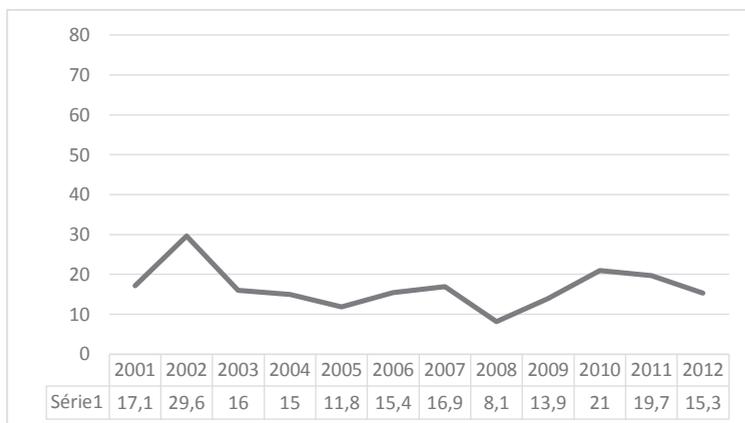


Gráfico 65 – Tasa de detección anual de casos por 10000 habitantes en el municipio de Vila Rica.
Proporción de niños

La proporción de niños es el porcentaje de niños dentro de los casos nuevos de lepra detectados durante el año informado.

Como los niños deben haber sido infectados recientemente, una alta proporción de niños puede ser un signo de transmisión activa y reciente de la enfermedad.

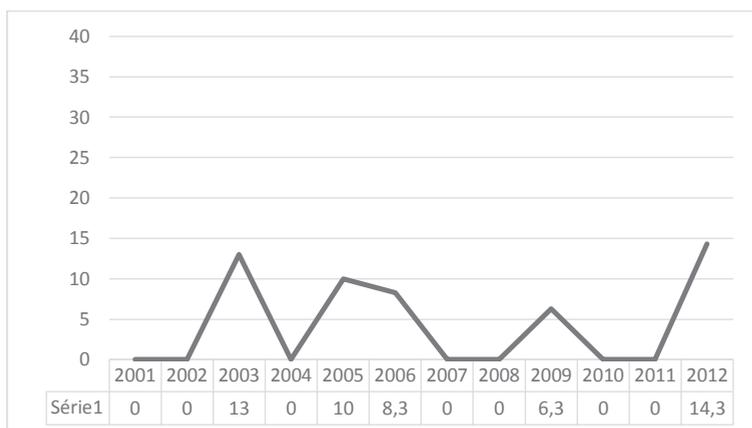


Gráfico 66 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Alto Boa Vista.

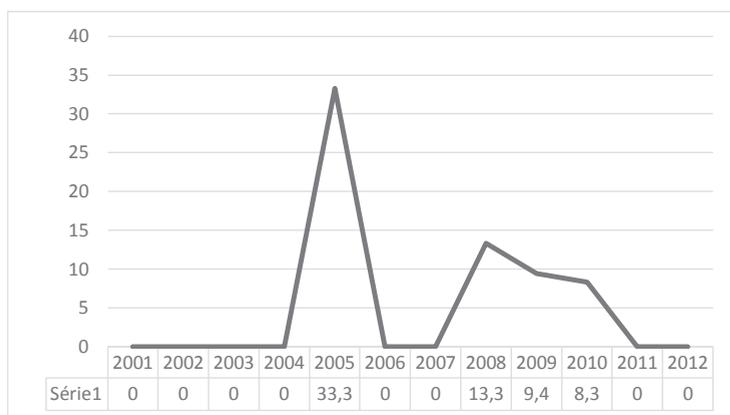


Gráfico 67 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

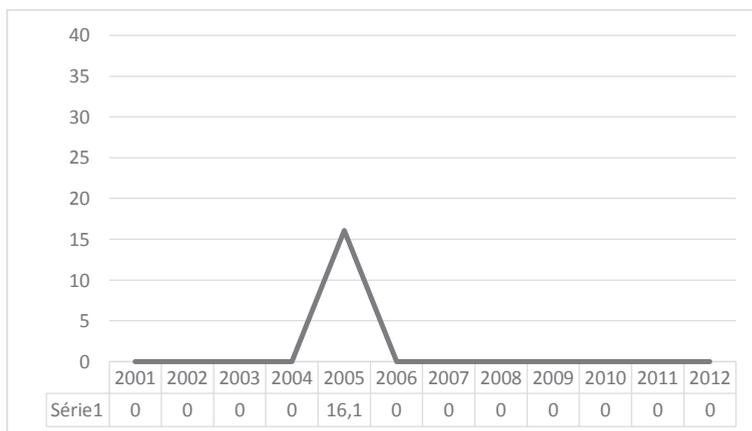


Gráfico 68 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Canabrava do Norte. (En 2008, el denominador es 0.)

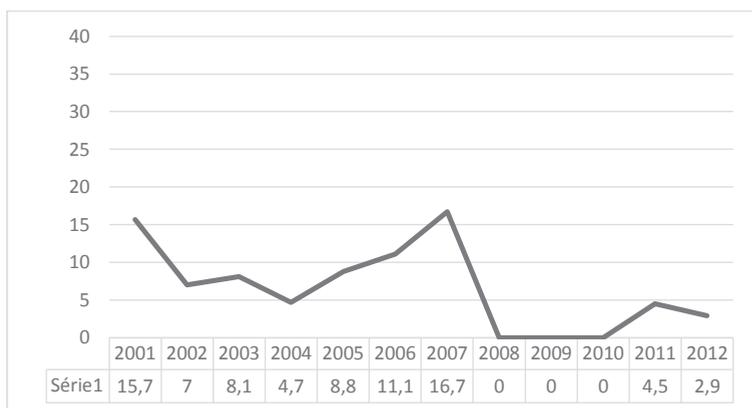


Gráfico 69 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Confresa.

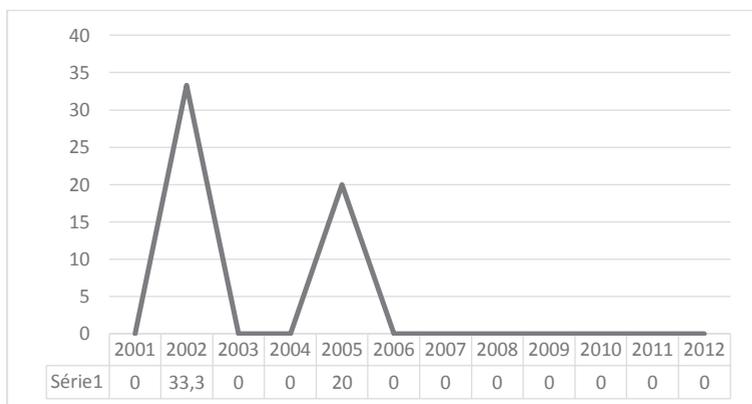


Gráfico 70 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Luciana. (En 2009 y 2012, el denominador es 0.)

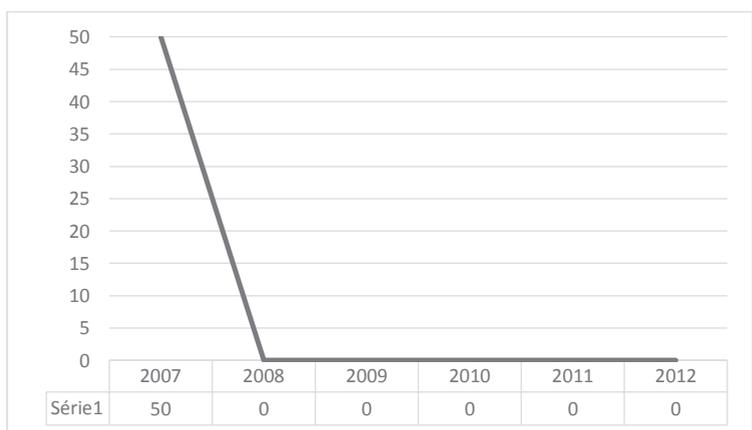


Gráfico 71 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Novo Santo Antonio. (En 2009, el denominador es 0.)

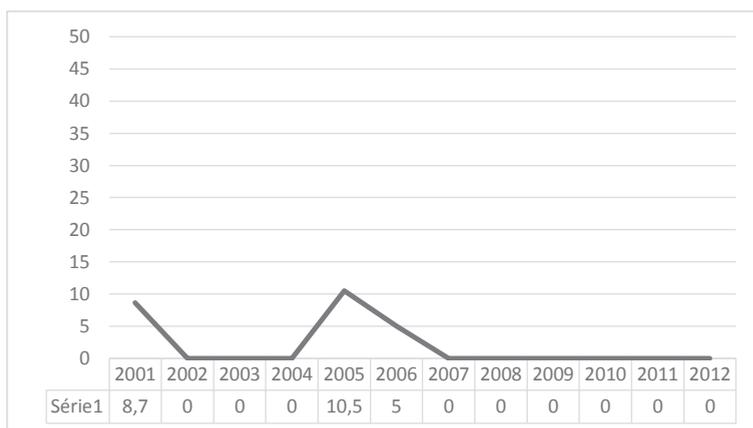


Gráfico 72 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Porto Alegre do Norte.

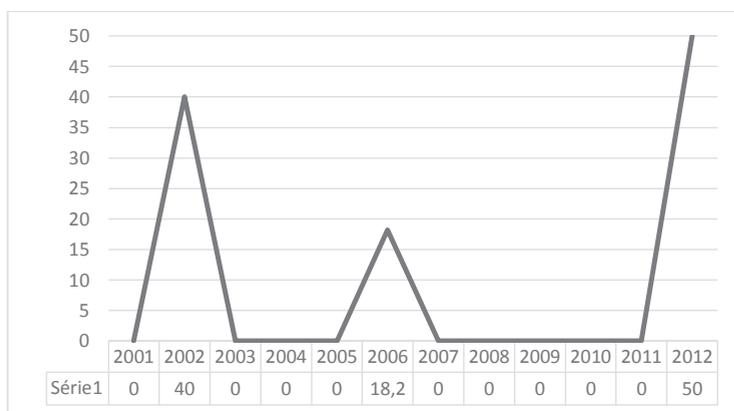


Gráfico 73 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Santa Cruz do Xingu. (En 2001, el denominador es 0.)

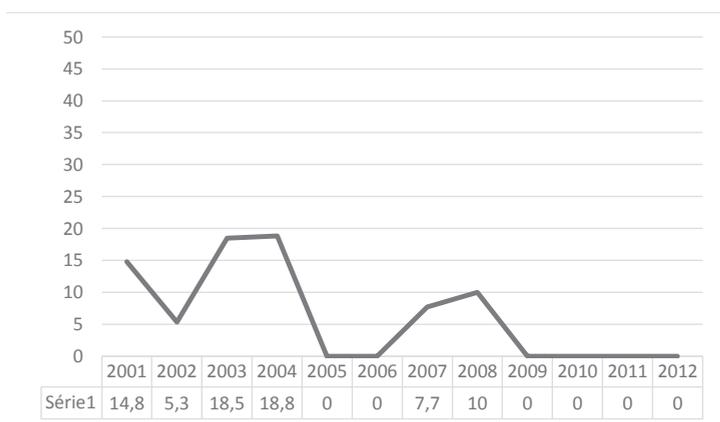


Gráfico 74 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de São Félix do Araguaia.

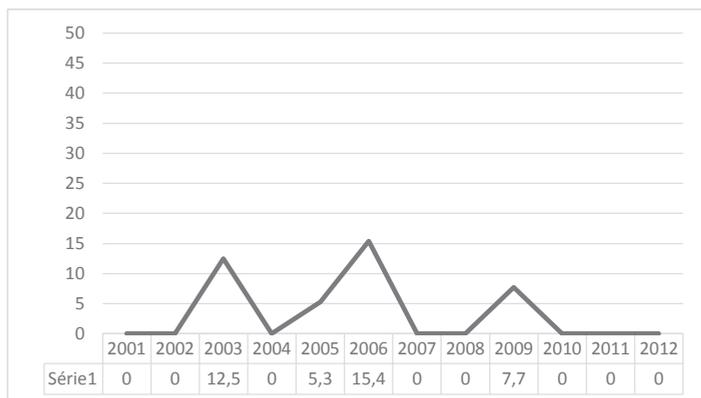


Gráfico 75 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de São José do Xingu. (En 2010, 2011 y 2012, el denominador es 0.)

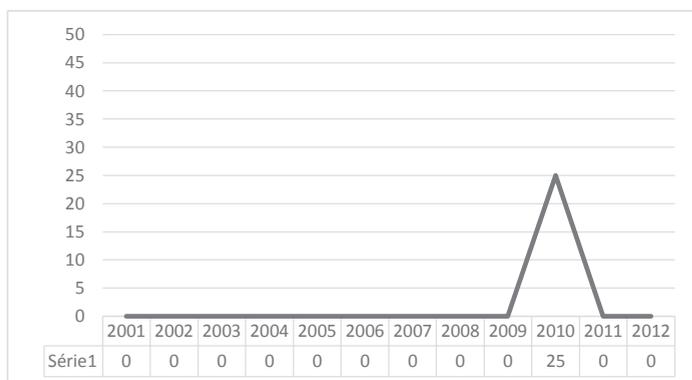


Gráfico 76 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Serra Nova Dourada. (En 2003, 2005, 2006 y 2008, el denominador es 0.)

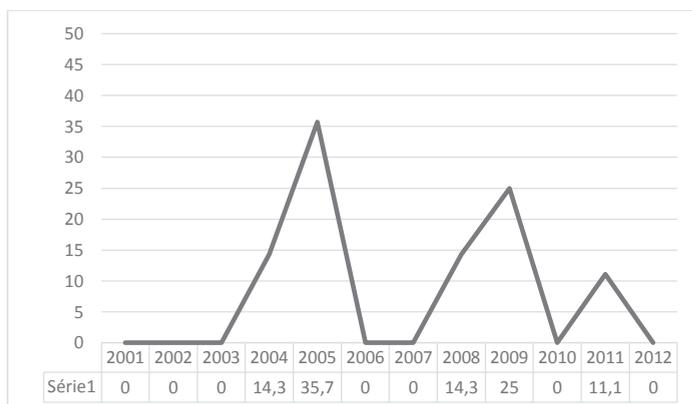


Gráfico 77 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Santa Terezinha. (En 2010, el denominador es 0.)

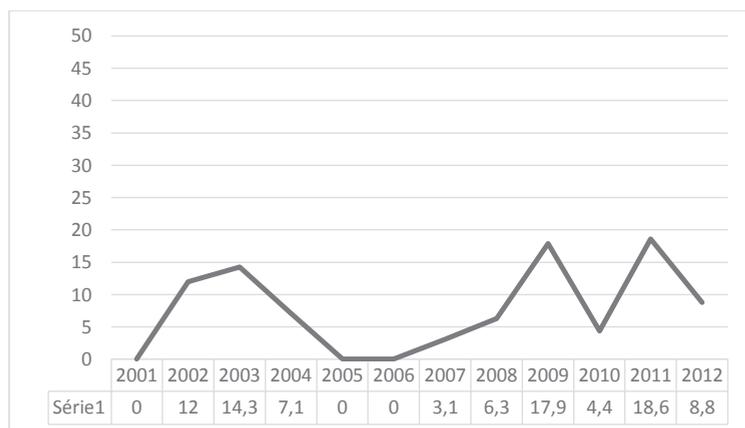


Gráfico 78 – Proporción de niños en los casos detectados anualmente en el municipio de Vila Rica.

Porcentaje de casos nuevos que tuvieron evaluación de discapacidades

Este indicador corresponde al porcentaje de personas con lepra que han sido evaluadas respecto a la presencia de discapacidad, de acuerdo a los grados establecidos en la escala de la OMS (0, 1, 2) en el momento del diagnóstico dentro de los nuevos casos de lepra detectados durante el año informado.

En vista de la importancia de la prevención de discapacidades para las personas con lepra, es una parte esencial para la estrategia de ILEP proveer evaluación de discapacidades para todas las personas identificadas como teniendo la enfermedad.

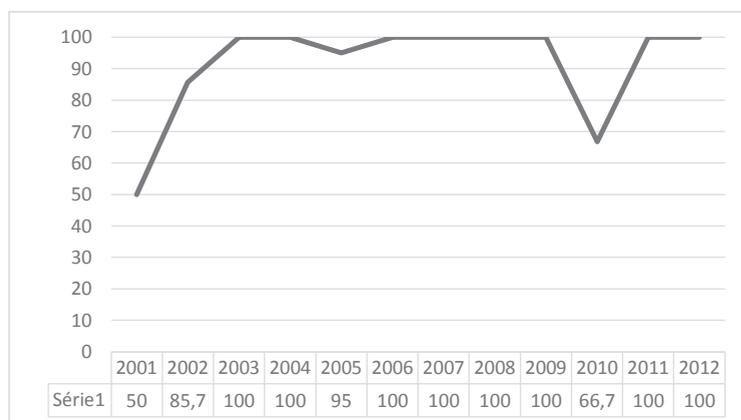


Gráfico 79 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Alto Boa Vista.

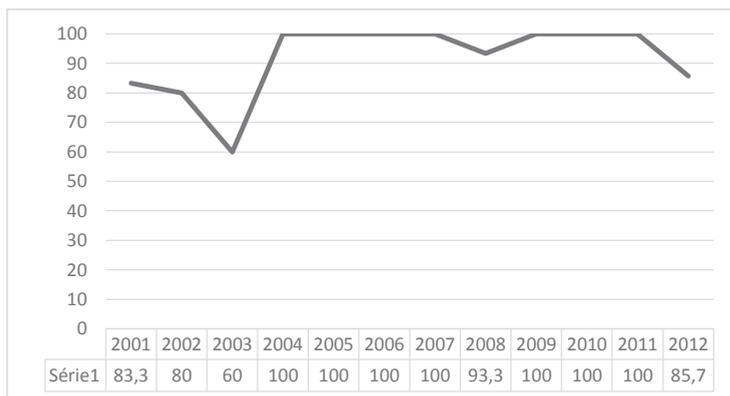


Gráfico 80 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

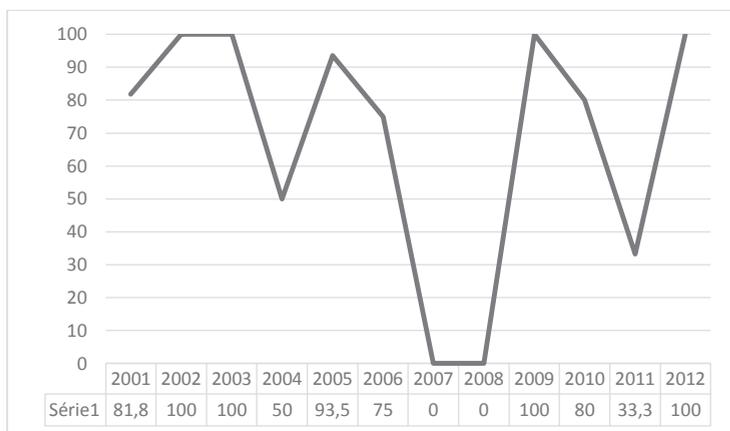


Gráfico 81 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Canabrava do Norte. (En 2008, el denominador es 0.)

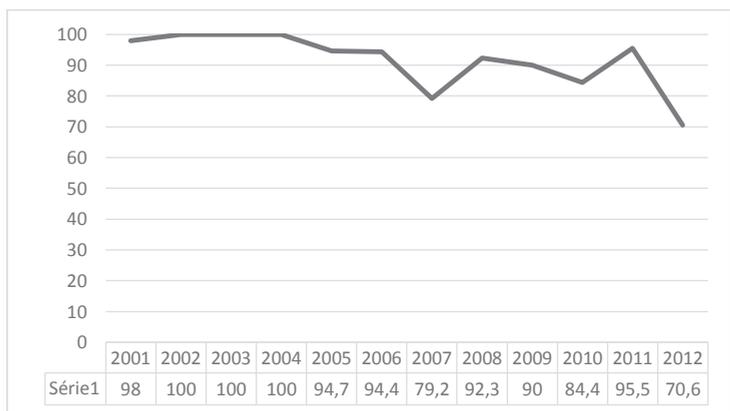


Gráfico 82 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Confresa.

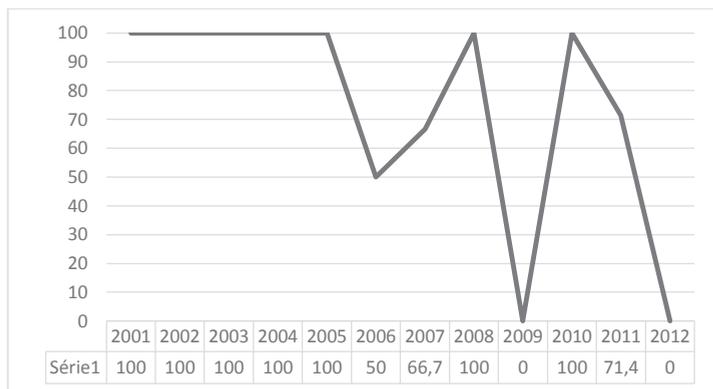


Gráfico 83 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Luciara. (En 2009 y 2012, el denominador es 0.)

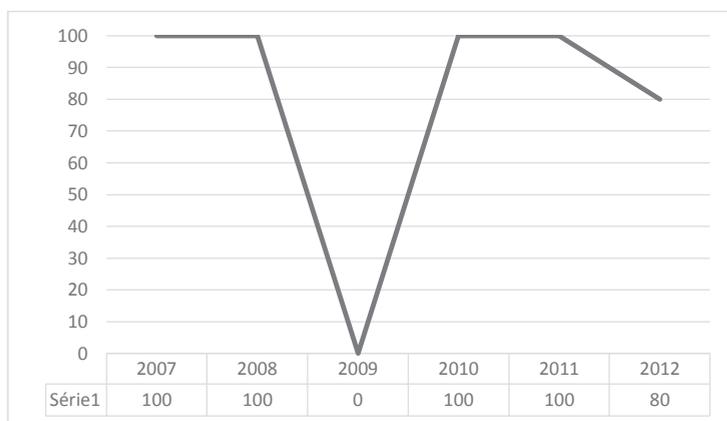


Gráfico 84 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Novo Santo Antonio. (En 2009, el denominador es 0.)

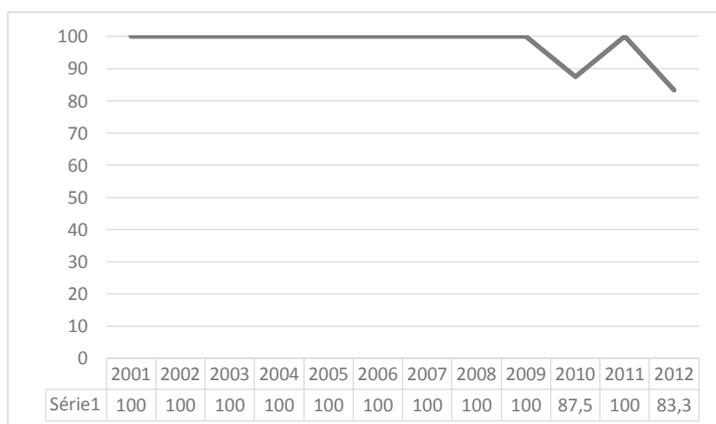


Gráfico 85 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Porto Alegre do Norte.

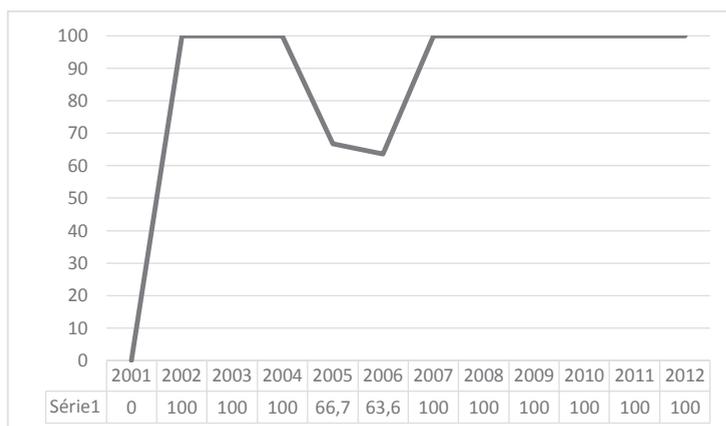


Gráfico 86 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Santa Cruz do Xingu. (En 2001, el denominador es 0.)

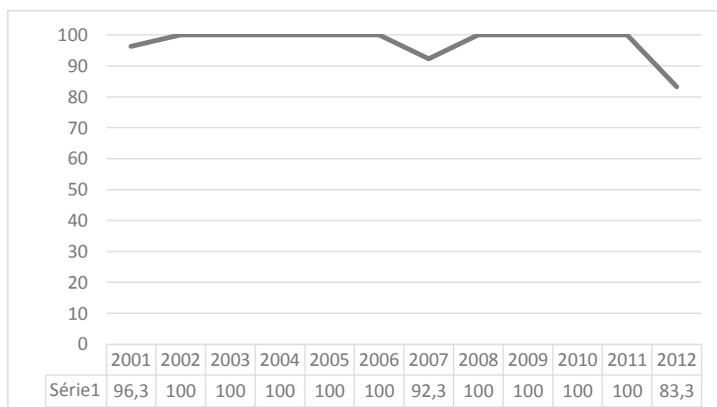


Gráfico 87 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de São Félix do Araguaia.

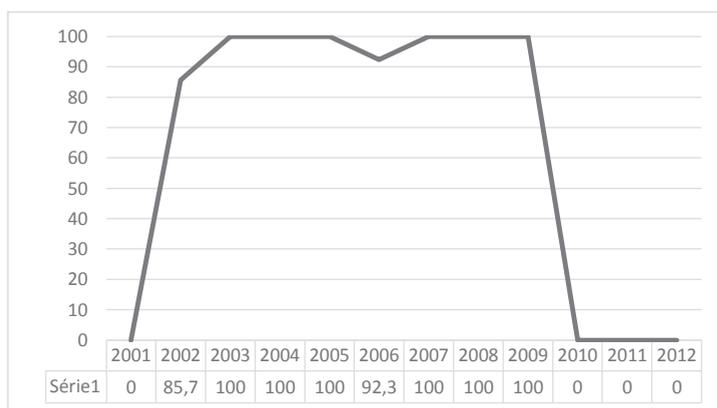


Gráfico 88 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de São José do Xingu. (En 2010, 2011 y 2012, el denominador es 0.)

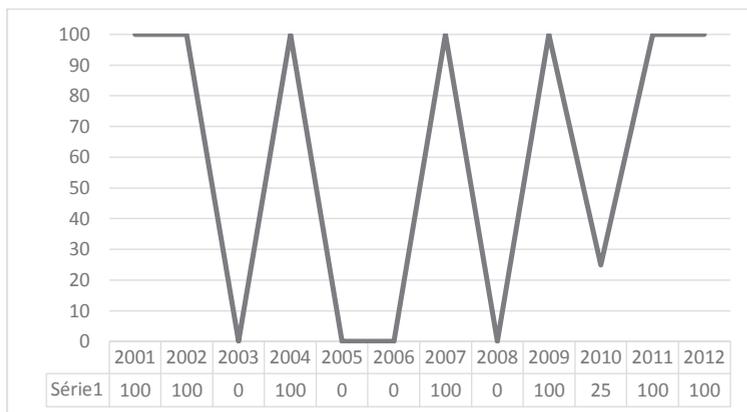


Gráfico 89 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Serra Nova Dourada. (En 2003, 2005, 2006 y 2008, el denominador es 0.)

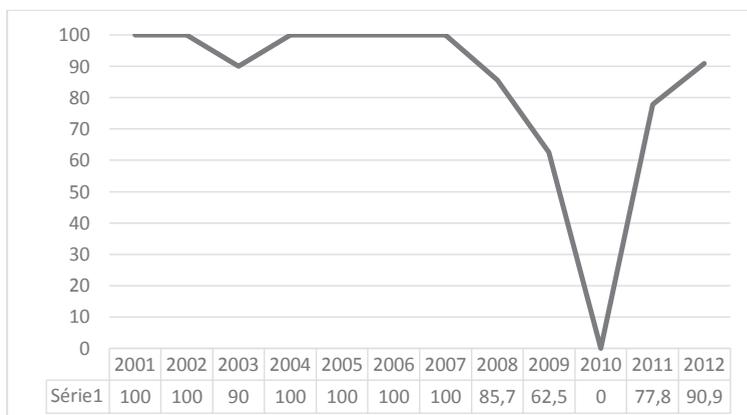


Gráfico 90 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Santa Terezinha. (En 2010, el denominador es 0.)

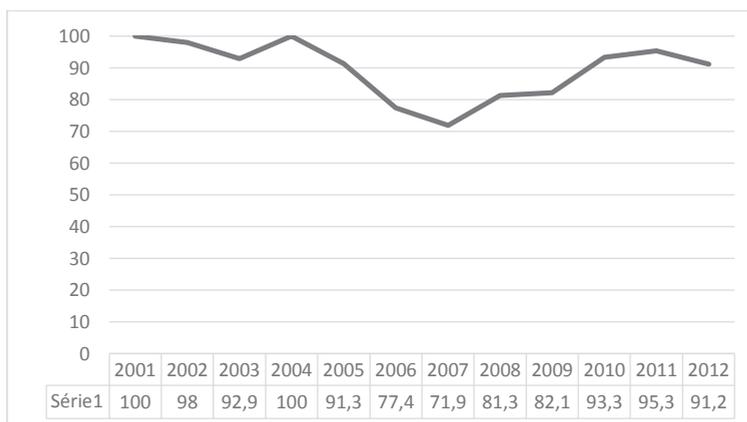


Gráfico 91 – Proporción de casos nuevos con evaluación de discapacidades en el municipio de Vila Rica.

Porcentaje de casos nuevos con grado 1 OMS de discapacidad

Este indicador se refiere al porcentaje de personas con discapacidad grado 1 OMS dentro de los casos nuevos de lepra detectados durante el año reportado y cuya evaluación de discapacidad ha sido realizada.

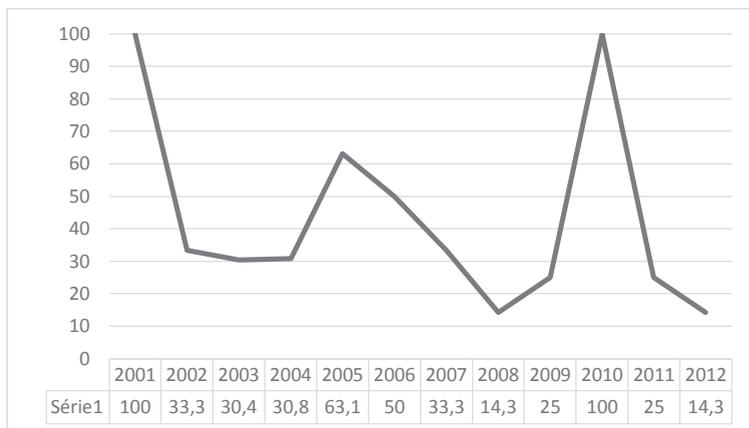


Gráfico 92 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Alto Boa Vista.

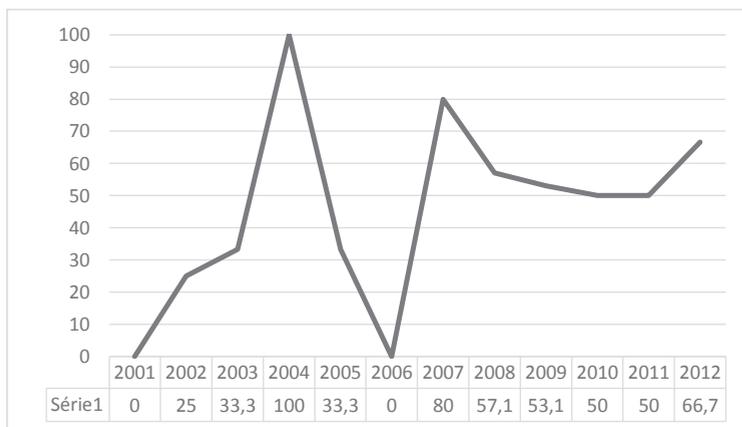


Gráfico 93 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

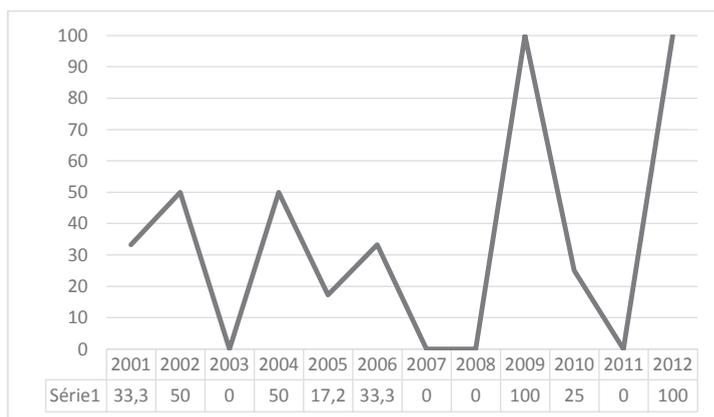


Gráfico 94 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Canabrava do Norte. (En 2007 y 2008, el denominador es 0.)

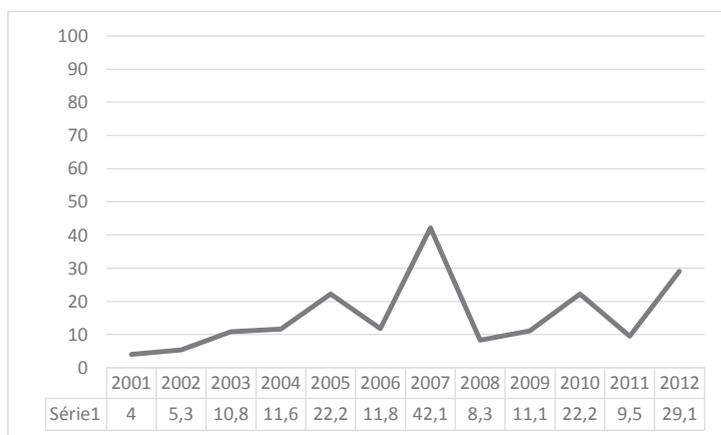


Gráfico 95 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Confresa.

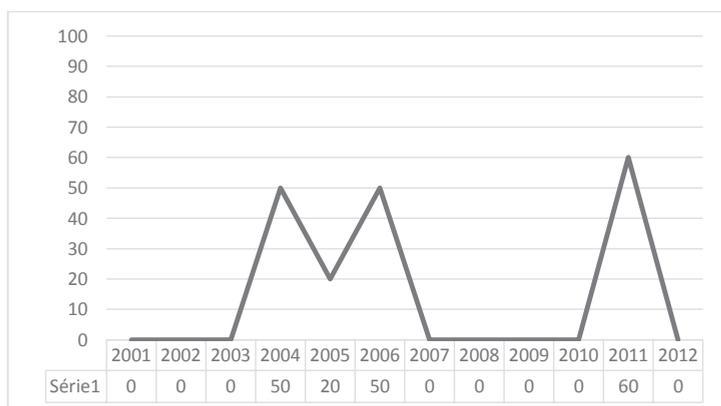


Gráfico 96 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Luciara. (En 2009 y 2012, el denominador es 0.)

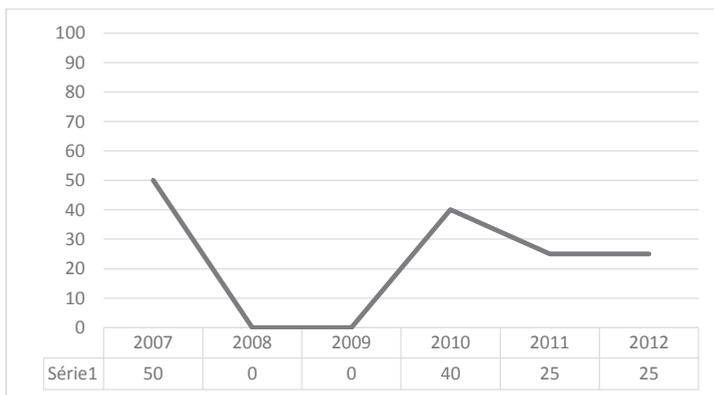


Gráfico 97 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Novo Santo Antonio. (En 2009, el denominador es 0.)

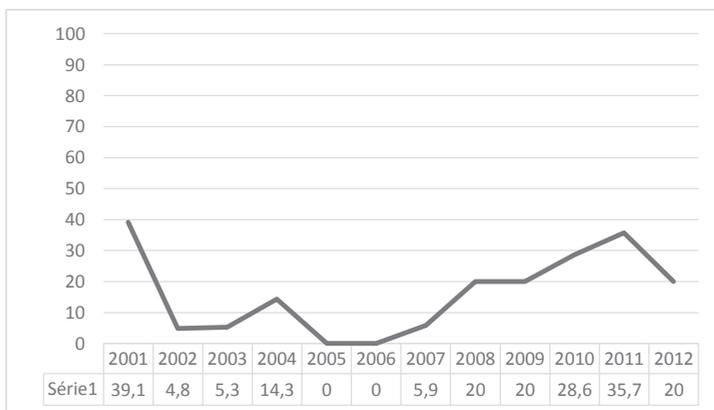


Gráfico 98 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Porto Alegre do Norte.

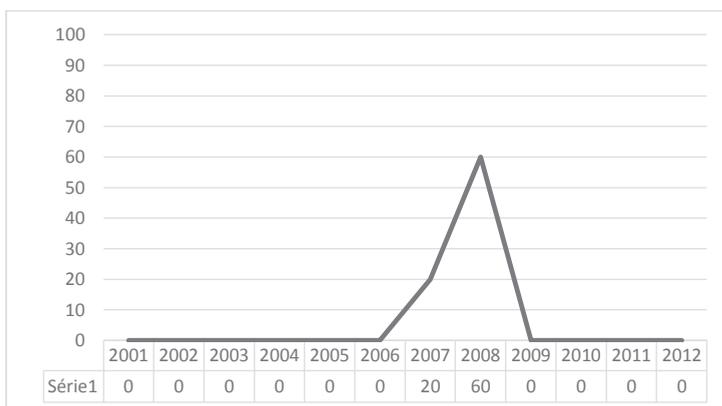


Gráfico 99 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Santa Cruz do Xingu. (En 2001, el denominador es 0.)

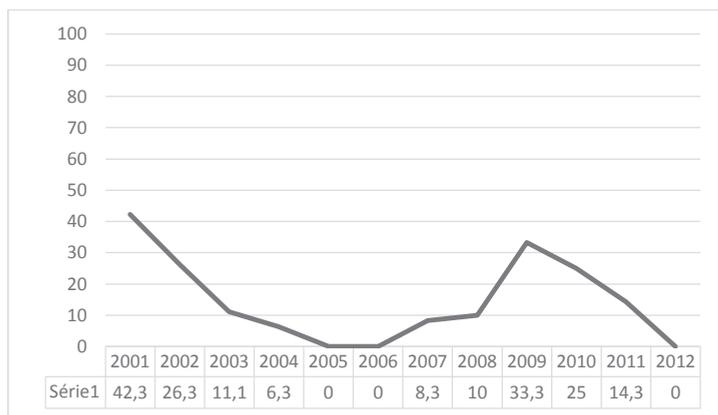


Gráfico 100 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de São Félix do Araguaia.

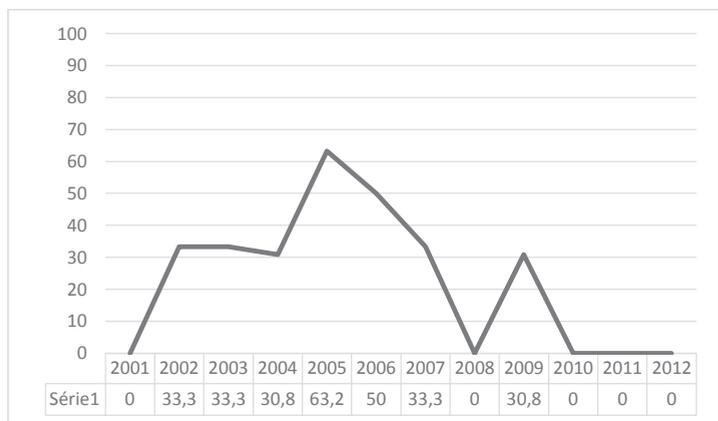


Gráfico 101 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de São José do Xingu. (En 2001, 2010, 2011 y 2012, el denominador es 0.)

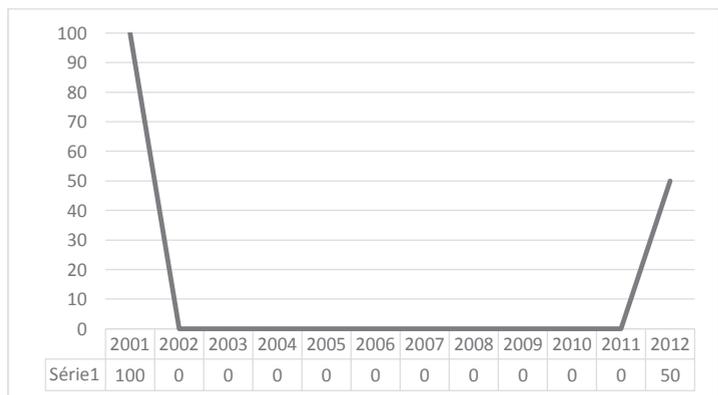


Gráfico 102 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Serra Nova Dourada. (En 2003, 2005, 2006 y 2008, el denominador es 0.)

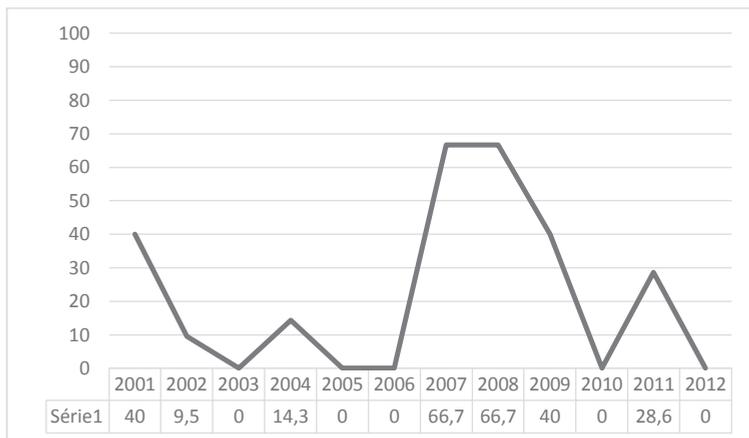


Gráfico 103 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Santa Terezinha. (En 2010, el denominador es 0.)

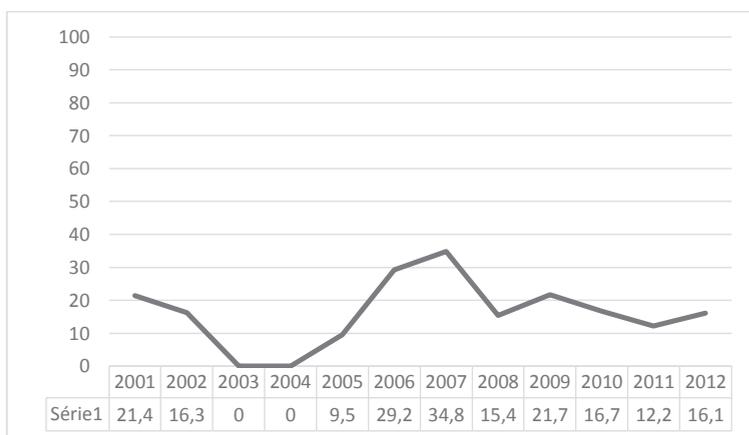


Gráfico 104 – Proporción de casos nuevos con grado 1 de discapacidad en el municipio de Vila Rica.

Porcentaje de casos nuevos con grado 2 OMS de discapacidad

Este indicador se refiere al porcentaje de personas con discapacidad grado 2 OMS dentro de los casos nuevos de lepra detectados durante el año reportado y cuya evaluación de discapacidad ha sido realizada.

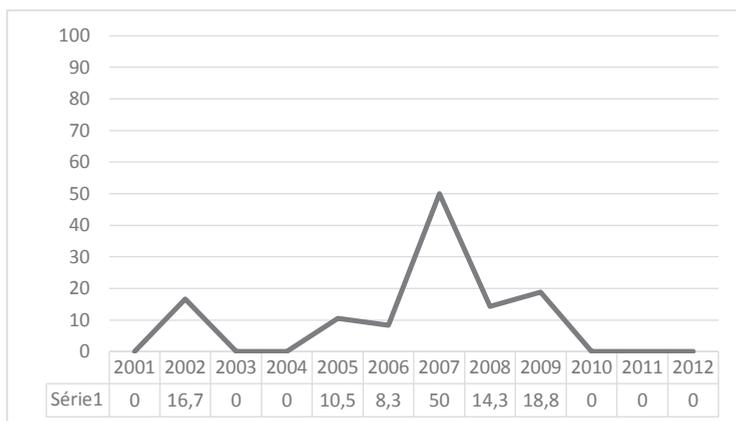


Gráfico 105 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Alto Boa Vista.

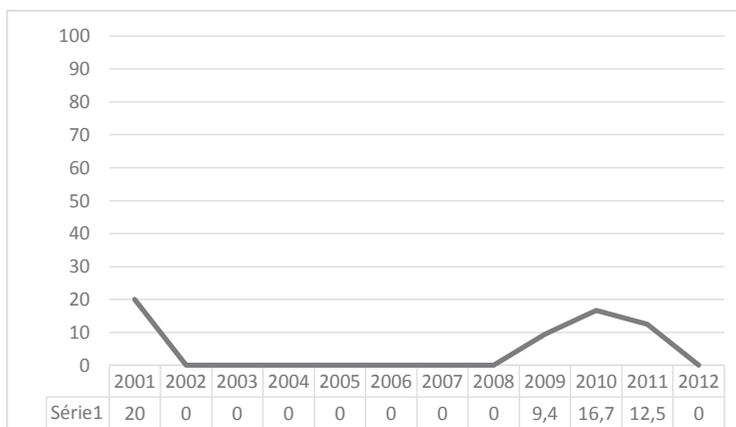


Gráfico 106 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

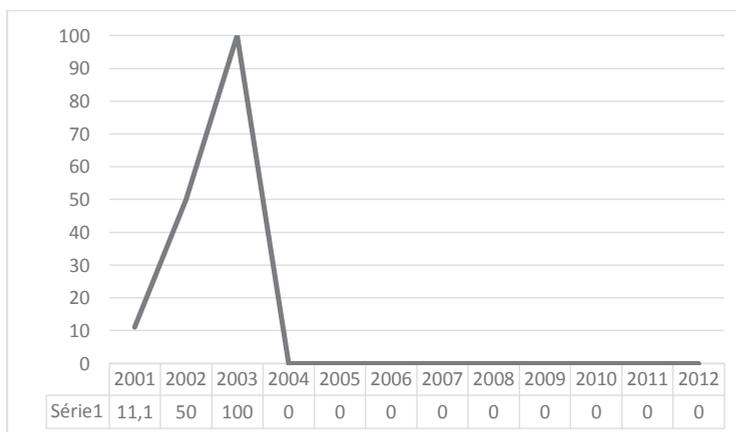


Gráfico 107 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Canabrava do Norte. (En 2007 y 2008, el denominador es 0.)

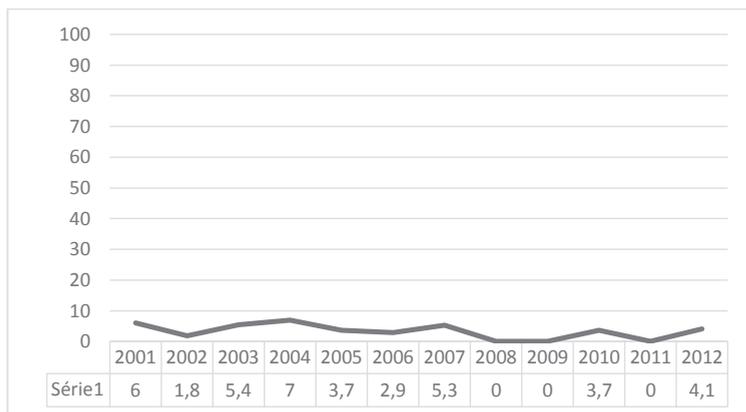


Gráfico 108 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Confresa.

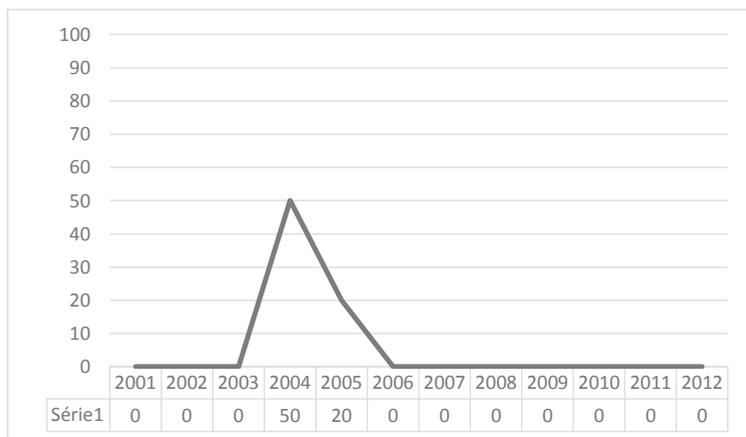


Gráfico 109 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Luciara. (En 2009 y 2012, el denominador es 0.)

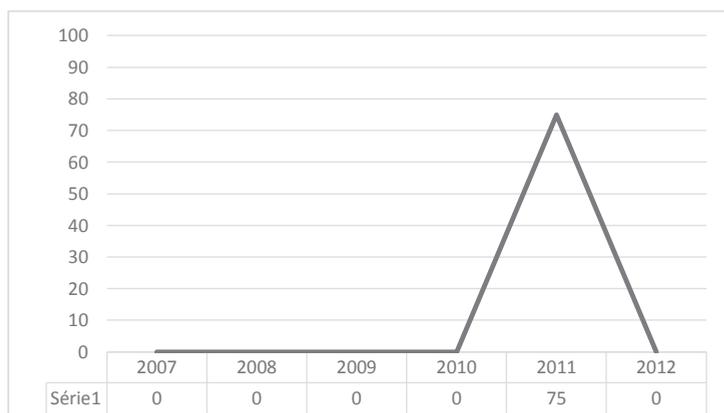


Gráfico 110 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Novo Santo Antonio. (En 2009, el denominador es 0.)

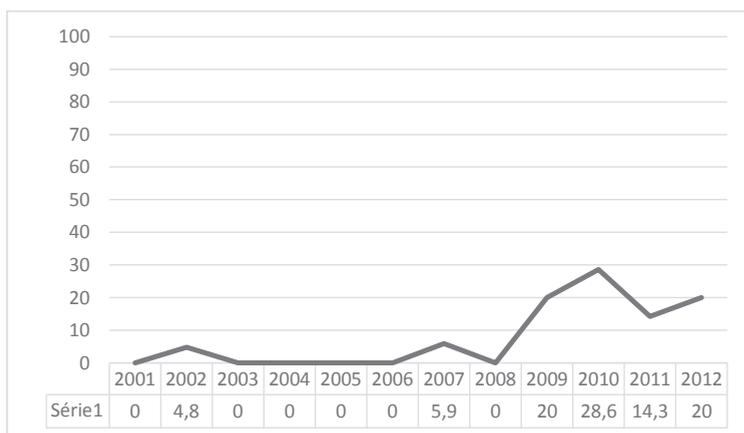


Gráfico 111 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Porto Alegre do Norte.

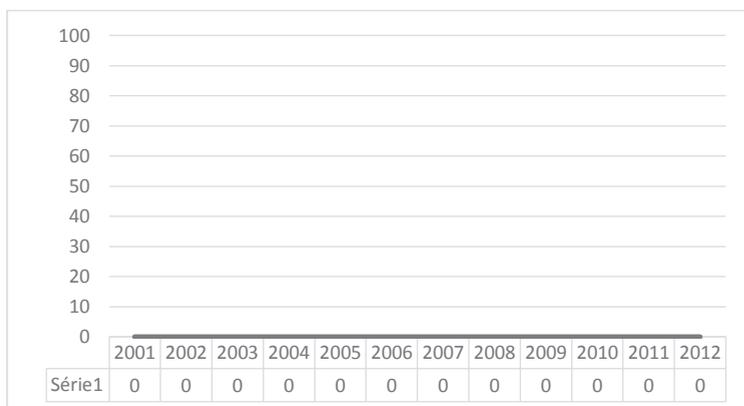


Gráfico 112 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Santa Cruz do Xingu. (En 2001, el denominador es 0.)

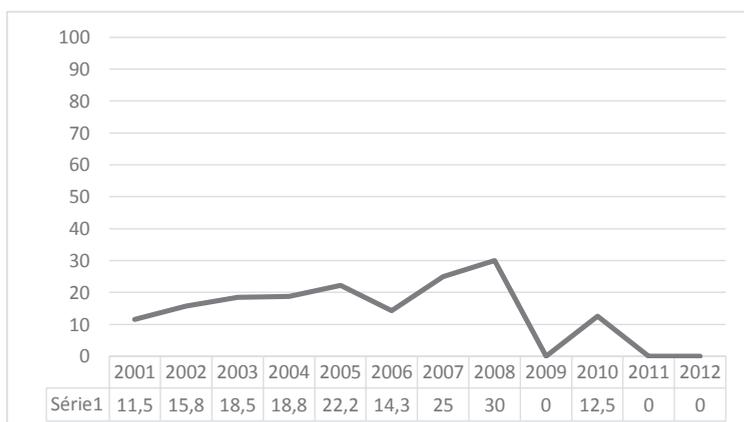


Gráfico 113 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de São Félix do Araguaia.

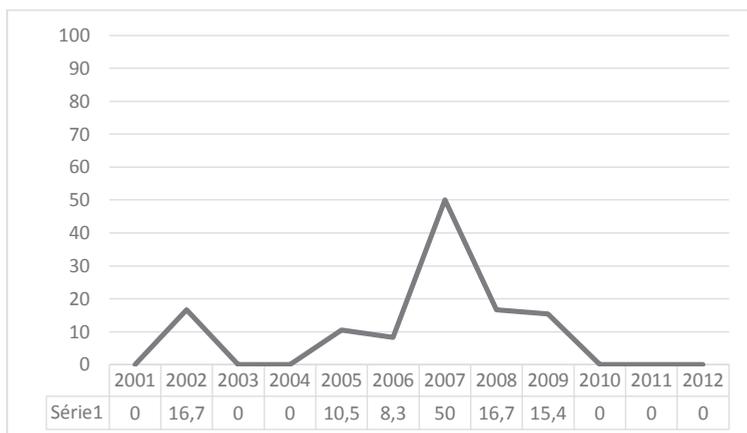


Gráfico 114 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de São José do Xingu. (En 2001, 2010, 2011 y 2012, el denominador es 0.)

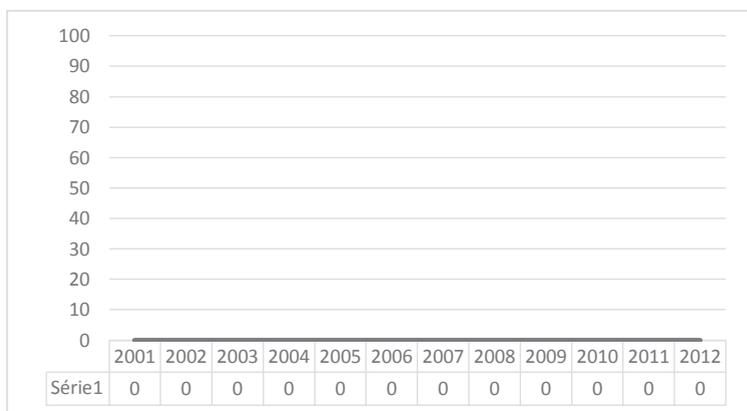


Gráfico 115 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Serra Nova Dourada. (En 2003, 2005, 2006 y 2008, el denominador es 0.)

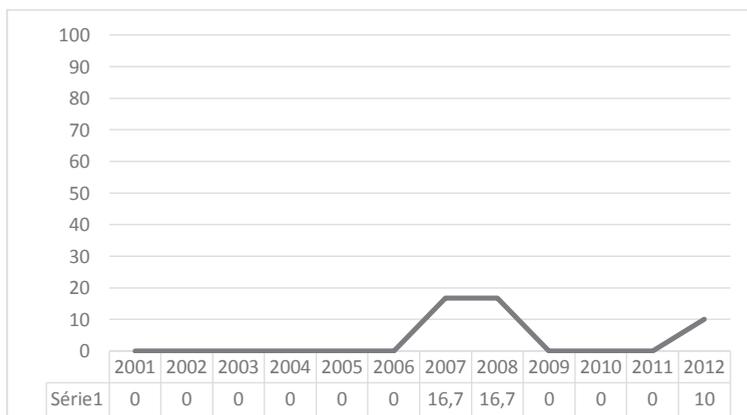


Gráfico 116 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Santa Terezinha. (En 2010, el denominador es 0.)

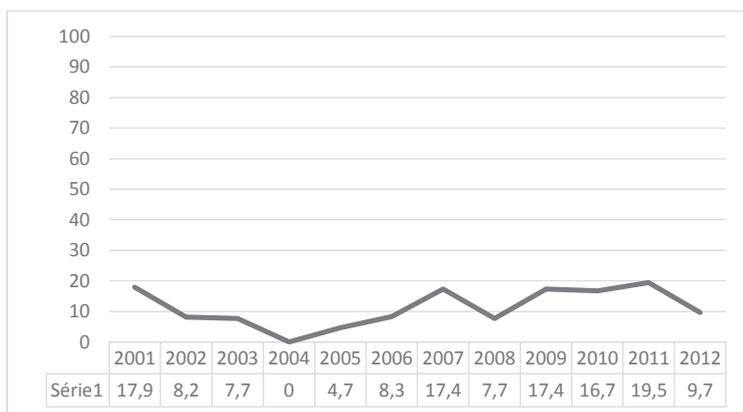


Gráfico 117 – Proporción de casos nuevos con grado 2 de discapacidad en el municipio de Vila Rica.

Número de casos con lesión única de piel que recibieron dosis única ROM

Este indicador no ha sido calculado visto que en Brasil este esquema de tratamiento no está establecido.

Porcentaje de pacientes con lepra paucibacilar que completaron 6 dosis de PQT

Este indicador es calculado por análisis de cohortes. Una cohorte es un grupo de personas que iniciaron su tratamiento durante el periodo de un año los registros de cada persona que inicio tratamiento durante el periodo en cuestión son examinados y se registra si terminaron o no su tratamiento dentro de los nueve meses limite.

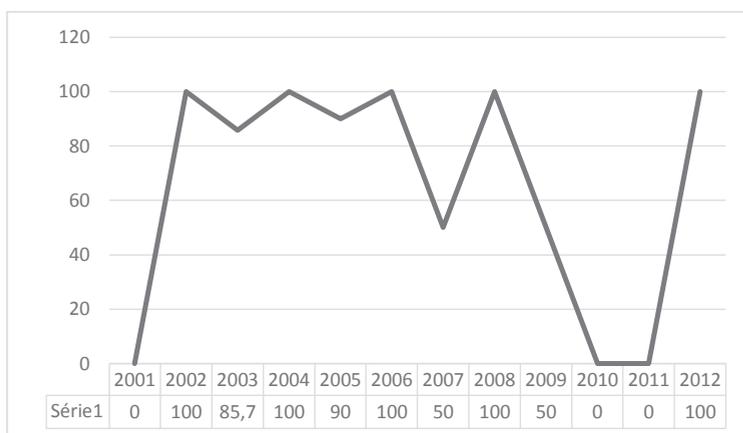


Gráfico 118 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Alto Boa Vista. (En 2001, 2010 y 2011, el denominador es 0.)

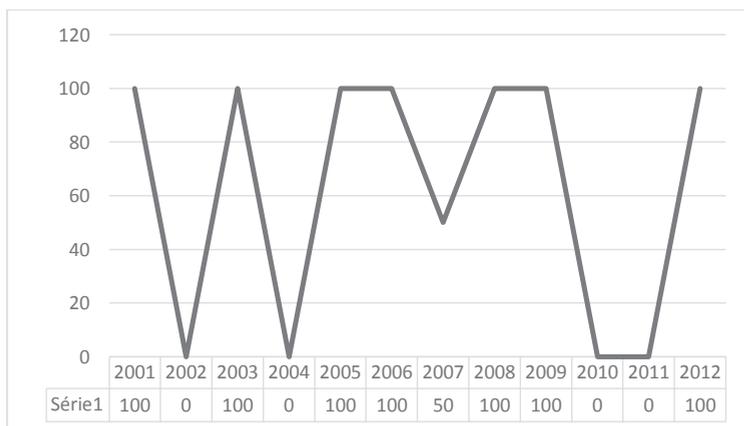


Gráfico 119 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Bom Jesus do Araguaia. (En 2002, 2004, 2010 y 2011, el denominador es 0.)

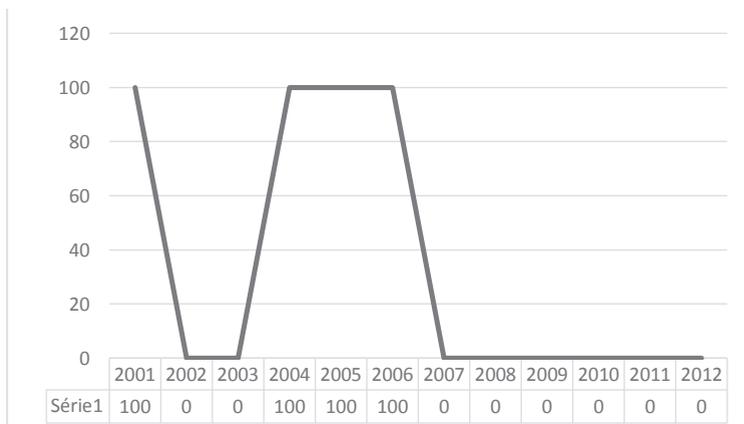


Gráfico 120 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Canabrava do Norte. (En 2002, 2003 y entre 2007-2011, el denominador es 0.)

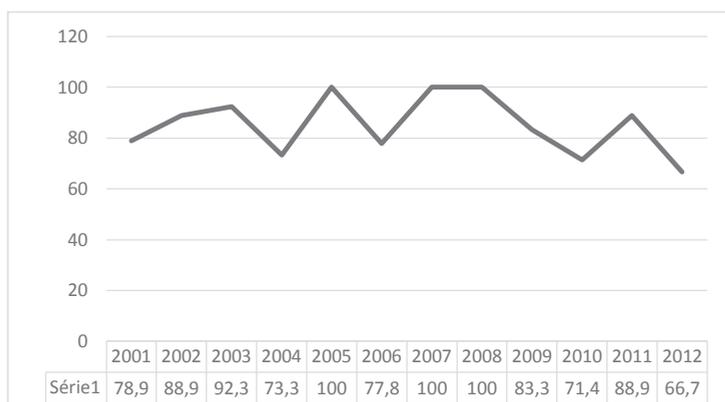


Gráfico 121 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Confresa.

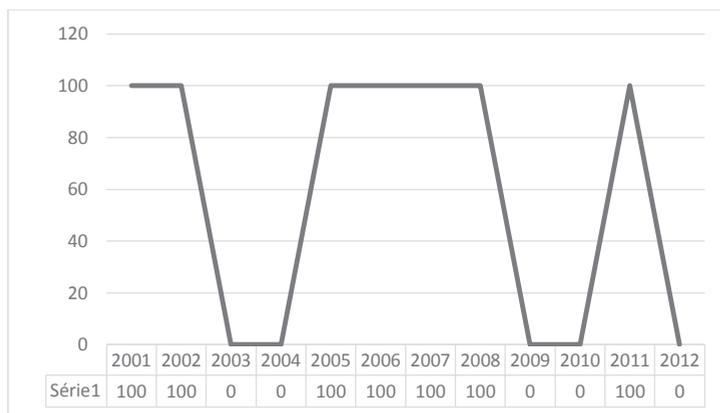


Gráfico 122 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Lucíara. (En 2004, 2009, 2010 y 2012, el denominador es 0.)

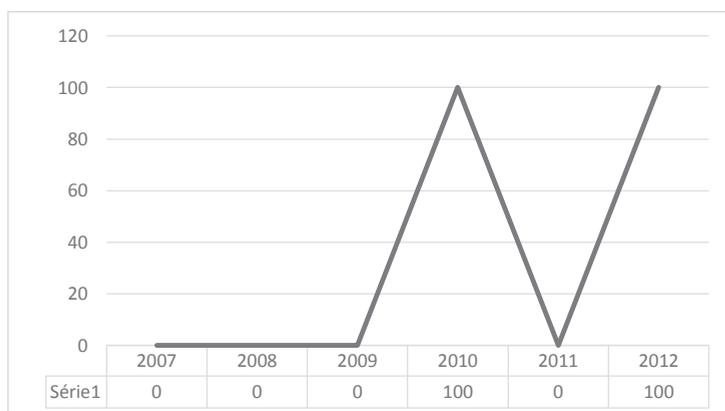


Gráfico 123 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Novo Santo Antonio. (En 2009, el denominador es 0.)

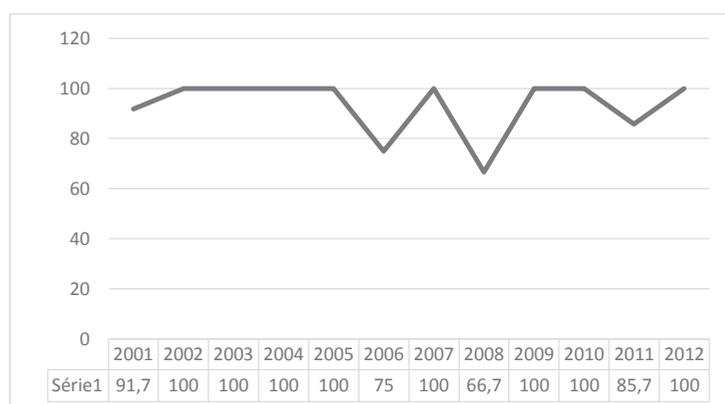


Gráfico 124 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Porto Alegre do Norte.

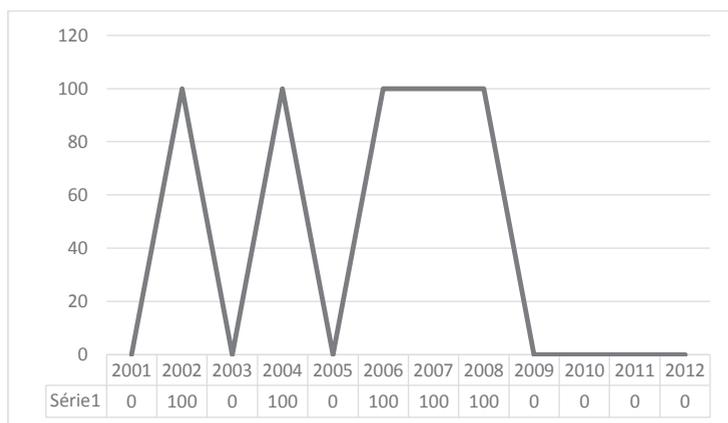


Gráfico 125 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Santa Cruz do Xingu. (En 2001, 2003, 2005, 2009-2011, el denominador es 0.)

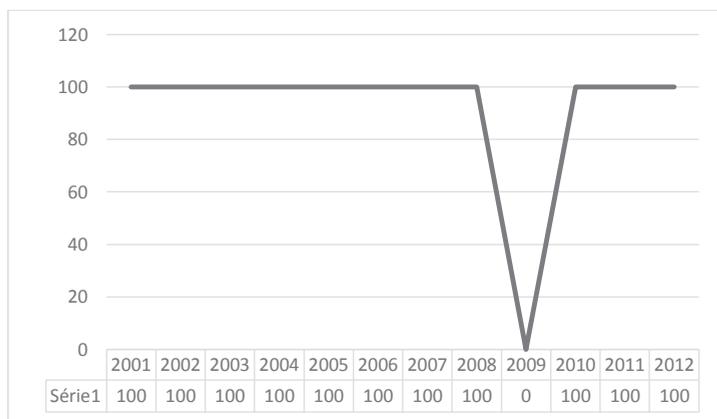


Gráfico 126 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de São Félix do Araguaia. (En 2009, el denominador es 0.)

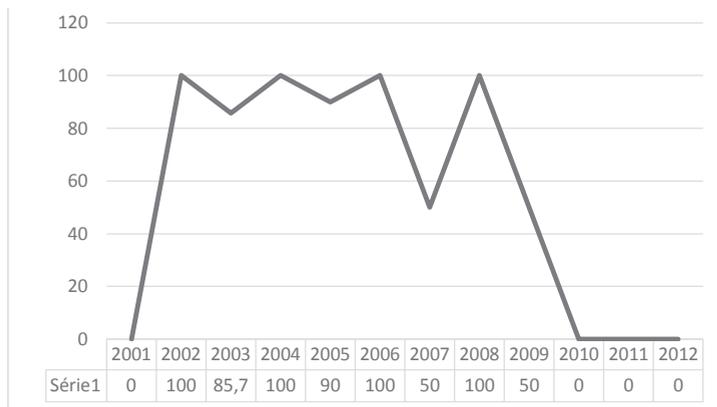


Gráfico 127 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de São José do Xingu. (En 2001, 2010, 2011 y 2012 el denominador es 0.)

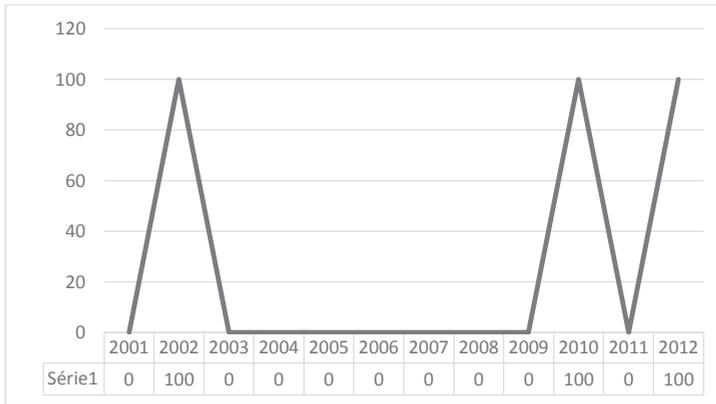


Gráfico 128 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Serra Nova Dourada. (En 2001, 2003, 2005-2009 y 2011, el denominador es 0.)

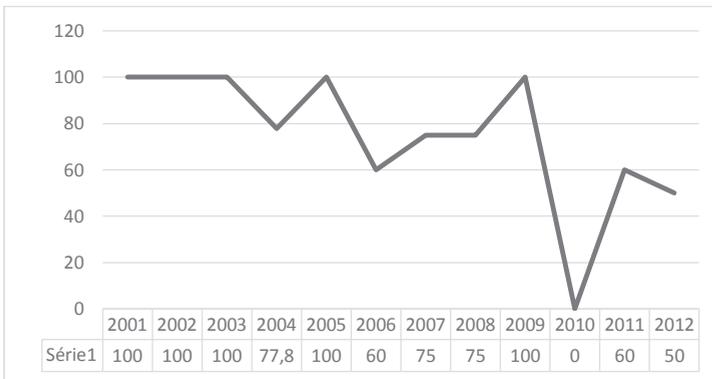


Gráfico 129 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Santa Terezinha. (En 2010, el denominador es 0.)

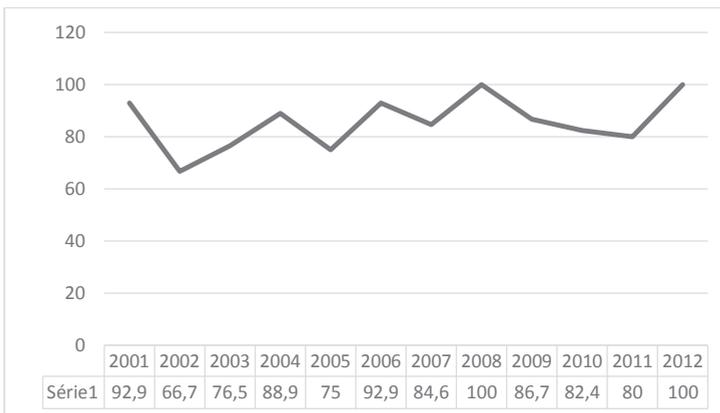


Gráfico 130 – Proporción de pacientes con lepra paucibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Vila Rica.

Porcentaje de pacientes con lepra multibacilar que completaron 12 dosis de PQT

Así como para las personas con lepra paucibacilar, este indicador es calculado por análisis de cohortes. El registro de cada persona que inicia tratamiento durante el periodo en cuestión es examinado y se registra si ha terminada o no su tratamiento dentro de los 18 meses límite.

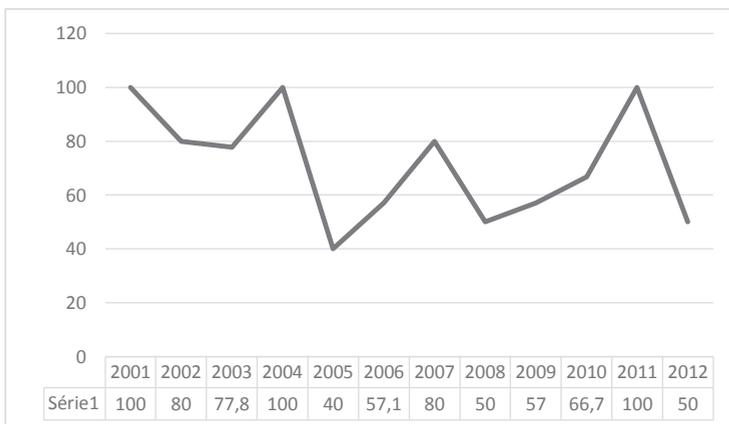


Gráfico 131 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Alto Boa Vista.

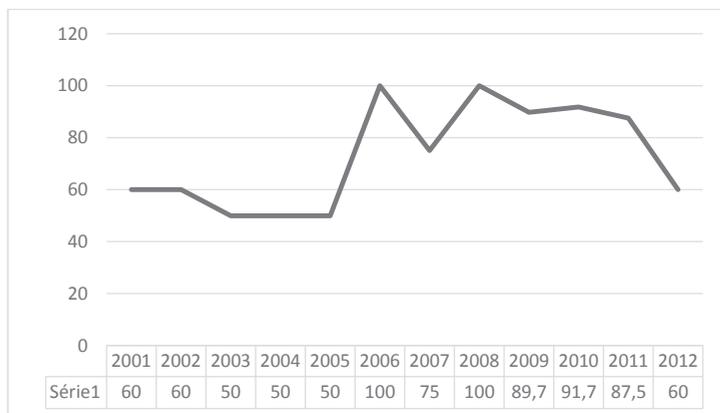


Gráfico 132 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Bom Jesus do Araguaia.

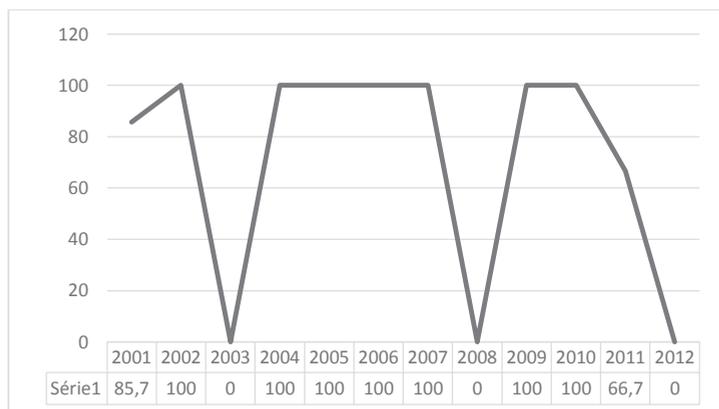


Gráfico 133 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Canabrava do Norte. (En 2008 y 2012, el denominador es 0.)

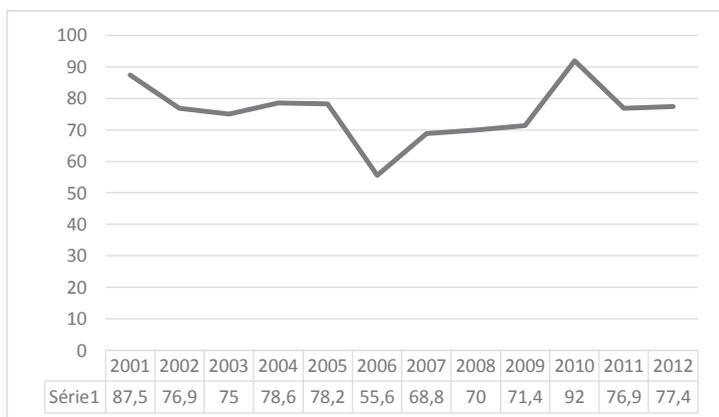


Gráfico 134 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Confresa.

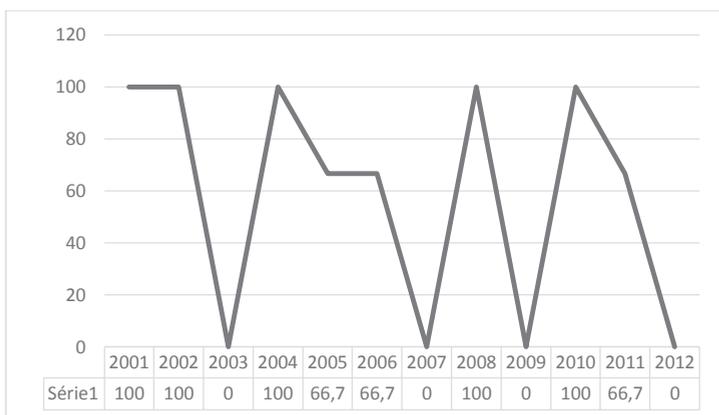


Gráfico 135 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Luciara. (En 2009 y 2012, el denominador es 0.)

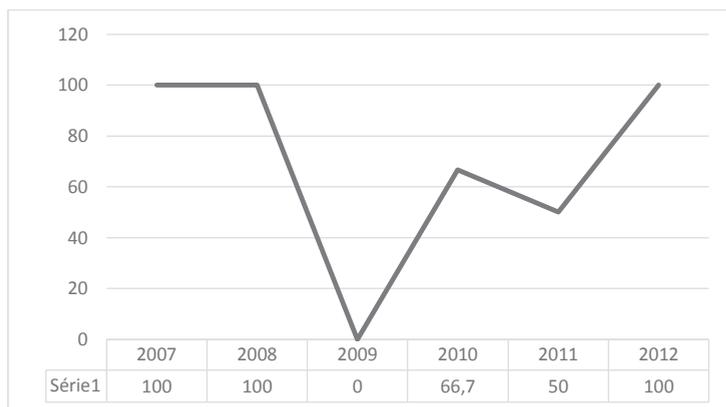


Gráfico 136 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Novo Santo Antonio. (En 2009, el denominador es 0.)

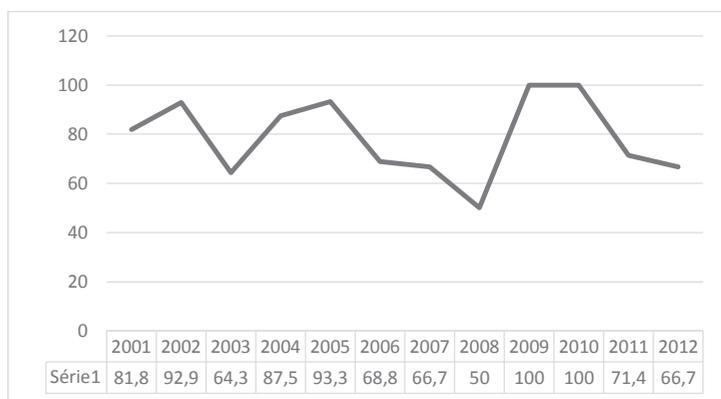


Gráfico 137 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Porto Alegre do Norte.

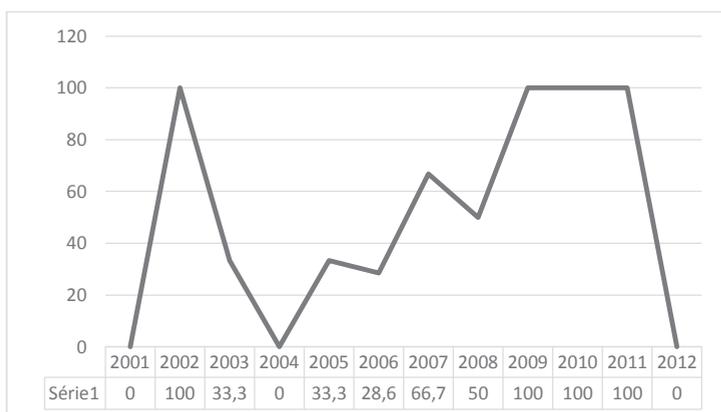


Gráfico 138 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Santa Cruz do Xingú. (En 2001, 2004 y 2012, el denominador es 0.)

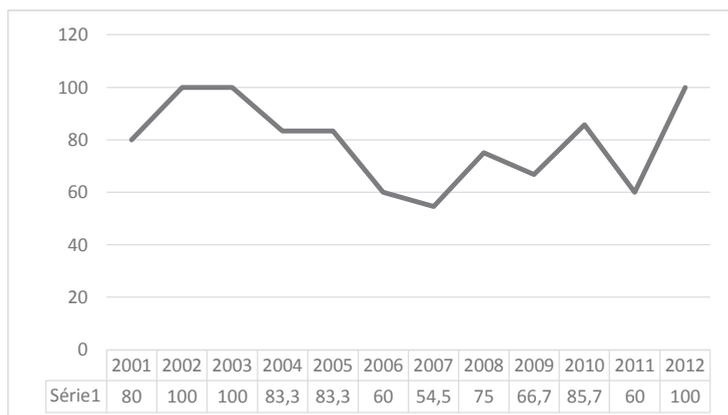


Gráfico 139 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de São Félix do Araguaia.

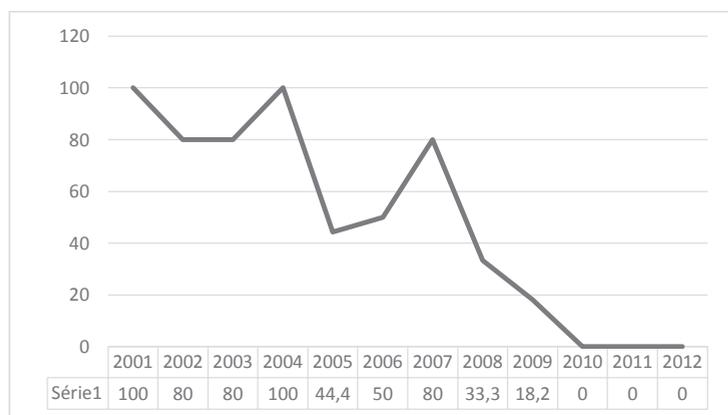


Gráfico 140 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de São José do Xingu. (En 2010, 2011 y 2012, el denominador es 0.)

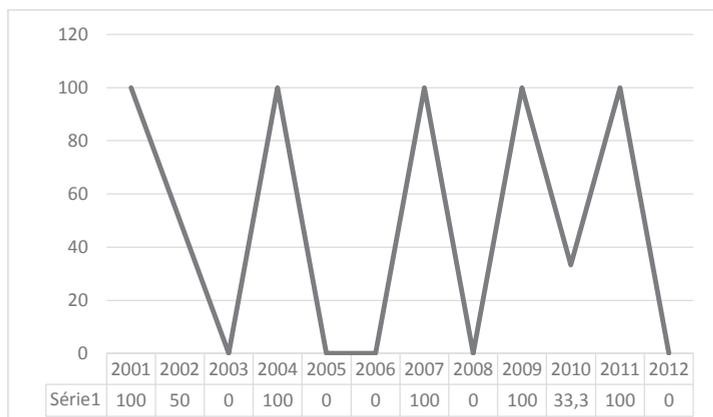


Gráfico 141 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Serra Nova Dourada. (En 2003, 2005, 2006, 2008 y 2012, el denominador es 0.)

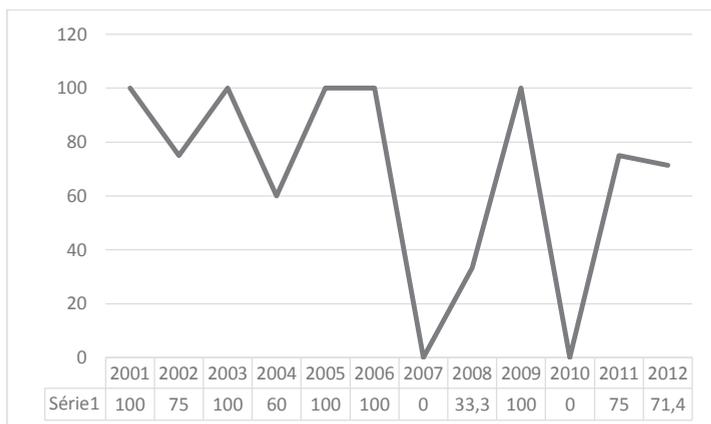


Gráfico 142 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Santa Terezinha. (En 2010, el denominador es 0.)

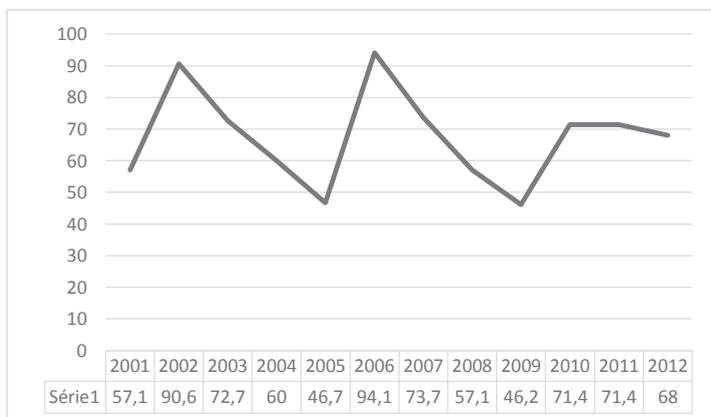


Gráfico 143 – Proporción de pacientes con lepra multibacilar que cumplieron tratamiento en el municipio de Vila Rica.

TIÑA ERITRODÉRMICA Y ENFERMEDAD DE HANSEN: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

Beatriz Di Martino Ortiz¹, María Laura Sánchez², Celeste Valiente², María Elena Ibañez³, Mirtha Rodríguez Masi⁴, Oilda Knopfmacher⁵, Lourdes Bolla de Lezcano⁶.

¹Profesor asistente de Dermatología. Dermatopatólogo. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

²Médico residente de Dermatología. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

³Médico Dermatólogo. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

⁴Profesor adjunto de Dermatología y Jefe de Sala. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

⁵Profesor titular de Dermatología y Jefe de Servicio. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

⁶Profesor titular de Dermatología y Jefe de Cátedra. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

(Recibido: 23/05/2015 Aceptado: 29/07/2015)

RESUMEN

Las infecciones micóticas, uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica dermatológica, son más frecuentes en pacientes inmunocomprometidos, incluyendo a los afectados de lepra, no solo por la presencia de esta condición sino también debido al consumo de corticoesteroides que se indican en los estados reaccionales.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 51 años de edad, con lesiones que inician 10 años antes, cómo manchas rojas dolorosas en brazos. Se automedica con dexametasona más clorfeniramina VO con mejoría parcial de las mismas pero, hace tres meses aparecen manchas pruriginosas, descamativas, no dolorosas, que no mejoran con la medicación citada, diseminándose a todo el cuerpo. Se realiza el diagnóstico de enfermedad de Hansen concomitante con una tiña eritrodérmica.

PALABRAS CLAVE: enfermedad de Hansen, eritrodermia, tiña.

SUMMARY

Fungal infections, one of the most frequent reasons for consultation in dermatological practice, are more common in immunocompromised patients, including those suffering from leprosy, not only by the presence of this condition but also due to the use of corticosteroids given in the reactional states.

We report the case of a male patient of 51 years of age, with injuries that begin 10 years before, with painful red spots on arms. He self-medicate with oral dexamethasone and chlorpheniramine with partial improvement of the lesions, but three months ago itchy scaly, not painful, spots appear and do not improve with the medication, spreading throughout the body. Concomitant diagnosis of Hansen's disease with a erythrodermic tinea is done.

KEYWORDS: Hansen's disease, erythroderma, tinea

Correspondencia a: Prof. Dra. Beatriz María Di Martino Ortiz. Perú 1019 casi Artigas. Tel y Fax: 595 21 328 5600. beatrizdimartino@gmail.com. Asunción-Paraguay.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, presentada de diversas formas clínico patológicas. La gran variedad de presentaciones clínicas hace difícil el diagnóstico en zonas donde la enfermedad no es endémica.

En 2009, según el informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad persiste en 121 países, con una prevalencia de 213,036 casos nuevos detectados. En el año 2008 se presentaron 249,007 casos nuevos; el Sureste de Asia presenta el mayor número de afectados, seguido de África y América. La India ocupa el primer lugar, seguido de Brasil.

El incremento de la enfermedad en los últimos años en muchos países del mundo y las consecuencias negativas que conlleva para el ser humano, nos hacen tener conciencia de que debemos tenerla en cuenta al momento de hacer diagnósticos y conocer sus formas de presentación.

La lepra sigue siendo un problema de salud pública, especialmente en regiones endémicas y subdesarrolladas, como nuestro país.

Puede ser una gran simuladora y coexistir con otras patologías. Su reconocimiento y tratamiento en forma precoz son vitales en la prevención de la progresión de la discapacidad y la desfiguración.

La asociación de la Lepra a una Tiña corporis eritrodérmica iatrogénica es posible debido a que esta última se suscita en el contexto de una inmunosupresión, si bien a nuestro entender no existen publicaciones de esta asociación en las principales bases de datos médicas.

CASO CLÍNICO

Varón, 51 años, hipertenso sin tratamiento, que consulta por manchas rojas en piel de todo el cuerpo de 10 años de evolución, que inician en brazos, dolorosas, se sobre elevan, aumentan en número y extensión. Se automedica con dexametasona más clorfeniramina VO con mejoría del dolor, pero con persistencia de las lesiones.

Hace 3 meses aparecen manchas rojas pruriginosas, en brazos, no dolorosas, que se sobre elevan, se descaman y luego de 2 semanas y se diseminan a tronco, abdomen, piernas, rostro empeorando con la medicación citada.

EXAMEN FÍSICO:

- Placas eritematosas descamativas confluentes que abarcan el 90% de la superficie corporal, en algunas zonas liquenificadas, en otras con costras hemáticas en su superficie (eritrodermia) (Figuras 1 a 4).
- Múltiples placas eritematosas atróficas lineales de 10 x 2 cm bordes irregulares, límites netos en abdomen.
- Raleamiento de cejas, infiltración de orejas.

LABORATORIO: dentro de límites normales.

BACILOSCOPÍA: Positiva 3+.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: Hiperqueratosis ortoqueratósica, con presencia de hifas intracórneas (PAS +) (Figura 5). Infiltrado dérmico superficial y profundo, perimuscular y perivascular de macrófagos, algunos espumosos (Figura 6). Se ven bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) fragmentados con la coloración de Ziehl Neelsen (Figura 7).

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO FINAL: HBB/HBL. Ziehl Neelsen positivo para BAAR 2-3+. Tiña corporis.

TRATAMIENTO: Actualmente recibiendo blisters multibacilares (MB). Terbinafina 250 mg/día por dos semanas y pauta de descenso gradual de corticoides.

DISCUSIÓN

La lepra es una enfermedad de desarrollo lento con un amplio espectro clínico, histopatológico e inmunológico y para que se produzca es necesaria la presencia del *M. leprae* en directa relación con el estado de inmunidad del huésped.

Cuando se produce alteración de la inmunidad por fármacos, enfermedades intercurrentes, estrés, gestación, etc. se rompe el equilibrio entre *M. leprae* y la inmunidad desencadenándose la enfermedad.¹

La concomitancia de lepra con tiña no es frecuente. Hemos encontrado solamente un caso en los reportes de las principales bases de datos médicas. Las micosis, pueden enmascarar las características clínicas de la enfermedad de Hansen y retrasar el diagnóstico, motivo por el cual debemos pensar en esta enfermedad para realizar un diagnóstico precoz con el tratamiento específico.¹

Infecciones micóticas superficiales y profundas han sido reportadas en pacientes con lepra. Así se han descrito dos casos de micetomas y enfermedad de Hansen, uno en Brasil⁶ y otro en la India⁶ y un caso de cromoblastomicosis concomitante.⁵ El mecanismo detrás de la infección fúngica se debe principalmente a que ocurrió un estado de inmuno compromiso durante la infección activa y la ingesta de esteroides en los pacientes con reacción o por automedicación.^{2, 3, 5, 6}

Hay una mayor incidencia de infecciones fúngicas en pacientes con lepra que en la población general y las dos condiciones pueden co-existir.^{3, 4}

Se presenta éste caso por la infrecuencia de esta concomitancia y para demostrar la importancia de un correcto diagnóstico para poder impartir el tratamiento adecuado.

Figuras 1 a 4. Clínica. Eritrodermia. Áreas de liquenificación en rostro, excoriaciones cubiertas de costras sanguinolentas. Infiltración difusa de rostro y lóbulos de orejas, raleamiento de cejas. Ausencia de pelos.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

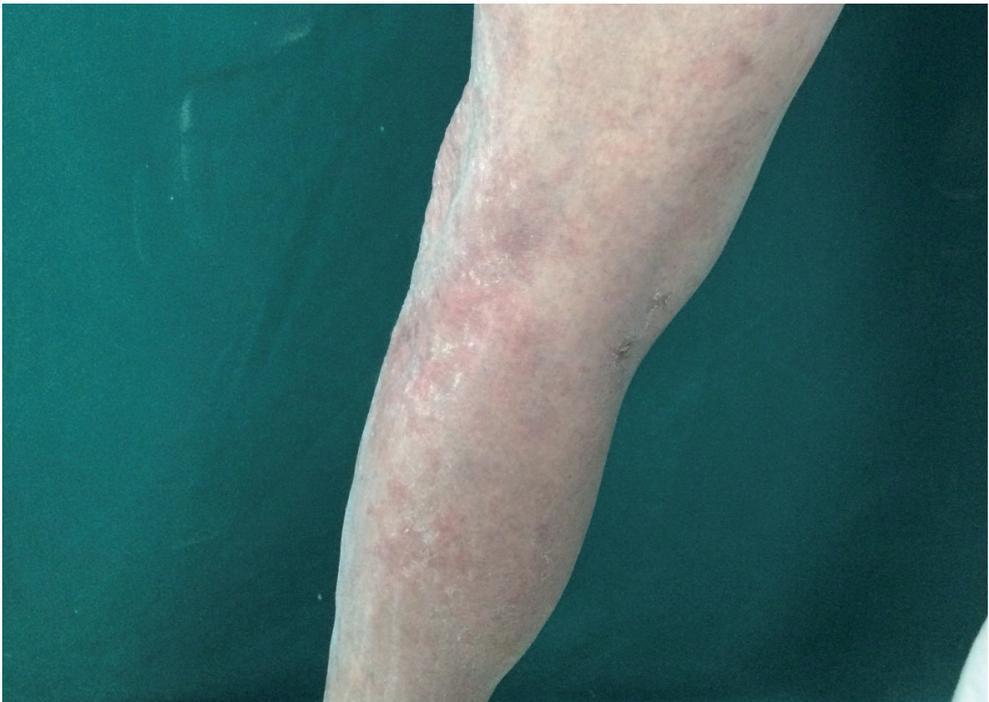


Figura 4

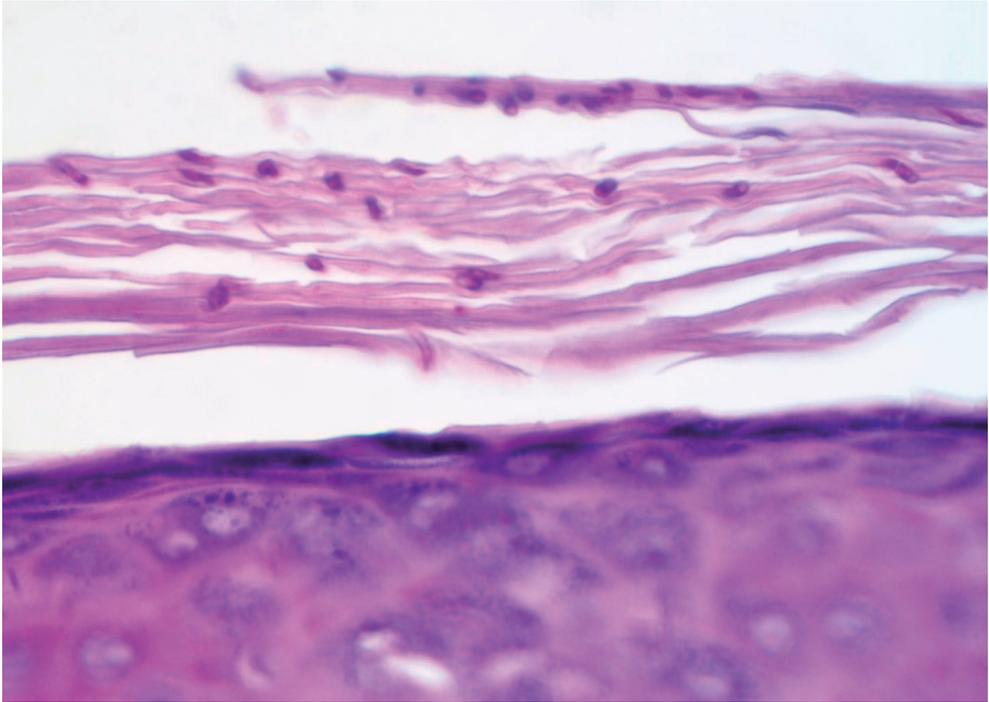


Figura 5. Histopatología. Hiperqueratosis ortoqueratósica, con presencia de hifas intracórneas (PAS 40X).

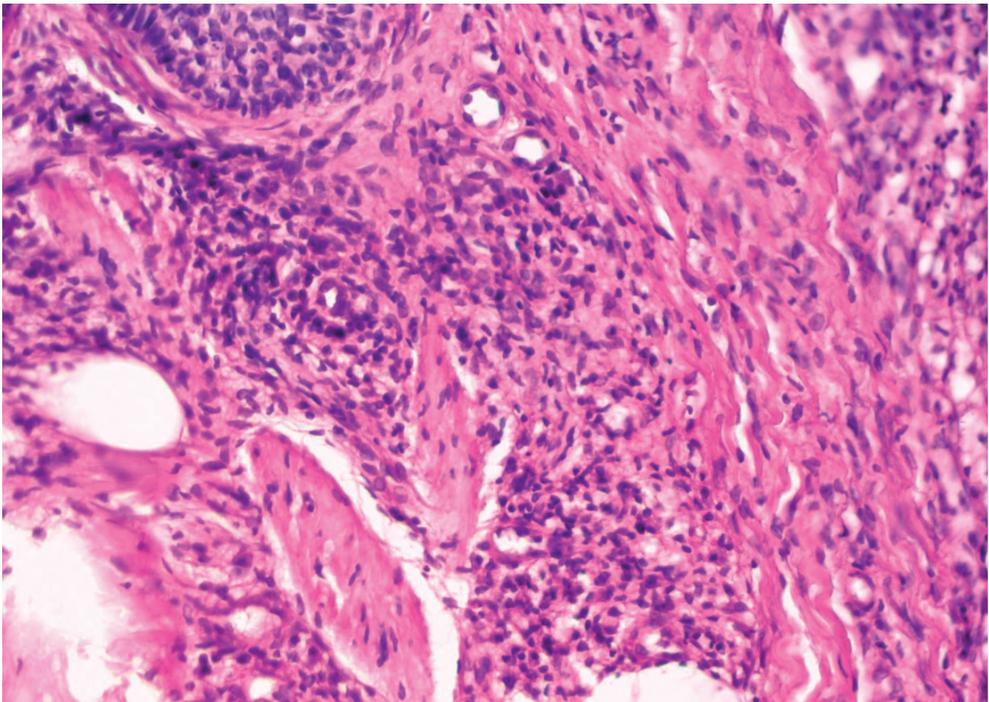


Figura 6. Histopatología. Infiltrado dérmico de macrófagos espumosos con neutrófilos sobre impuestos, englobando anejos cutáneos (HE 20X).

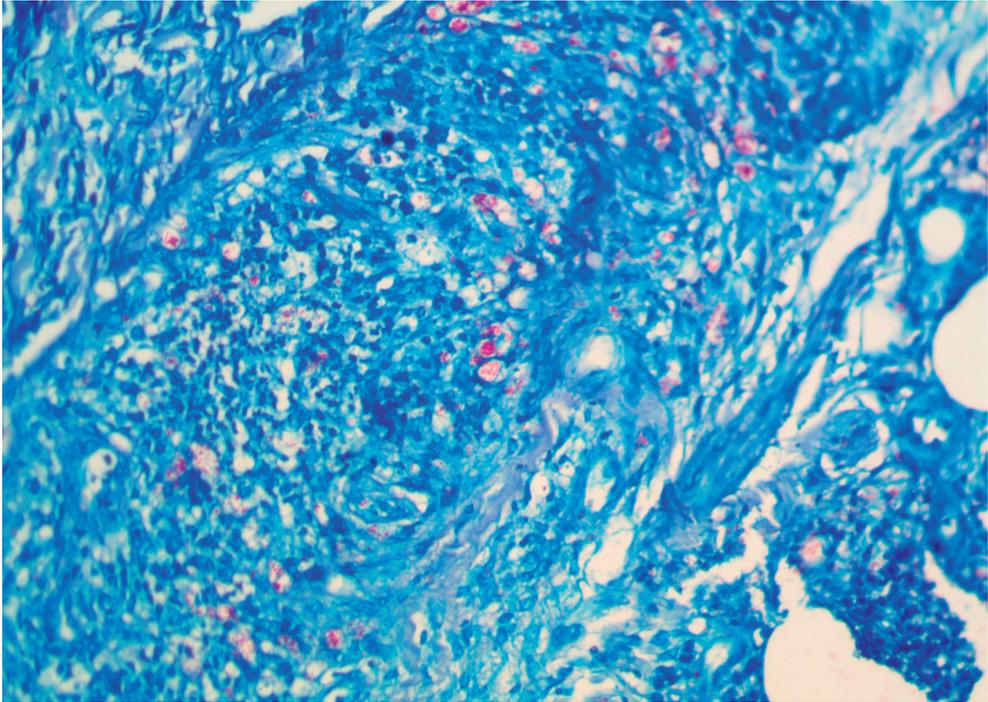


Figura 7. Histopatología. Bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) fragmentados (Ziehl Neelsen 20X).

REFERENCIAS

1. Di Martino Ortiz B, Rodriguez Masi M, Knopfmacher O, Bolla de Lezcano L. Lepra infantil. Presentación de un caso. *Childhood leprosy. Report of a case.* DOJ 2011; 17(1): 13. PMID: 21272504.
2. F Rongioletti, R Gallo, E Cozzani, A Parodi. Leprosy: a diagnostic trap for dermatopathologists in non endemic area. *Am J Dermatopathol.* 2009; 31 (6): 607-10.
3. Yang S, Makredes M, Odonell P, Levin N,. A case of Hansen disease presenting as tinea versicolor. *Dermatology Online Journal.* 2013; 19(4):7.
4. Pungazhenthana T, Givi V, Singth H, Kumar V, Showkath A. Tinea barbae in related from treatment (RFT) Hansen disease patient. *J Clin Diagn Res.* 2014; V 8(7): 1-2.
5. K Pavithran, Chromoblastomycosis in a residual patch of leprosy. *Indian J Lepr.* 1988 60:444-47
6. J Jayakumar, M Aschhoff, G Renuka. Mycetomas in leprosy. *Indian J Lepr.* 1993;65:229-33
7. Moschella SL. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. *J Am AcadDermatol.* 2004;51(3):417-26.
8. Martinez Braga G, Guglielmone C, Di Martino Ortiz B, Bolla de Lezcano L, Aldama A, Mendoza G. Lepra infantil: estudio clínico y epidemiológico en dos servicios de dermatología del Paraguay. Periodo 2005-2011. *Fontilles, Rev Leprol* 2012; 28(4): 293-301.

9. Mata Jiménez O, Aguilar Aguilar N, Miranda A, Freitas de Souza M, Azulay R, da Costa Nery J. Lepra en la infancia: caracterización de parámetros clínicos en los estados reaccionales. *Med Cutan IberLat Am* 2006; 34(6): 263-269.
10. Rodríguez E, Díaz O, Hernández E. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2013; 21(1): 1-13. 3.
11. Terencio de las Aguas J. Situación de la lepra en el mundo. *Med Cután IberLat Am* 2005; 33: 191-192.
12. Táquez A, Cerón C, Chaparro M, Sales A, Nery J, Miranda A, Lupi O. *Rev. argent. dermatol.* 2011. 92 (4)
13. Dias Gomes C, Andrade Pontes M, Sá Gonçalves H, Oliveira G, Penna. *An Bras Dermatol.* 2005;80(3):S283-8.
14. Mata Jiménez O, Aguilar Aguilar N, Miranda A, Freitas de Souza M, Azulay R, da Costa Nery J. Lepra en la infancia: caracterización de parámetros clínicos en los estados reaccionales. *Med Cutan IberLat Am* 2006;34(6):263-269.

LA PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD POR LEPROA

Hugh Cross*

*American Leprosy Missions, 1 ALM Way, Greenville, SC 29601, USA

(Este trabajo es una reproducción de Lepr Rev 2015; 86(3):208-212)

INTRODUCCIÓN

Cuando se consiga interrumpir eficazmente la transmisión de la lepra, podremos proclamar que la discapacidad como secuela de la lepra pertenece a la historia. Mientras tanto, tenemos que reconocer que las personas seguirán padeciendo discapacidades por la lepra y que quizás el mejor objetivo que podemos proponer sea que la cantidad de nuevos casos de lepra con discapacidades visibles se mantenga estable en un nivel bajo (<1:1,000,000 habitantes). Descubriremos que alcanzar este objetivo requerirá el mismo compromiso que el de eliminar la lepra como problema de salud pública. La prevención de la discapacidad *per se* es muy improbable que consiga el mismo nivel de apoyo que el control de una enfermedad contagiosa. Según la OMS, la salud pública se refiere a todo tipo de medidas organizadas (públicas y privadas) para prevenir la enfermedad, promocionar la sanidad y prolongar la vida de la población en general.¹ El contagio amenaza a toda la población y por tanto se rige directamente bajo el punto de vista de la salud pública. Por otro lado, la discapacidad es un tema individual y no pasa a ser un tema de salud pública hasta que existe un número significativo de población afectada.

Hasta que se interrumpa la transmisión de la lepra, la medida más efectiva que se puede adoptar para reducir la discapacidad es conseguir el diagnóstico precoz de la lepra e instaurar rápidamente el tratamiento. Las estadísticas actuales, sin embargo, sugieren que esto constituye un desafío importante. Éstas revelan que a medida que la lepra es menos prevalente, la proporción de nuevos casos con discapacidad grado 2 OMS aumenta. Mientras que una menor prevalencia es una buena noticia, la pérdida progresiva de los conocimientos diagnósticos es prácticamente inevitable ya que se presentan menos casos. Un desafío importante, por tanto, es asegurar que a medida que los casos de lepra son menos frecuentes, la capacidad de detectar permanezca en un nivel aceptable. Hay una necesidad urgente de identificar métodos innovadores para asegurar la detección precoz, particularmente en países que anteriormente reportaban una prevalencia elevada, pero los índices de detección de nuevos casos han disminuido significativamente.

*Correspondencia a: Hugh Cross, American Leprosy Missions, 1 ALM Way, Greenville, SC 29601, USA
(e-mail: hcross@leprosy.org)*

En julio de 2014 hubo una reunión en Delhi. Asistieron representantes de ILEP India, otras organizaciones importantes y activas de lucha contra la lepra en India, personal sanitario del gobierno y el Subdirector General de la División de Control de la Lepra. Esta Consulta Nacional tenía por objeto plantear nuevos sistemas para lograr la prevención de la discapacidad.

Con la integración del tratamiento de la lepra en los servicios generales de salud en India, se propuso la necesidad de apoyar los esfuerzos del personal sanitario por reducir la carga de la lepra. Con este objetivo, se publicaron las Directrices para la Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación Mundial (DPRM) en 2007. En 2011 las directrices DPMR se optimizaron de forma que la calidad y cobertura de los servicios pudieron ampliarse.² Aunque diseñado para ser implementado en los tres niveles del Sistema Sanitario de la India, el consenso general en la reunión de 2014 fue que mientras la iniciativa DPRM había conseguido una mayor cobertura de la cirugía reconstructiva, otras iniciativas no habían tenido resultados tan efectivos. El objetivo de la reunión y la recomendación general resultante fue que la DPMR debe fortalecerse para ser más efectiva.

Hubo una recomendación y es hay que poner más énfasis en la detección precoz, ya que es una intervención de primera línea para prevenir la discapacidad. La iniciativa *per se* no resultaba innovadora, pero los detalles que describieron fueron interesantes. Se añadieron los siguientes puntos:

- Educar a los casos índices a sospechar lepra en los contactos.
- Promocionar al personal de las oficinas de Rashtriya Bal Swasthya Karyakram (Programa Gubernamental para la Salud Infantil) poniendo especial énfasis en conseguir y mantener la formación para el diagnóstico precoz y el tratamiento de casos pediátricos.
- La movilización de niños con sospecha de lepra podría conseguirse a través del programa.
- La movilización de Activistas Sanitarios Sociales Acreditados (ASHA) y voluntarios comunitarios para extender los servicios a comunidades remotas y desatendidas.

Otra sugerencia fue que en cada Centro de Salud Primaria (PHC) debería haber al menos una persona con experiencia en lepra. También se propuso que ayudas visuales, en forma de posters, habían disminuido y había que restaurarse su uso.

La mayoría de representantes que expresaron sus puntos de vista enfatizaron los logros de los ASHAs y recomendaron facilitar la movilidad e incrementar el número de mujeres implicadas. El valor del personal sanitario y los voluntarios de base también se mencionan como factores relevantes observados en otros países donde la prevención de discapacidades había sido efectiva. En Myanmar, el papel de las comadronas que trabajan a nivel periférico dentro del sistema primario ha sido clave para el éxito de la prevención de las discapacidades (POD).³ Los esfuerzos del personal sanitario general en los centros sanitarios (unidades de salud periféricas) también se consideraron como importantes para implementar la efectividad de la POD en Indonesia.⁴

Otro factor que puede explicar el éxito relativo de la POD en Indonesia y Myanmar es el uso

estratégico de personal especialista en lepra para apoyar al personal sanitario general. Las actividades de ese personal (consultores en Indonesia y del Servicio Especialista en Lepra en Myanmar) resultaron fundamentales para la efectividad de la POD. La recomendación de ILEP en India de que debe haber una persona con experiencia en cada PHC de la India se apoya por tanto en los informes de Indonesia y Myanmar.

PREVENCIÓN DE LA AFECTACIÓN NEURAL

Después de la detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la lepra, el objetivo primario de la prevención de la discapacidad es proteger la función neural.

En el 2002, BANDS,⁵ AMFES⁶ y TRIPOD⁷⁻⁹ habían incrementado nuestros conocimientos sobre la epidemiología, detección y prevención de la afectación neural y en el 2005 los resultados del estudio INFIR empezaron a publicarse y contribuyeron significativamente a entender mejor el orden y secuencia de los efectos de la neuropatología sobre las funciones de la sensibilidad y función motora.¹⁰ Sin embargo, el tratamiento ideal para afrontar la amenaza del deterioro de la función neural, en caso de una reacción manifiesta o una neuritis silente, no se ha conseguido todavía.

Van Veen *et al.* recientemente llevaron a cabo una revisión Cochrane¹¹ con el objetivo de concretar si hay evidencia robusta que apoye la efectividad de los tratamientos con corticoides como medida para prevenir la afectación neural. De acuerdo con sus criterios, tres ensayos aleatorios proporcionaron resultados fiables: dos eran componentes del TRIPOD y el tercero es reciente de Rao *et al.*¹² Los ensayos, sin embargo, se consideraron demasiado pequeños y heterogéneos para permitir un nivel de análisis detallado que proporcionara conclusiones definitivas. Van Veen *et al.* concluyeron que para la afectación de la función neural prolongada o la afectación sensorial moderada los corticoides no resultaban más efectivos que el placebo (resultados de TRIPOD). También confirmaron que la recuperación de la afectación neural parece depender más de la duración y/o gravedad de la afectación antes de ser tratada. Sin embargo, también hubo una conclusión más positiva: las conclusiones de otros estudios sobre que los tratamientos prolongados con esteroides son más eficaces que los tratamientos cortos fueron apoyadas por el estudio de Rao *et al.* (un tratamiento corto es el estándar de 12 semanas). Van Veen *et al.* concluyeron que “un tratamiento más prolongado con prednisolona obtuvo peores resultados que un tratamiento corto” (p 8).

Los hallazgos de Schreuder fueron que un 35% de los casos de afectación neural no mejorarán o incluso deteriorarán y 2 años después Croft llegó a una conclusión similar.^{13,14} aunque se constató que un 60% de los casos sí experimentaron una mejoría evidente. Sin embargo, el optimismo queda empañado porque parece que muchos habían mejorado incluso sin prednisolona.¹⁴ Aunque su eficacia no es óptima, el recurso de tratar la neuritis con la prednisolona sigue siendo la única opción. En un apartado del proyecto INFIR, Marlow *et al.* buscaron una alternativa a la prednisolona para el tratamiento de la afectación neural y compararon la administración combinada de azatiopirina y prednisolona, con prednisolona sola pero no observaron ningún beneficio añadido.¹⁵

Todavía no está determinada la dosis óptima ni la duración del tratamiento con prednisolona, pero continúan las investigaciones. INFIR demostró que los nervios pueden presentar afectación subclínica antes de que la NFI sea manifiesta. Este hallazgo plantea una hipótesis interesante, por ejemplo, que el tratamiento precoz con prednisolona de la NFI subclínica puede prevenir la NFI clínica. El estudio TENLEP intenta demostrar esta hipótesis. También pretende demostrar si 32 semanas con prednisolona es más efectiva que 20 semanas para restaurar la función neural en los pacientes de lepra con NFI clínica.

INTERVENCIONES POR AFECTACIONES Y DISCAPACIDADES IRREVERSIBLES

Autocuidado

El autocuidado es y continúa siendo un componente esencial de la POD allí donde no es posible prevenir la afectación neural.

Aunque se dispone de algunas evidencias referentes a la eficacia de los procedimientos de autocuidado como intervenciones para tratar la ulceración, los puntos más comprometidos asociados al impacto general del autocuidado no han sido suficientemente investigados y se constata que la mayoría de estudios referentes a este tema no han sido bien diseñados. Son simplemente observaciones antes y después obtenidas de algunos grupos seleccionados dentro del proyecto general. Las conclusiones positivas de dichas observaciones asocian el autocuidado con mejoría de las úlceras, pero el análisis queda limitado por temas metodológicos. Un estudio controlado en Nepal constató menos admisiones hospitalarias asociadas con un programa intensivo de autocuidado, pero lo limitaba el hecho de que el muestreo no fue aleatorio.¹⁶

El tema de la sostenibilidad del autocuidado prácticamente no ha sido analizado. Cuando se aplica la técnica continuada del autocuidado (reposo, remojo, raspado, aceite y ejercicio) se puede reparar el cuerpo, aunque no siempre de forma óptima y evidente. La lógica y las acciones necesarias son sencillas pero el autocuidado sostenido es objeto de una compleja mezcla de expectativas sanitarias y factores de motivación por parte del afectado. A menos que haya un verdadero esfuerzo para tratar y entender mejor estos temas, el objetivo del sostenimiento de la prevención de discapacidades por medio del autocuidado permanecerá sin definir.

Hay un interés creciente en el autocuidado como intervención para las personas que padecen condiciones crónicas. Este interés aumentó con la publicación de Cuidados Innovadores para Condiciones Crónicas (CICC), un modelo para el cuidado promocionado por la OMS. El CICC se centra en que el impacto de muchas condiciones crónicas se determina por la implicación y el compromiso de tres grupos que trabajan en un ambiente de colaboración mutuo: individuos afectados, equipos de personal sanitario preparados y comunidades informadas y sensibilizadas. El modelo enfatiza que los médicos confíen y cedan el control del proceso al afectado. Como asesores, los profesionales dan consejo, orientación y apoyo para que las personas tomen las decisiones correctas. Sin embargo, la mayor parte del mundo en desarrollo se adhiere al modelo de la "Era Industrial" de la sanidad donde los medios y personal sanitario

se consideran expertos que aportan las actuaciones a realizar, mientras que el paciente lo único que aporta es su enfermedad. Entretanto persista este modelo, será muy difícil desarrollar todo el potencial que puede ofrecer el autocuidado.

Ningún análisis sobre la POD puede omitir la necesidad de disponer de servicios especializados y centros de referencia. La necesidad de servicios especializados para afrontar temas como úlceras complicadas, afectaciones neurológicas y oculares y la necesidad de cirugía reconstructiva debe ser una prioridad. Estos cuidados son esenciales para prevenir la progresión de las discapacidades, pero la verdadera prevención depende de la prevención *per se* de la lepra. Cuando se pueda prevenir la lepra, los efectos tan negativos de la enfermedad serán confinados a la historia. Hasta entonces, debemos continuar luchando contra la complejidad del deterioro neural, una quimioterapia que dista de ser óptima, la decreciente experiencia y formación sanitaria y el corporativismo profesional y constatar que todo se complica todavía más por la pobreza de los afectados.

REFERENCIAS

1. World Health Organisation. Trade, foreign policy, diplomacy and health. <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/> 2014. Ref Type: Electronic Citation.
2. Central Leprosy Division. Disability Prevention and Medical Rehabilitation - Guidelines for Primary, Secondary and Tertiary Care, New Delhi: Directorate General Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, government of India, 2012.
3. Cross H. The prevention of leprosy related disability as an integral component of the government health delivery programme in Myanmar. *Lepr Rev*, 2012; 83: 205–217.
4. Cross H. The prevention of leprosy related disability as an integral component of the government health delivery programme in Indonesia: perspectives on implementation. *Lepr Rev*, 2013; 84: 219–228.
5. Croft RP, Richardus JH, Nicholls PG, Smith WC. Nerve function impairment in leprosy: design, methodology, and intake status of a prospective cohort study of 2664 new leprosy cases in Bangladesh (The Bangladesh Acute Nerve Damage Study). *Lepr Rev*, 1999; 70: 140–159.
6. Saunderson P, Gebre S, Desta K, Byass P. The ALERT MDT Field Evaluation Study (AMFES): a descriptive study of leprosy in Ethiopia. Patients, methods and baseline characteristics. *Lepr Rev*, 2000; 71: 273–284.
7. Richardus JH, Withington SG, Anderson AM et al. Treatment with corticosteroids of long-standing nerve function impairment in leprosy: a randomized controlled trial (TRIPOD 3). *Lepr Rev*, 2003; 74: 311–318.
8. Smith WC, Anderson AM, Withington SG et al. Steroid prophylaxis for prevention of nerve function impairment in leprosy: randomised placebo controlled trial (TRIPOD 1). *BMJ*, 2004; 328: 1459.
9. van Brakel WH, Anderson AM, Withington SG et al. The prognostic importance of detecting mild sensory impairment in leprosy: a randomized controlled trial (TRIPOD 2). *Lepr Rev*, 2003; 74: 300–310.

10. Van Brakel WH, Nicholls PG, Das L et al. The INFIR Cohort Study: investigating prediction, detection and pathogenesis of neuropathy and reactions in leprosy. Methods and baseline results of a cohort of multibacillary leprosy patients in north India. *Lepr Rev*, 2005; 76: 14–34.
11. Van Veen NH, Nicholls PG, Smith WC, Richardus JH. Corticosteroids for treating nerve damage in leprosy. A Cochrane review. *Lepr Rev*, 2008; 79: 361–371.
12. Rao PS, Sugamaram DS, Richard J, Smith WC. Multi-centre, double blind, randomized trial of three steroid regimens in the treatment of type-1 reactions in leprosy. *Lepr Rev*, 2006; 77: 25–33.
13. Schreuder PA. The occurrence of reactions and impairments in leprosy: experience in the leprosy control program of three provinces in northeastern Thailand, 1987-1995 [correction of 1978-1995]. III. Neural and other impairments. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 1998; 66: 170–181.
14. Croft RP, Nicholls PG, Richardus JH, Smith WC. The treatment of acute nerve function impairment in leprosy: results from a prospective cohort study in Bangladesh. *Lepr Rev*, 2000; 71: 154–168.
15. Marlowe SN, Hawksworth RA, Butlin CR et al. Clinical outcomes in a randomized controlled study comparing azathioprine and prednisolone versus prednisolone alone in the treatment of severe leprosy type 1 reactions in Nepal. *Trans. R. Soc. Trop. Med Hyg.*, 2004; 98: 602–609.
16. Cross H, Newcombe L. An intensive self care training programme reduces admissions for the treatment of plantar ulcers. *Lepr Rev*, 2001; 72: 276–284.

LEPRA: ELIMINACIÓN, REDUCCIÓN DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD Y FUTURA INVESTIGACIÓN

Cassandra Chaptini* y Gillian Marshman*, **

*Flinders Medical Centre, Adelaide, South Australia, Australia

**Flinders Medical Centre/Flinders Private Hospital, Adelaide, South Australia, Australia

(Este trabajo es una reproducción de Lepr Rev 2015; 86(4):307-315)

RESUMEN

La lepra, una de las enfermedades más antiguas que afecta a la humanidad, es potencialmente discapacitante y estigmatizante. A través de la historia, ha estado asociada al miedo, los prejuicios y el estigma social. Sigue siendo una de las principales causas de deformidad y discapacidad física. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha conseguido avanzar mucho en su control y la meta de "eliminación", definida como la disminución de la prevalencia a menos de 1 caso por 10,000 habitantes se consiguió el año 2000. Sin embargo, la realidad es que no se ha conseguido todavía la verdadera eliminación. A pesar de 30 años de un tratamiento farmacológico efectivo, la prevalencia e incidencia de la enfermedad permanecen estables desde el año 2005. Además, los nuevos casos con discapacidad grado 2 y los nuevos casos en niños permanecen también estables desde 2010, reflejando deficiencias en la detección de la lepra precoz y revelando que su transmisión continúa. Este trabajo revisa los desafíos de la eliminación y propone medidas para reducir la carga de la enfermedad, incluyendo propuestas para futuras investigaciones.

SUMMARY

Leprosy, one of the oldest diseases known to man, is a stigmatising, potentially disabling disease. Throughout history, leprosy has been associated with fear, prejudice and immense social stigma. It remains one of the leading causes of deformity and physical disability from an infectious disease. Tremendous advances in leprosy control were made by the World Health Organization, and the "elimination of leprosy", defined as a decrease of disease prevalence to less than 1 case per 10,000 population, was achieved by 2000. However, the reality is that true "elimination" is yet to be achieved. Despite almost 30 years of effective multidrug treatment, the prevalence and incidence of leprosy have plateaued since 2005. Moreover, new cases with Grade 2 disability and new cases occurring in children remain unchanged since 2010, reflecting a failure in early leprosy detection, and indicating that transmission is clearly continuing. This review examines the challenges of elimination, and proposes further measures to reduce the disease burden, including future research possibilities.

ANTECEDENTES

La lepra, una de las enfermedades más antiguas conocidas por el hombre, es estigmatizante y potencialmente discapacitante. Es crónica e infecciosa y está causada por el *Mycobacterium leprae*. Las manifestaciones clínicas incluyen la piel, nervios periféricos y lesiones oculares.¹ Entre las enfermedades transmisibles, la lepra es una causa de discapacidad física permanente.² Sin embargo, el tratamiento precoz cura y previene la discapacidad. La lepra se

Correspondencia a: Cassandra Chaptini, Flinders Medical Centre, Adelaide, South Australia, Australia (e-mail: cassandra.chaptini@health.sa.gov.au).

clasifica en paucibacilar (1-5 lesiones cutáneas) y multibacilar (más de 5 lesiones). Hay muchos determinantes sociales que impactan sobre el control de la lepra, como se ilustra en la Tabla 1.

Para evitar la resistencia a los medicamentos, se recomendó el tratamiento con dapsona, rifampicina y clofazimina por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1981 y presenta un índice de curación del 98%.^{3,4}

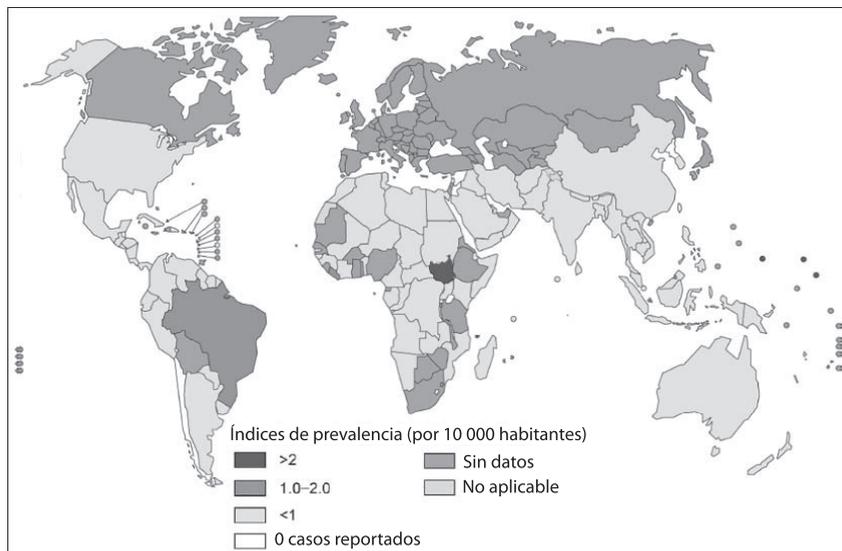


Tabla 1. Determinantes sanitarios con impacto sobre la lepra

Determinantes socioeconómicos y emocionales

- **Pobreza y bajos ingresos** – la lepra se asocia con la pobreza debido a muchos factores, incluyendo una educación pobre, menor acceso a servicios de salud, menores ingresos para conseguir medicación, viviendas inadecuadas y hacinamiento
- **Estatus social** – la lepra se asocia con un estatus socioeconómico bajo por motivos como menores ingresos, insuficiente educación y menor acceso a servicios sanitarios
- **Educación** – el analfabetismo y la falta de educación se asocian con un índice mayor de lepra por un menor conocimiento de temas médicos y su asociación con menores ingresos
- **Estigma social** – la lepra se asocia con un gran estigma social que causa retrasos en el diagnóstico y el tratamiento e incrementa las discapacidades
- **Migración** – la migración de personas (refugiados, nómadas, inmigrantes y reasentados) de áreas endémicas de lepra a áreas de menor endemia puede originar una reemergencia de la enfermedad

Determinantes medioambientales

- **Vivienda y hacinamiento** – la lepra se transmite de persona a persona vía contacto cercano (hipotéticamente por vía respiratoria) y su transmisión se asocia con el hacinamiento de los individuos
- **Agua y saneamiento** – el suministro de agua inadecuada y un pobre saneamiento pueden incrementar la transmisión de la lepra
- **Acceso a los servicios sanitarios** – no poder acceder a tiempo a los servicios sanitarios puede originar un retraso en el tratamiento y afectar su adherencia
- **Catástrofes y conflictos** – incremento de lepra por migración y colapso de sistemas sanitarios
- **Empleo y condiciones laborales** – malas condiciones laborales pueden incrementar la transmisión de la lepra si hay hacinamiento y pobre higiene

Determinantes biológicos

- **Género** – existe un mayor riesgo en varones, sin embargo hay más morbilidad y complicaciones en mujeres (posiblemente por existir más estigmatización)
- **Genética** – hay evidencias de que no todas las personas desarrollan la enfermedad. Se cree que hay factores genéticos implicados, basados en la observación del agrupamiento de casos alrededor de ciertos familiares

Durante los tres primeros años de la MDT, la prevalencia global de la lepra se redujo un 45%,⁵ lo cual animó a la Asamblea de la OMS a aprobar una resolución en 1991 para “eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2000”.⁶ La eliminación de la lepra, definida como una disminución de la prevalencia de la enfermedad a menos de 1 caso por 10.000 habitantes, se consiguió en el año 2000. En el 2006 solamente quedaban 6 países que no cumplían la eliminación nacional.⁵ En 2013, el 96% de los nuevos casos a nivel global se detectaban en sólo 14 países (Figura 1).⁵

A pesar de casi 30 años de MDT efectiva, la prevalencia e incidencia de la lepra se han estabilizado desde el 2005 (Figura 2A).⁵

Además, los nuevos casos con discapacidad grado 2 (G2D) permanecen estables en 2013 comparado con 2010, reflejando fallos en la detección precoz de la lepra (Figura 2B).⁵

Tampoco se han reducido los nuevos casos en niños, siendo registrados un 9.2% en 2013,⁵ lo cual revela que existe transmisión activa y continúa.⁷

DEFINICIÓN DE LA ELIMINACIÓN Y CONTROL

La OMS define la eliminación de la enfermedad como la reducción de la incidencia de la infección a cero, y control de la enfermedad como reducción de la incidencia a un nivel aceptable.¹⁸

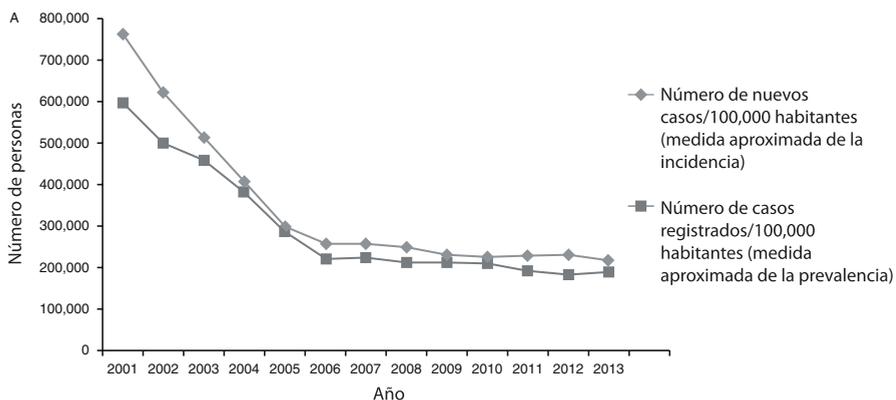


Figura 1. Índices de prevalencia global de la lepra
 Datos de enero 2012 reportados por la OMS. Fuente: Organización Mundial de la Salud.⁷

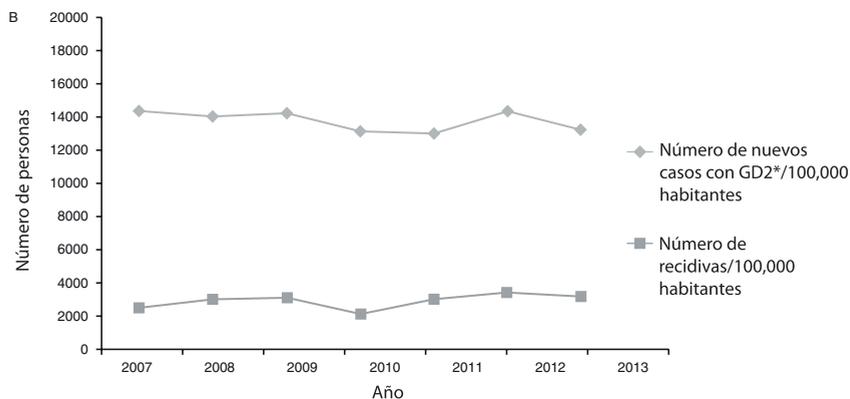


Figura 2. Carga global de la lepra. (A) Incidencia y prevalencia de la lepra. (B) Casos nuevos con discapacidad grado 2 (G2D)* y número de recidivas. *La discapacidad grado 2 (G2D) se define como una deformidad evidente o daño notorio, o deficiencia visual severa. Los gráficos fueron creados a partir de los datos reportados por la OMS.^{5,8-17}

Sin embargo, la OMS definió la eliminación de la lepra en términos de reducción de la prevalencia, que es esencialmente una diana de control.¹⁹ No obstante, se anticipó que una disminución de la prevalencia podría llevar a la eliminación.²⁰ Una concepto fundamental en la estrategia de eliminación era que la MDT reducía la transmisión del *M. leprae*²¹, aunque, desafortunadamente, no hay evidencia sostenible que lo apoye.^{19,22-25} La evaluación de la MDT sobre la transmisión es difícil por muchos factores. Primero, porque la lepra tiene un período largo de incubación desde 2-20 años, y las técnicas de laboratorio para detectar la lepra en sus inicios son deficientes.¹ Segundo, las disminuciones en la detección de nuevos casos tiene otras causas, incluyendo la vacunación con el bacilo Calmette-Guerin (BCG).²⁶ Finalmente,

medidas de control variables con el paso del tiempo complican interpretar las tendencias de los datos.¹⁹

LOS DESAFÍOS DE LA ELIMINACIÓN

Aunque la meta era eliminar la lepra como un problema de salud pública, la terminología resultó confusa para muchos, incluso para los artífices de las recomendaciones que terminaron por creer que la meta era su total eliminación³. Esto explicaría en parte la reducción de recursos destinados al programa, la disminución de estudios científicos sobre lepra y el porqué la enfermedad ya casi ni consta en el plan de estudios de las facultades de medicina, incluso en países endémicos.³

Aunque la OMS abandonó la meta de la “eliminación” en el 2007, los índices nacionales de nuevos casos de lepra se siguen empleando y pueden tener consecuencias desafortunadas como, por ejemplo, en el caso de la India.^{3,19,27} La presión sobre determinados países para alcanzar esta meta de eliminación en el 2005 hizo que la India proclamara su eliminación, sin embargo muchos estudios independientes demostraron la existencia de pacientes sin diagnosticar y sin registrar, incluido el no registrar casos con una sola lesión y no hacer seguimiento de los contactos.^{3,28} India ha seguido reportando 130.000 nuevos casos anuales, manteniéndose en la categoría de “eliminado”.³ Sin embargo, desde el 2004-2007, la detección de nuevos casos disminuyó un 75%, pero la proporción de nuevos casos con discapacidad grado 2 se incrementó un 38%.^{14,16,19} Esto implica una menor búsqueda de casos activos ya que hay menos iniciativas destinadas a la detección de nuevos casos con tiene un efecto muy negativo sobre la morbilidad de la lepra.^{3,28,29}

Aunque es importante concretar metas para proporcionar una dirección para los programas nacionales y asegurar un compromiso político, hay que delimitar correctamente las metas. La evidencia demuestra que las dianas basadas en las discapacidades refuerzan el diagnóstico precoz y el tratamiento y previene la morbilidad.^{30,31} Por tanto, se ha producido un cambio entre centrar toda la importancia sobre la “eliminación” y el total de nuevos casos hallados, a enfatizar los índices de discapacidad, con los nuevos casos de discapacidad grado 2.

Desafortunadamente, la celebración del progreso en la lucha contra la lepra puede haber disminuido el compromiso político.³³ Los recursos para los programas de lepra han disminuido un 5% por año globalmente, durante los últimos 5 años.³ Actualmente, pocos países tienen un programa de respuesta-vigilancia para proporcionar datos epidemiológicos e implementar las intervenciones necesarias. Además, muchos programas de lepra se han quedado sin apoyo y ha disminuido la experiencia médica en el diagnóstico y control del paciente³ y algunos países donde sí que ha tenido éxito la lucha contra la enfermedad desafortunadamente por estos motivos se ha producido un incremento de casos multibacilares y discapacitados.³

Con la existencia de otras prioridades (p. ej. VIH, malaria, TB), constituye un reto para los implicados en los distintos sectores y programas reafirmar su compromiso y designar un aumento de recursos tanto a nivel global como nacional. Allí donde los medios son escasos, hay que considerar compartir programas de control con otras enfermedades.³³ Existe una

necesidad inmediata de reestructurar y mantener la experiencia en la lepra y desarrollar estrategias globales y nacionales conjuntamente con los diversos colaboradores para incrementar los programas de formación. Además, se requieren esfuerzos a nivel nacional para implicar a dermatólogos en los programas de control de la lepra para así poder mantener unos servicios de calidad para la lepra. Para conseguir esto, resulta vital que se consolide la colaboración entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, sector privado, agencias internacionales, asociaciones profesionales y personas afectadas por la enfermedad.

MEDIDAS PARA REDUCIR LA CARGA DE LA ENFERMEDAD

Vigilancia de los contactos

El riesgo de contraer la lepra para aquellos individuos que conviven con pacientes multibacilares es de 5-10 veces mayor y con pacientes paucibacilares 2-3 veces mayor, que en individuos no convivientes. Los casos sin diagnosticar y las infecciones subclínicas en contactos, contribuyen a una proporción significativa de nuevos casos.³² Por tanto, si se implementaran a nivel nacional campañas para detectar casos y supervisar los contactos, se estaría reduciendo la carga de la enfermedad.

Inmunoprofilaxis

La mejor forma de controlar la enfermedad es mediante una vacuna efectiva. La vacuna BCG, aunque no totalmente protectora, se administra contra la lepra y la recibe un 85% de los niños del mundo.³² La protección de la BCG frente a la lepra es muy variable por causas que se desconocen.^{26,34} Un metanálisis reveló un efecto protector total del 26% [95% de intervalo de confianza (CI): 14-37%] en estudios experimentales, y del 61% [95%CI151-70%] en estudios observacionales.^{26,32} En estudios recientes, se demostró que una dosis adicional de BCG protegía más que una dosis única y el efecto protector duraba décadas.²⁶ Se ha propuesto administrar una dosis adicional de BCG para todos los grupos de riesgo en áreas muy endémicas.²⁶

Quimioprofilaxis

Ya se dispone de mucha evidencia sobre la utilidad de la quimioprofilaxis en contactos asintomáticos.^{32,35-40} Un metanálisis de siete ensayos controlados-aleatorios (RCTs) demostraron que la quimioprofilaxis proporcionó un 60% de protección frente a la lepra.⁴⁰ La rifampicina presenta un efecto aditivo con el BCG. Un RCT demostró que individualmente la BCG y la rifampicina proporcionaron un 57% (95% CI: 24-75%) y un 58% (95% CI: 50-92%).³⁸ Se cree que si los programas nacionales administraran una dosis de rifampicina y BCG a contactos asintomáticos, se podrían prevenir muchos casos potenciales y reducir la actual transmisión.^{36,37}

Prevenir la resistencia farmacológica

Se han publicado varios informes de resistencias, frente a la rifampicina, dapsona y ofloxacino.³²⁻⁴¹ Si se implementa la quimioprofilaxis hay que evitar la resistencia farmacológica y hay

que controlar de manera muy estricta y a lo largo del tiempo su incidencia para introducir nuevas medidas si son necesarias.^{42,32}

Globalmente, se informa de más casos de recidivas.^{5,8-17} La recidiva indica fallo del tratamiento causado por una toma inadecuado o irregular.⁵ Resulta vital controlar los casos de recidivas en relación con haber completado el tratamiento y la fármaco resistencia en todos los programas nacionales.

La adherencia al tratamiento es el principal factor en cuanto a la fármaco-resistencia. En los países en desarrollo, muchas veces se interrumpe el tratamiento por falta de medicamento o por no poder acceder a los servicios sanitarios. La OMS aconseja la “MDT acompañada” en estos casos, de manera que al paciente se le da todo el tratamiento en el momento del diagnóstico y se nombra a alguien para que lo asista durante el curso del tratamiento.³² Muchos pacientes no toman el tratamiento por las leproreacciones, que son episodios inflamatorios mediados por la inmunidad. Resulta imperativo que el personal sanitario y comunitario permanezca formado vía programas de lepra y que sepa que no hay que interrumpir la MDT durante estas reacciones.

Prevención de las discapacidades y rehabilitación

Incluso después del tratamiento efectivo, la morbilidad y discapacidad a largo plazo son problemáticas. Hasta un 60% de los pacientes presenta afectación neural periférico en el momento del diagnóstico.^{3,50,51} La educación del personal sanitario y comunitario es vital para prevenir el daño en manos, pies y ojos en los que presentan neuropatía periférica.^{3,51} La derivación es importante para las complicaciones agudas y se requiere disponer de servicios de rehabilitación para que los discapacitados puedan mejorar su calidad de vida.

Reducir el estigma de la lepra

El estigma de la lepra está todavía presente en muchas comunidades y hay que motivar a los individuos afectados para que acudan a buscar su tratamiento. Resulta esencial que los programas busquen la colaboración de las personas afectadas. En la Tabla 2 se especifican algunas acciones clave para fortalecer el compromiso comunitario y facilitar la detección precoz. El aumento de la participación de la comunidad, ayudará a la formulación de posibles planteamientos operativos y a conseguir implementar con éxito estos objetivos, además de incrementar la búsqueda de casos, mejorar la adherencia al tratamiento y por último, prevenir la aparición de discapacidades.

Futuro

Un siglo después de su descubrimiento, el *M. leprae* todavía no puede ser cultivado *in vitro* y existen grandes lagunas sobre su biología.⁴³ El modo de transmisión y el periodo de infectividad no se conocen. No queda claro si la lepra se transmite durante la incubación o si hay portadores sanos. Se ha demostrado la presencia de DNA de *M. leprae* en la cavidad nasal de individuos asintomáticos, pero hay que seguir investigando⁴⁴ qué implica. No

disponemos de instrumentos válidos para el cribaje, de manera que el tratamiento depende de la autoidentificación o de un elevado grado de sospecha por parte de los clínicos.

Tabla 2. Fortalecimiento de las acciones comunitarias y reducción de la estigmatización

Meta	Acción
<ul style="list-style-type: none"> Incremento del compromiso de las personas afectadas de lepra 	<ul style="list-style-type: none"> Abogar para que las personas con lepra faciliten información al público en general y a los medios de comunicación para sobreponerse a barreras educativas, culturales y sociales Animar a que los afectados por lepra participen en los problemas públicos
<ul style="list-style-type: none"> Disminuir el estigma comunitario hacia la lepra 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar talleres sobre empoderamiento Aumentar la educación en general para afrontar mitos y equivocaciones que generan discriminación y abusos en los derechos humanos Emplear un lenguaje de “persona primero”, por ejemplo personas con lepra en vez de leproso
<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la educación comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la información, educación y comunicación Proporcionar pósters de lepra en lugares públicos Buscar todo el apoyo posible para diseminar mensajes positivos sobre la enfermedad, incluyendo líderes comunitarios, maestros, autoridades religiosas y curanderos tradicionales
<ul style="list-style-type: none"> Abolición de todas las leyes discriminatorias 	<ul style="list-style-type: none"> Presionar a los países para abolir las leyes discriminatorias contra personas con lepra
<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la estigmatización y discriminación hacia las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar grupos para mujeres Identificar líderes femeninos con lepra para el papel de modelo a seguir Incluir a todas las mujeres en talleres sobre empoderamiento Incorporar a las mujeres en todos los sistemas de actuación

No se conoce la relevancia de los reservorios no-humanos y medioambientales.⁴⁵ Se ha detectado lepra en armadillos salvajes y primates no-humanos, sin embargo, su implicación en las infecciones humanas no está determinada.⁴⁷⁻⁴⁹ Varios estudios demostraron un reservorio medioambiental en las muestras de tierra de varios países endémicos.^{45,46}

Estas limitaciones dificultan el control de la lepra y hay que seguir investigando el desarrollo de nuevos instrumentos diagnósticos y epidemiológicos. Además, sería útil avanzar en la logística de la implementación de la profilaxis y su coste-efectividad, así como el desarrollo de nuevos tratamientos químico e inmunoprolácticos.

CONCLUSIÓN

Eliminar una enfermedad es muy difícil de conseguir, especialmente el caso de la lepra, que presenta un período de incubación largo y variable y que todavía se desconoce mucho sobre su biología. La lepra, enfermedad enigmática, es una de las enfermedades más antiguas conocidas por el hombre, sin embargo, aún hay muchos conceptos básicos desconocidos de la enfermedad, incluyendo su transmisión y patogenia. Aunque se ha avanzado mucho en la implementación del tratamiento a los afectados, el progreso futuro hacia su erradicación depende de comprender mejor su transmisión y de disponer de nuevos instrumentos para impedirla. Esperamos que se pueda sostener el progreso realizado mediante la voluntad política de los gobiernos y continuar con la investigación sobre esta enfermedad y su tratamiento. Pedimos a todos los países, gobiernos, personal implicado e individuos que reafirmen su compromiso para reducir la carga de una de las enfermedades más devastadoras del mundo, para que de ese modo, algún día podamos afirmar que la lepra está de verdad eliminada.

REFERENCIAS

1. Fine PE. Leprosy: the epidemiology of a slow bacterium. *Epidemiol Rev*, 1982; 4: 161–188.
2. Bennett BH, Parker DL, Robson M. Leprosy: Steps Along the Journey of Eradication. *Public Health Rep*, 2008; 123: 198–205.
3. Lockwood D, Shetty V, Penna GO. Hazards of setting targets to eliminate disease: lessons from the leprosy elimination campaign. *BMJ*, 2014; 348: g1136. doi: 10.1136/bmj.g1136.
4. Scollard DM, Adams LB, Gillis TP et al. The continuing challenges of leprosy. *Clin Microbiol Rev*, 2006; 19: 338–381.
5. World Health Organization. Global leprosy update, 2013; reducing disease burden. *Wkly Epidemiol Rec*, 2014; 89(36): 389–400.
6. World Health Organization. Resolution WHA44.9. Leprosy. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board Volume III 1985–1992*. 3rd ed, Geneva: World Health Organisation 1993; pp. 117–118.
7. World Health Organization. Leprosy Prevalence Rates. World Health Organisation Map Production: Control of Neglected Tropical Diseases. http://www.who.int/lep/situation/Leprosy_PR_2011.pdf?ua=1. Published 2012.
Accessed October 1, 2014.
8. World Health Organization. Global leprosy: update on the 2012 situation. *Wkly Epidemiol Rec*, 2013; 88(35): 365–380.
9. World Health Organization. Global leprosy situation, 2012. *Wkly Epidemiol Rec*, 2012; 87(34): 317–328.
10. World Health Organization. Leprosy Update, 2011. *Wkly Epidemiol Rec*, 2011; 86(36): 389–400.

11. World Health Organization. Global leprosy situation, 2010. *Wkly Epidemiol Rec*, 2010; 85(35): 337–348.
12. World Health Organization. Global leprosy situation, 2009. *Wkly Epidemiol Rec*, 2009; 84(33): 333–340.
13. World Health Organization. Global leprosy situation, 2008. *Wkly Epidemiol Rec*, 2008; 83(33): 293–300.
14. World Health Organization. Global leprosy situation, 2000–2001. *Wkly Epidemiol Rec*, 2002; 77(1): 1–8.
15. World Health Organization. Global leprosy situation, 2006. *Wkly Epidemiol Rec*, 2006; 32(81): 309–316.
16. World Health Organization. Global leprosy situation, 2005. *Wkly Epidemiol Rec*, 2005; 80(34): 289–296.
17. World Health Organization. Global leprosy situation, 2004. *Wkly Epidemiol Rec*, 2005; 80(13): 113–124.
18. World Health Organization. Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases – a roadmap for implementation. World Health Organization 2012.
19. Richardus JH, Habbema JD. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae*: is elimination being attained? *Lepr Rev*, 2007; 78: 330–337.
20. World Health Organization. Progress towards the elimination of leprosy as a public health problem. *Wkly Epidemiol Rec*, 1993; 68: 181–186.
21. World Health Organization. Leprosy. *Wkly Epidemiol Rec*, 2001; 76: 173–179.
22. Meima A, Gupte MD, van Oortmarsen GJ et al. Trends in leprosy case detection rates. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 1997; 65: 305–319.
23. Fine PE, Warndorff DK. Leprosy by the year – what is being eliminated? *Lepr Rev*, 2000; 68: 201–202.
24. Smith WC. We need to know what is happening to the incidence of leprosy. *Lepr Rev*, 1997; 68: 195–200.
25. Anonymous. Report of the International Leprosy Association Technical Forum. 25–28 February 2002. Paris, France. *Lepr Rev*, 2002; (73 Suppl): S3–61.
26. Setia MS, Steinmaus C, Ho CS et al. The role of BCG in prevention of leprosy: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 2006; 6: 162–170.
27. World Health Organization. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities 2006–2010, Geneva: World Health Organization 2006.
28. World Health Organization. National programme managers for leprosy elimination. Report of an intercountry meeting, Katmandu, Nepal: World Health Organization South East Asia Office 2005.

29. Shetty VP, Thakar UH, D'Souza E et al. Detection of previously undetected leprosy cases in a defined rural and urban area of Maharashtra, Western India. *Lepr Rev*, 2009; 80: 22–33.
30. Siddiqui MR, Velidi NR, Pati S et al. Integration of leprosy elimination into primary health care in Orissa, India. *PLoS One*, 2009; 4: e8351.
31. World Health Organization. Report of the Global Programme Managers Meeting on Leprosy Control Strategy, New Delhi, India: World Health Organization Regional Office for South-East Asia 2009; pp. 20–22.
32. World Health Organization. World Health Organization Expert Committee on Leprosy. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 2012; 968: 1–61.
33. Smith CS, Noordeen SK, Richardus et al. A strategy to halt leprosy transmission. *Lancet Infect Dis*, 2014; 14: 96–98. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70365-7.
34. Zodpey SP. Protective effect of bacilli Calmette Guerin (BCG) vaccine in the prevention of leprosy: a meta-analysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2007; 73: 86–93.
35. Smith CM, Smith WC. Chemoprophylaxis is effective in the prevention of leprosy in endemic countries: a systematic review and meta-analysis. MILEP2 Study Group. *Mucosal Immunology of Leprosy. J Infect Dis*, 2000; 41: 137–142.
36. Moet FJ, Oskam L, Faber R et al. A study on transmission and a trial of chemoprophylaxis in contacts of leprosy patients: design, methodology and recruitment findings of COLEP. *Lepr Rev*, 2004; 75: 376–388.
37. Moet FJ, Pahan D, Oskam L et al. Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 2008; 336: 761–764.
38. Schuring RP, Richardus JH, Pahan D et al. Protective effect of the combination BCG vaccination and rifampicina prophylaxis in leprosy prevention. *Vaccine*, 2009; 27(50): 7125–7128.
39. Richardus RA, Alam K, Pahan D et al. The combined effect of chemoprophylaxis with single dose rifampicin and immunoprophylaxis with BCG to prevent leprosy in contacts of newly diagnosed leprosy cases: a cluster randomized controlled trial (MALTALEP study). *BMC Infect Dis*, 2013; 13: 456.
40. Reveiz L, Buendía JA, Téllez D. Chemoprophylaxis in contacts of patients with leprosy: systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica*, 2009; 26: 341–349.
41. Matsuoka M, Kashiwabara Y, Namisato MA et al. *Mycobacterium leprae* isolate resistant to dapsone, rifampin and sparfloxacin. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 2000; 68: 452–455.
42. Maeda S, Matsuoka M, Nakata N et al. Multidrug resistant *Mycobacterium leprae* from patients with leprosy. *Antimicrob Agents Chemother*, 2001; 45: 3635–3639.
43. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. *Lancet*, 2004; 363(9416): 1209–1219.
44. Beyene D, Aseffa A, Harboe M et al. Nasal carriage of *Mycobacterium leprae* DNA in healthy

- individuals in Lega Robi village, Ethiopia. *Epidemiol Infect*, 2003; 131: 841–848.
45. Truman R, Fine PEM. “Environmental” sources of *Mycobacterium leprae*: issues and evidence. *Lep Rev*, 2010; 81: 89–95.
 46. Chakrabarty AN, Dastidar SG. Is soil an alternative source of leprosy infection? *Acta Leprol*, 2001; 12: 79–84.
 47. Truman RW, Singh P, Sharma R et al. Probable zoonotic leprosy in the southern United States. *N Engl J Med*, 2011; 364: 1626–1633. doi:10.1056/NEJMoa1010536.
 48. Job CK, Drain V, Truman R et al. The pathogenesis of leprosy in the nine-banded armadillo and the significance of IgM antibodies to PGL-1. *Indian J Lepr*, 1992; 64: 137–151.
 49. Meyers WM, Gormus BJ, Walsh GP et al. Naturally acquired and experimental leprosy in nonhuman primates. *Am J Trop Med Hyg*, 1991; 44(4 Pt 2): 24–27.
 50. Staples J. Interrogating leprosy stigma: why qualitative insights are vital. *Lep Rev*, 2011; 82: 91–97.
 51. Lockwood D, Saunderson PR. Nerve damage in leprosy: a continuing challenge to scientists, clinicians and service providers. *Int Health*, 2012; 4: 240–252.

SIMPOSIUM GLOBAL SOBRE LA HISTORIA DE LA LEPROA

Auspiciado por la Sasakawa Memorial Health Foundation, el pasado mes de enero se celebró en Tokyo, Japón, el simposium dedicado a la conservación de la historia de la lepra bajo el título: "Symposium on World History of Leprosy". De este modo, las reuniones anuales anteriores organizadas por la fundación de carácter más local han culminado finalmente en un evento con participación de representantes de todos los continentes. A lo largo de tres días los asistentes han expuesto la situación de la historia de la enfermedad en sus respectivos países y los problemas a que se enfrentan para su conservación.

El día anterior, se celebró el Pre-Symposium Session con el traslado de todos los participantes al Museo Nacional de la Enfermedad de Hansen de Tokyo, en las afueras de la ciudad. Allí, durante la mañana, residentes de edad muy avanzada de los leprosarios de Japón expusieron sus vivencias que fueron extremadamente adversas desde 1907, año del inicio del confinamiento obligatorio de los afectados por la enfermedad en los leprosarios hasta que en 1951 se crea la Asociación de los Residentes de la Enfermedad de Hansen, aunque la Ley de Prevención de la Lepra no se consigue abolir hasta 1996 y en el 2001 reciben el reconocimiento y compensación del estado por los abusos sufridos por dicha ley.





Actualmente, en Japón existen 13 sanatorios con aproximadamente 1700 residentes.

Durante la tarde se presentaron ponencias de distintos países, destacando la de Etiopía, único país africano participante. En este país se detectaron 3758 nuevos casos el año pasado (10.2 G2D; 12,8 niños). El primer sanatorio data de 1901 y es de origen francés. En 1965 se fundó ALERT y en el 1967 la Asociación Armauer Hansen Research Institute.

El simposium se inaugura con la presencia del presidente de la Sasakawa Memorial Health Foundation y continúa con las distintas sesiones y las correspondientes presentaciones de 15 minutos.

La presentación de Fontilles sobre networking regional y su propuesta presentada a la Comisión Europea fue muy comentada, ya que es la única a nivel "Regional OMS" ya completada y pendiente de aprobación.

Bajo el nombre "Latino América", Beatriz Miranda de Ecuador y Benjamín Mayer Foulkes de México proponen organizar en este último país el próximo junio una reunión preliminar sobre la historia de la lepra en esta región. Han confirmado asistencia: Brasil, México, Colombia, Surinam y Ecuador. Se pretende la asistencia de España y Portugal. La Sasakawa Memorial Health Foundation, en nombre de la Sra. Yamaguchi insiste en la participación activa de Fontilles en este evento.

En Asia, el Dr. Arturo Cunanan, Director del Sanatorio de Culión en Filipinas fue el encargado de organizar este network. El proyecto está en fase de elaborar un comunicado sobre la

necesidad de un network para compartir la historia de esta enfermedad e implicar a todos los países del continente.

Todos los participantes acuerdan que no puede faltar África en este proyecto global, pero de momento sólo está Etiopía. Aunque se admite que en estos países donde los programas de detección y tratamiento de la enfermedad adolecen de personal y fondos para su sostenibilidad la búsqueda de financiación para la historia tiene que ser externa, nunca de recursos propios.

Destacar la última sesión donde se concretaron los puntos más interesantes del simposium:

- Subrayar la labor realizada en el Pacífico y la búsqueda del concepto de “su” historia y preparar su propio network.
- Brasil tiene su propia web y abundante material (entregan a los asistentes 3 CD y un libro sobre historia de la lepra en su país).
- Malasia centra sus planteamientos en conseguir que sus legados sean reconocidos como National Heritage para dirigirse a la UNESCO.
- La necesidad de obtener las transcripciones orales de los afectados por la enfermedad, ya que están desapareciendo con el tiempo.

El simposium finalizó con la aceptación de todos los participantes de una resolución en que coinciden mayoritariamente en destacar que la historia de la lepra está rápidamente desapareciendo con el cierre y abandono de los leprosalarios y demás instalaciones dedicadas al cuidado de los afectados, muchos de ellos en ruinas e incluso derribados para ser utilizados para otros fines. Estos centros contienen un bagaje histórico desde el punto de vista médico, social, artístico y cultural que han ido acumulando desde sus inicios de un inmenso valor y que hay que intentar conservar para preservar la memoria de su historia, que al fin y al cabo, es la memoria de la lucha contra esta enfermedad, así como un reflejo de la solidaridad y el compromiso social. Además de conservar hay que difundir y transmitir su significado al público en general, a estudiantes e investigadores, para que sirva de modelo en temas relacionados con la identidad, inclusión y justicia que surgen cuando la sociedad se enfrenta a cambios y situaciones que conllevan el potencial de la incomprensión y la injusticia, que finalmente terminan con el aislamiento y exclusión social de distintos grupos sociales.

Dr. Pedro Torres

Editor de Revista de Leprología

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO CON PARTICIPACIÓN DE FONTILLES

El personal sanitario de Fontilles ha participado y participará como docente en las siguientes actividades formativas:

Formación del personal sanitario de AISE que se va a desplazar a Ecuador en próximas fechas. Han participado 60 sanitarios y el curso se desarrolló en Barcelona en el mes de febrero de 2016.

Formación en el Curso de Enfermedades Emergentes e Importadas y Medicina del Viajero. Master Universitario en Enfermedades infecciosas y Salud Internacional. Hospital General Alicante. Febrero 2016.

Formación al personal que participa en el Master de Medicina Tropical en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Marzo 2016.

Formación del personal que participa en el Master de Medicina Tropical organizado por la Universidad Autónoma de Barcelona. Abril 2016.

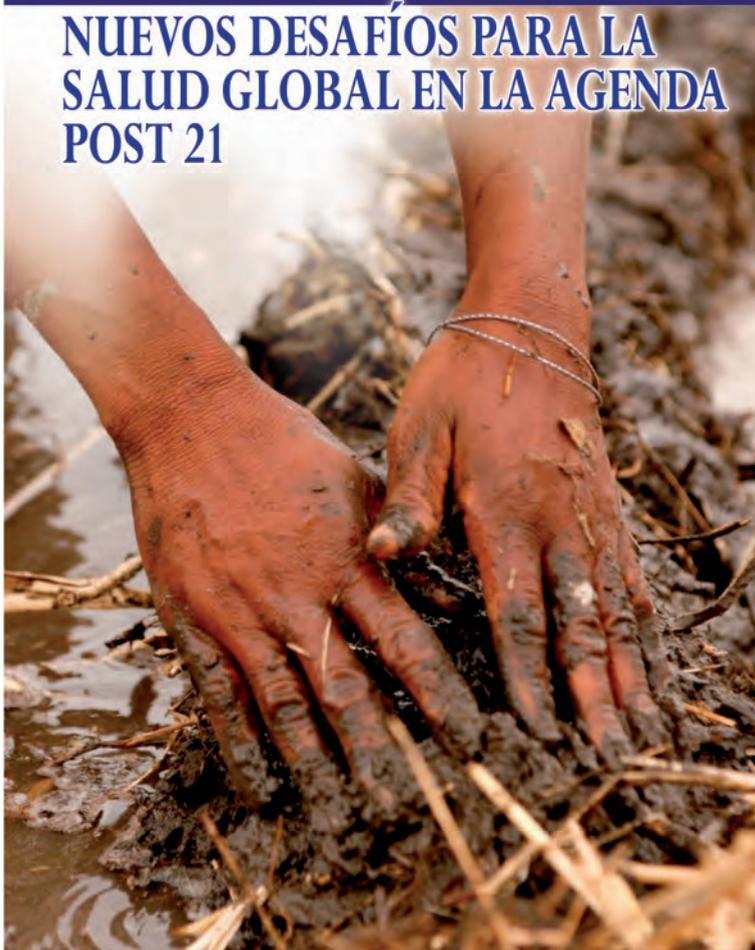
Formación del personal que participa en el Curso Tropical EVES. Mayo 2016.

Dr. José Ramón Gómez Echevarría

Director Médico, Lepra

V SEMINARIO
"SALUD Y COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO"

NUEVOS DESAFÍOS PARA LA SALUD GLOBAL EN LA AGENDA POST 21



Sanatorio de Fontilles
8 y 9 de abril de 2016

fontilles
salud  desarrollo



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

NUEVOS DESAFÍOS PARA LA SALUD GLOBAL EN LA AGENDA POST 21

OBJETIVOS

Con el V Seminario de Salud y Cooperación al Desarrollo, de acuerdo con la filosofía del abordaje interdisciplinar de los anteriores encuentros, pretendemos reflexionar sobre todas estas cuestiones e identificar instrumentos para la acción política y social que contribuyan a avanzar hacia la efectividad en la nueva estrategia de la Agenda Post 21.

DESTINATARIOS

El Seminario está orientado al alumnado universitario, docentes de grado y postgrado y profesionales de las Ciencias de la Salud o de Ciencias Sociales interesados; pero también podrá matricularse cualquier persona interesada en la temática de la cooperación internacional, desarrollo y salud.

COSTE DE INSCRIPCIÓN

10 euros.

RECONOCIMIENTO ACADÉMICO Y PROFESIONAL

Está solicitado el reconocimiento de 1 crédito para los alumnos universitarios. El resto de asistentes recibirá Certificado de Asistencia expedido por la UA.

ALOJAMIENTO

Para los participantes que deseen pernoctar en el Sanatorio de Fontilles la noches del 7 y/u 8 de abril, se dispone de un número limitado de habitaciones (18 individuales, 13 dobles y una triple) que serían asignadas por riguroso orden de reserva (e-mail:marisa@fontilles.org). El precio de las habitaciones es de 40 euros/día (incluido desayuno y cena) por persona.

Coste de la comida del viernes 8 de abril para todos los participantes: 10 Euros (a pagar en recepción el mismo día).

PROGRAMA

Viernes 8 de Abril 2016

09,00-09,30h	Presentación del Seminario
09,30-11,00h	“La agenda de desarrollo y las desigualdades internacionales” José Antonio Sanahuja Perales. <i>Universidad Complutense</i>
11,00-11,15h	Coffee break
11,15-12,45h	“La ética ecológica.” Joaquín Araujo, <i>escritor y divulgador medioambientalista.</i>
12,45-14,15 h	“La salud sexual y reproductiva en las crisis humanitarias: satisfacer las necesidades y velar por el ejercicio de los derechos” Filomena Ruggiero, <i>responsable del área de incidencia política de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE)</i>

Comida

16,00-17,30h	“Biopolítica global y desigualdades sociales en salud” Javier Segura del Pozo Jefe del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental del Instituto de Salud Pública (Madrid)
17,30-17,45h	Coffee break
17,45-21,00h	Mesa redonda: “Argumentos para lograr una responsabilidad social efectiva a favor del desarrollo sostenible y contra el cambio climático. Modera: Isabel Casabona Martínez. <i>Universidad de Alicante</i> Intervienen: <ul style="list-style-type: none"> • Juan Carlos Montero Telo, <i>Dietista-Nutricionista y Director Técnico de Alimentación.</i> • Isidro Jiménez Gómez, <i>filósofo, doctor en Ciencias de la Información, experto en comunicación social y miembro del área de consumo de Ecologistas en Acción</i> • Pablo Barrenechea Abecia. <i>Consultor ambiental, máster en derecho ambiental en la Universidad del País Vasco y adjunto de ECODES (Ecología y desarrollo)</i> Presentación de la Campaña “Un millón de compromisos por el clima, camino de la COP21” (www.unmillonporelclima.es)

Sábado 9 de Abril 2016

09,00-10,15h	“La Soberanía Alimentaria, el derecho a la alimentación” Gustavo Duch Guillot, <i>Veterinario, escritor e investigador en seguridad alimentaria</i>
10,15-11,30 h	“Del desarrollo rural a la agroecología: hacia un cambio de paradigma” Eduardo Sevilla Guzmán. <i>Universidad de Córdoba</i>
11,30-12,30h	Coffee break y visita guiada al Sanatorio de Fontilles
12,30-13,45 h	Conferencia de clausura. “Tiempos de desigualdad, pobreza, guerra y terror, ¿quién es responsable?, ¿hay alternativas?” Jordi Calvo Rufanges. <i>Coordinador del Centre Delàs d'Estudis per la Pau. Investigador y profesor de conflictos, paz y cooperacion</i>

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN

Universidad de Alicante. **Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia.** Edificio Ciencias Sociales.

Horario: lunes a viernes de 9 h a 14 h

Teléfono: 965 90 39 19 - Fax: 965 90 39 64

E-mail: dsp@ua.es (indicar en el asunto Seminario FONTILLES)

LUGAR DE CELEBRACIÓN



COORDINACIÓN ACADÉMICA

Asociación Fontilles: **Eduardo de Miguel, José Ramón Gómez, Fátima Moll e Inma Rodrigo.** Universidad de Alicante / Facultad de Ciencias de la Salud: **Josep Bernabeu, Isabel Casabona, Carmen de la Cuesta, María Eugenia Galiana, Diana Gil y Eva María Trescastro.**

organizan

fontilles
salud + desarrollo

UA

UNIVERSITAT D'ALACANT
Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

colaboran

UA

UNIVERSITAT D'ALACANT
Vicerectorat de Cultura, Esports i Política Lingüística
Vicerectorado de Cultura, Deportes y Política Lingüística

Benissa
Universitat d'Alacant
SEU UNIVERSITARIA
DE LA MARINA

CURSOS INTERNACIONALES DE LEPROLOGÍA 2016

59° Curso Internacional de Leprología para Personal Sanitario:

3-7 octubre de 2016

Dirigido a personal paramédico, misioneros, diplomados en enfermería, auxiliares sanitarios, trabajadores sociales y otros titulados interesados en la lucha contra la lepra.

53° Curso Internacional de Leprología para Médicos:

21-25 de noviembre de 2016

Dirigido a Médicos Dermatólogos que deseen especializarse en Leprología y Médicos interesados en la lucha contra la Lepra y en patología dermatológica tropical.

Información y secretaría:

Tel.: 96 558 33 50 - Fax: 96 558 33 76.

Cursos Leprología. Ctra Orba-La Vall de Laguar Km.

403791 Fontilles (Alicante).

E-mail: rosana@fontilles.org

19º CONGRESO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA

Beijing, China, 18-21 septiembre 2016

Toda la información referente al próximo Congreso Internacional de Leprología la encontrarán en el siguiente enlace:

<http://ciccst.org.cn/ILC2016/index.html>

FONTILLES CAPACITA A PROMOTORES DE SALUD PARA ENFRENTAR EL VIRUS DEL ZIKA EN NICARAGUA

Atendiendo la llamada de las autoridades de salud para apoyar el plan nacional de lucha antiepidémica contra el virus del Zika en el país, el 28 de enero se organizó un curso de formación para 72 promotores de salud voluntarios del municipio de Somotillo, departamento de Chinandega, quienes aprendieron sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y cómo prevenirla. Asimismo, el 17 de febrero se brindó un nuevo taller, en esta ocasión dirigido a los promotores de salud del municipio de Villa Nueva, también perteneciente al departamento de Chinandega, en el que participaron 45 personas y contó con la presencia de la delegada departamental del Ministerio de Educación y la responsable de epidemiología del SILAIS Chinandega.

Ambas funcionarias expresaron su agradecimiento a Fontilles por esta nueva contribución, que facilitará disponer de más personal entrenado para fortalecer el diagnóstico temprano de la enfermedad, apoyar las actividades de información, educación y comunicación en las escuelas y comunidades, así como organizar con las familias como protagonistas acciones





de prevención y control que incluyen limpieza, fumigación, abatización y destrucción de criaderos del vector.

Hasta febrero se han registrado 85 casos de Zika en Nicaragua, 6 de ellos son embarazadas pero están estables, y en la zona donde interviene Fontilles han sido detectados 5 (4 adultos y un menor). Las autoridades de salud están sumamente preocupadas dada la peligrosidad del virus y la presencia de otras dos enfermedades (Dengue y Chikungunya) a nivel nacional. Por ello, se está realizando a lo largo de todo el país esta campaña de prevención, en la cual la formación de personal es muy importante para que la población, sobre todo de las zonas rurales, conozcan la enfermedad, su identificación y las medidas que deben tomar para evitar el contagio.

La infección por el virus del Zika ha sido confirmada en 22 países de América Latina y el Caribe. Es causada por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, sobre todo de *Aedes aegypti* presente en las regiones tropicales, el mismo que transmite el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla.

Las personas enfermas por el virus de Zika presentan síntomas similares a las de otras infecciones por arbovirus, entre ellas el dengue, y consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar general y cefaleas que suelen durar entre 2 y 7 días. Sin embargo, durante brotes de la enfermedad en la Polinesia Francesa y Brasil, las autoridades sanitarias nacionales notificaron potenciales complicaciones neurológicas y autoinmunes como el síndrome de Guillain-Barré y un aumento del número de bebés que



nacen con microcefalia. De hecho, al término de su visita a Brasil, la directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Margaret Chan, ha reconocido que “las cosas pueden empeorar antes de mejorar [...] No se sorprendan de ver informes de microcefalia en otras partes además de Brasil”.

Por el momento no hay vacunas ni tratamientos específicos para esta enfermedad ya declarada emergencia sanitaria global por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aunque el Centro de Investigación de Vacunas de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) cuenta con una de las dos vacunas en desarrollo contra el virus que actualmente están más avanzadas. La otra está siendo desarrollada por Bharat Biotech, una compañía india con sede en Hyderabad. Hasta entonces, la mejor forma de prevenirla consiste en la protección frente a las picaduras de los mosquitos y fomentar las medidas necesarias para su control.

Dr. Nelson Caballero Jiménez
Representante de Fontilles en Nicaragua

Clínica, Inmunopatología y Diagnóstico

Alotaibi MH, Bahammam SA, Ur Rahman S, Bahnassy AA, Hassan IS, Alothman AF, Alkayal AM. Características demográficas y clínicas de la lepra en Arabia Saudí. [*The demographic and clinical characteristics of leprosy in Saudi Arabia*]. J Infect Public Health [en línea] 2016; [Citado el 17 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.jiph.org/article/S1876-0341%2816%2900006-X/abstract>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2015.12.015>

Resumen:

La lepra es una enfermedad crónica causada por el *Mycobacterium leprae*. Aunque su incidencia ha disminuido en Arabia Saudí, todavía no ha sido erradicada. Creemos que este estudio retrospectivo-descriptivo es el primero que evalúa la presentación clínica de la lepra en el momento del diagnóstico en Arabia Saudí. Todos los individuos del estudio fueron pacientes de lepra admitidos en el hospital Ibn Sina, el único hospital de referencia para lepra en Arabia Saudí, entre enero de 2000 y mayo de 2012. Se incluyeron un total de 164 individuos, la mayoría (65%) entre 21-50 años y el coeficiente varón/hembra fue de 2.8:1. De los 164 pacientes, el 63% eran saudíes y el 77% del total de la región occidental del país. El tipo más frecuente fue la lepra lepromatosa (33%), y un 31% de casos presentaron una historia de contacto intenso y positivo con la lepra. En el momento del diagnóstico, el 84% de todos los individuos presentaron manifestaciones cutáneas. La prevalencia de déficit neurológico en el momento del diagnóstico fue del 87% y tuvieron un episodio de eritema nudoso leproso (ENL) un 10% de todos los individuos. Se necesitan más estudios para determinar las características clínicas de cada tipo de lepra en la región y cursos de formación para el cuidado y diagnóstico de pacientes con lepra, organizados por el personal sanitario.

Dimri D, Gupta A, Singh AK. La lepra continúa presente en las zonas montañosas del norte de la India. [*Leprosy continues to occur in hilly areas of North India*]. Dermatol Res Pract [en línea] 2016; ID 7153876. [Citado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.hindawi.com/journals/rdp/2016/7153876/>>. DOI: 10.1155/2016/7153876

Resumen:

Antecedentes: El objetivo de este estudio fue describir el perfil de los pacientes de lepra que acuden al departamento de dermatología ambulatorio en un hospital especializado de Srinaga, Uttarakhand, norte de la India.

Metodología: Es un estudio descriptivo retrospectivo donde la información de los pacientes en el momento del diagnóstico se recoge un impreso pro forma prediseñado, con las siguientes

variables en el momento del registro: edad, sexo y residencia. Se registraron todos los nuevos casos ambulatorios entre 2009 y 2014.

Resultados: Se detectaron 65 casos de lepra multibacilar. Los varones eran el 62.8% de todos los casos. La mayoría (83.7%) pertenecían al grupo de edad comprendido entre 18-60 años. Del total, un 48.8% de los nuevos casos de lepra eran del distrito Pauri. La incidencia de lepra en esta población fue del 2.71 por 1000 habitantes.

Conclusión: La lepra continúa siendo una enfermedad transmisible preocupante. La menor incidencia en mujeres y niños hace necesario el cribaje de contactos, la detección precoz y las actividades de referencia en la población para sostener la eliminación.

Duthie MS, Orcullo FM, Abbelana J, Maghanoy A, Balagon MF. Comparación y evaluación de los tests de detección de anticuerpos para facilitar el diagnóstico de la lepra multibacilar. [*Comparative evaluation of antibody detection tests to facilitate the diagnosis of multibacillary leprosy*]. Appl Microbiol Biotechnol. [en línea] 2016. [Epub ahead of print]. [Citado el 11 de enero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00253-016-7328-8>>. DOI: 10.1007/s00253-016-7328-8.

Resumen:

A pesar de los esfuerzos para su control, la lepra persiste como problema significativo de salud pública en muchas regiones. El diagnóstico se consigue mediante la combinación de exámenes histopatológicos, clínicos y bacteriológicos, cada uno de los cuáles presenta un impedimento para el diagnóstico rápido, particularmente en manos con poca experiencia. Los estudios inmunológicos llevados a cabo en laboratorios de investigación han indicado que los tests de detección de anticuerpos podrían ayudar al diagnóstico de la lepra. En este estudio, detectamos anticuerpos serológicos con dos tests de diagnóstico rápido (TDR), uno con plataforma inmunocromatográfica y otro con sistema rápido ELISA. Se identificaron los pacientes de lepra con un elevado grado de sensibilidad (más del 80% en total; más del 90% entre los casos con índices bacteriológicos > 1+), aunque se observaron diferencias en cuanto a la especificidad. Mientras que la especificidad de las técnicas CTK OnSite Leprosy Ab Rapid Test e InBios Leprosy Detect™ Fast ELISA eran elevadas (96.4 y 93.7% en la población general, respectivamente), el Orangelife NDO-LID® RDT fue solo del 25%. Como anticipamos, los índices seropositivos eran mayores en los contactos de los pacientes de lepra que en los controles endémicos. Cuando con el test OnSite Leprosy Ab Rapid Tests se utilizó sangre en vez de suero, no se alteraba la sensibilidad y la especificidad. Cuando se contrastaron los resultados con la información clínica y bacteriológica se halló que los resultados RDT y ELISA se correlacionaban positivamente con el índice bacteriológico. Por tanto, los resultados indican que estas técnicas pueden reemplazar los procedimientos invasivos, menos sensibles y laboriosos que además requieren examen microscópico. Proponemos que por su rapidez y su aplicación en el point of care del paciente, la RDT podría emplearse como una técnica inicial para los protocolos diagnósticos con la consiguiente confirmación de los resultados de manera cuantitativa mediante su posterior análisis en un laboratorio de referencia.

Jain S, Visser LH, Suneetha S. Técnicas de imagen en las clínicas para la lepra. [*Imaging techniques in leprosy clinics*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 70-78. [Citado el 29 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001935>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.014

Resumen:

La lepra es la enfermedad con afectación neural que es tratable más común a nivel mundial, con períodos de neuritis aguda que puede conllevar al deterioro funcional de las extremidades y a deformidades estigmatizantes. La implicación neural en las leporreacciones si se detecta y trata con esteroides precozmente y se libera quirúrgicamente el nervio afectado, puede ser reversible. Actualmente, la evaluación neural en la lepra depende sobre todo de la valoración clínica y los estudios de la condición neural. La ultrasonografía de alta resolución (HRUS) de los nervios periféricos está contribuyendo al diagnóstico diferencial de la neuropatía periférica. El HRUS es un instrumento no invasivo que proporciona información sobre el lugar y grado de engrosamiento neural, alteraciones morfológicas neurales, textura eco, patrón fascicular y vascularidad del nervio. El HRUS puede estudiar cambios estructurales en los puntos neurales que no pueden ser biopsiados para examen histológico y resulta más coste-efectivo que la resonancia magnética. Actualmente, sólo hay cinco trabajos disponibles sobre los hallazgos sonográficos en la lepra. Se revisan estos hallazgos y se describe la técnica de HRUS, con la recomendación de un disponer de un protocolo estándar y pro forma.

Mayboroda OA, van Hooij A, Derks R, van den Eeden SJ, Dijkman K, Khadge S, Thapa P, Kunwar CB, Hagge DA, Geluk A. Metabolismo urinario de las leporreacciones tipo 1. [*Exploratory urinary metabolomics of type 1 leprosy reactions*]. Int J Infect Dis [en línea] 2016; pii: S1201-9712(16)00032-1. [Epub ahead of print]. [Citado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712%2816%2900032-1/abstract>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2016.02.012>

Resumen:

Antecedentes: La lepra es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium leprae* que afecta la piel y los nervios. Aunque se cura con multiterapia farmacológica, la lepra se complica por episodios inflamatorios agudos, denominados leporreacciones, que son la principal causa de neuropatía irreversible en la lepra y que se presentan antes, durante y después del tratamiento. El diagnóstico y tratamiento tampoco reduce el riesgo de discapacidad permanente.

Métodos: Este estudio investigó si los perfiles urinarios metabólicos podrían correlacionarse con signos precoces de reacciones de reversión (RR). Para ello se reclutó un cohorte prospectivo de pacientes de lepra con y sin reacciones, así como controles endémicos en Nepal y se evaluaron los perfiles metabólicos derivados de la orina. Se trataría de una búsqueda de identificación de biomarcadores para lepra mediante procedimientos no invasivos.

Resultados: Por primera vez en enfermedades micobacterianas se halló que el metabolismo urinario puede emplearse para discriminar controles endémicos de pacientes sin tratar. Además, los perfiles urinarios de pacientes que estén desarrollando una RR son distintos antes del inicio de la RR, comparado con aquellos en el momento del diagnóstico de la RR.

Conclusión: Este estudio revela que los perfiles metabólicos urinarios son prometedores como biomarcadores del huésped para detectar cambios intra individuales durante la inflamación aguda en la lepra y pueden contribuir al tratamiento precoz y la prevención de la afectación tisular.

Naafs B, Van Hees CLM. Leprorreacción tipo 1 (anteriormente reacción de reversión). [*Leprosy type 1 reaction (formerly reversal reaction)*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 37-50. [Citado el 24 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001856>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.006

Resumen:

Durante una leprorreacción, el principal problema es la aparición de afectación neural que conduce al deterioro y discapacidad permanente. La afectación proviene, sobre todo, de dos tipos de leprorreacciones, la reacción tipo 1 (T1R) y la reacción tipo 2 (T2R). El tratamiento adecuado y a tiempo puede prevenir esta afectación.

Frecuentemente, se diagnostica la reacción tipo 1 demasiado tarde e incluso no llega a veces a ser detectada. Los síntomas clínicos y signos de advertencia pasan desapercibidos, así como la inmunología y patofisiología de la afectación neural. Se explican las diferencias entre los antiguos, pero todavía relevantes, términos incremento y disminución, y se detallan métodos para detectar reacciones y controlar el tratamiento. Se debaten los factores de inicio, los mecanismos de las reacciones, incluyendo la autoinmunidad, y la presencia de compresión física. A lo largo de los años el tratamiento se sitúa en este contexto, y basándonos en esta información se recomienda una pauta farmacológica.

Nieto Brito de Souza V, Iyer AM, Lammas DA, Naafs B, Kumar Das P. Avances en la inmunología de la lepra y su aplicación en el campo: Una laguna que hay que llenar. [*Advances in leprosy immunology and the field application: A gap to bridge*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 82-95. [Citado el 24 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001923>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.013

Resumen:

Los avances referentes a la respuesta inmunológica del huésped al *Mycobacterium leprae* se han centrado en describir los mecanismos inmunopatológicos implicados, con la esperanza

de que se desarrollaran parámetros predictivos diagnósticos y pronósticos (biomarcadores) para su uso en el campo; sin embargo, nuestros conocimientos actuales sobre las respuestas inmunológicas de esta compleja enfermedad no han proporcionado los métodos efectivos y robustos para mejorar el diagnóstico predictivo en el campo, particularmente en los afectados por la forma paucibacilar. En esta revisión hemos intentado describir algunos avances tanto en la inmunología como la inmunopatología de la lepra y señalar las aportaciones limitadas de los parámetros inmunológicos actualmente disponibles. También destacamos las limitaciones todavía existentes por la falta de biomarcadores efectivos para: 1) diagnosticar la forma indeterminada, 2) diagnóstico predictivo de individuos que estén desarrollando episodios reaccionales, 3) controlar la eficacia del tratamiento, 4) controlar el tratamiento de los estados reaccionales.

Raicher I, Ghislain Stump PRNA, Baccarelli R, Marciano LHSC, Ura S, Virmond MCL, Jacobsen Teixeira M, Ciampi de Andrade D. Dolor neuropático en la lepra. [*Neuropathic pain in leprosy*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 59-65. [Citado el 4 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001911>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.012

Resumen:

La afectación neural es un aspecto clínico clave en la lepra y puede ser de tipo mononeuropático o de múltiples troncos nerviosos, pequeñas fibras neurales cutáneas y terminaciones nerviosas libres. El espectro clínico la lepra se determina por la respuesta inmunológica mediada por células del huésped a la infección que también puede desempeñar un papel en los distintos tipos de síndromes dolorosos de la lepra. Estudios anteriores han reportado una elevada prevalencia de dolor neuropático en la lepra. En un estudio en Etiopía con 48 pacientes, se experimentó dolor nociceptivo puro en el 43% de los pacientes y dolor neuropático puro (NeP) en el 11%. En otros estudios en India, el 21.8% de los pacientes de lepra presentaron dolor con características neuropáticas. Estos índices revelan la necesidad de desarrollar instrumentos para el diagnóstico precoz y la detección de la infección y sus complicaciones, como el deterioro neural y el dolor. En una muestra mayor con NeP asociado a lepra (n=90), se aplicó el *Douleur Neuropathique en 4 questions* (DN4) y se detectó una sensibilidad del 97.1% y especificidad de 57.9%. La elevada sensibilidad de esta técnica en los pacientes de lepra sugiere que es un instrumento válido para cribar el dolor neuropático en esta población y podría utilizarse como parte de los programas de salud con el objetivo de detectar, tratar y rehabilitar la lepra en zonas endémicas.

Vieira AP, Trindade MÂ, Pagliari C, Avancini J, Sakai-Valente NY, Duarte AJ, Benard G. El desarrollo de leprorreacciones tipo 2, pero no tipo 1, se asocia con una reducción significativa

de células T reguladoras circulantes e *in situ*. [Development of type 2, but not type 1, leprosy reactions is associated with a severe reduction of circulating and in situ regulatory T-cells]. Am J Trop Med Hyg [en línea] 2016; pii: 15-0673. [Epub ahead of print]. [Citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.ajtmh.org/content/early/2016/02/18/ajtmh.15-0673.long>>. DOI: 10.4269/ajtmh.15-0673

Resumen:

Frecuentemente, la lepra se complica por las leprorreacciones que son difíciles de tratar y la causa principal de secuelas. Creemos que las alteraciones en células T-reguladoras (Tregs) pueden desempeñar un papel importante en las leprorreacciones. Se determinó la frecuencia de Tregs circulantes en pacientes con reacción tipo 1 (T1R) y reacción tipo 2 (T2R). También se determinó la frecuencia *in situ* de las Tregs e interleukina IL-17, IL-6 y factor de crecimiento beta TGF- β . Los pacientes TR2 presentan niveles muy bajos de Tregs circulantes e *in situ* comparado con los pacientes TR1 y controles. La disminución era paralela al aumento de expresión IL-17 *in situ*, pero disminuyó la expresión TGF- β . Las biopsias de pacientes T1R y T2R antes de los episodios reaccionales presentaba una cantidad similar de proteína P3+ (FoxP3+) y células IL-17+. Sin embargo, en biopsias tomadas durante la reacción, los pacientes T2R presentaban disminución en Tregs y aumento de células IL-17+, mientras que los pacientes T1R presentaban todo lo contrario: Los Tregs aumentaron, pero los IL-17+ disminuyeron. También hallamos una menor expresión de Tregs al estimular *in vitro* con *Mycobacterium leprae* y una menor tendencia de expresión de FoxP3 y la molécula inmunosupresora CTLA-4 en Tregs T2R. Nuestros resultados proporcionan evidencias acerca de la hipótesis de que en T2R, la regulación a la baja de Tregs puede favorecer el desarrollo de respuestas T-helper-17 que caracterizan esta reacción.

Epidemiología y Prevención

Mohanty PS, Naaz F, Katara D, Misba L, Kumar D, Dwivedi DK, Tiwari AK, Chauhan DS, Bansal AK, Tripathy SP, Katoch K. Viabilidad del *Mycobacterium leprae* en el medioambiente y su papel en la diseminación de la lepra. [Viability of *Mycobacterium leprae* in the environment and its role in leprosy dissemination]. Indian J Dermatol Venereol Leprol [en línea] 2015; 82(1):23-27. [Citado el 22 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2016;volume=82;issue=1;spage=23;epage=27;aualast=Mohanty>>. DOI: 10.4103/0378-6323.168935

Resumen:

Antecedentes: La lepra es una enfermedad crónica causada por el *Mycobacterium leprae* y es un problema de salud pública en muchos países, incluyendo la India. Aunque con el tiempo su prevalencia ha disminuido mucho, siguen apareciendo nuevos casos casi al mismo ratio

en muchas regiones. Se han observado muchas bolsas endémicas en India y otros lugares. La dinámica de la transmisión de la lepra sigue sin comprenderse completamente. Se ha detectado en muestras medioambientales tanto bacilos viables como DNA *M. leprae* y su posible papel en la transmisión de la enfermedad.

Objetivos: Estudiar la presencia de *M. leprae* viable en muestras medioambientales de áreas de residencia de pacientes con lepra activa.

Métodos: El estudio se llevó a cabo con 169 casos nuevos diagnosticados de lepra en la región de Ghatampur, Uttar Pradesh, India. Mediante un protocolo estandarizado se recogieron muestras de agua y suelo de sus áreas de residencia. También se obtuvo una cantidad equivalente de muestras de suelo y agua de áreas sin pacientes de la misma aldea u otras adyacentes. Las muestras medioambientales obtenidas de los alrededores de los pacientes fueron sometidas al análisis del gen 16S RNA ribosómico después de obtener el consentimiento por escrito.

Resultados: Alrededor de un cuarto de las muestras medioambientales obtenidas de las áreas con pacientes (25.4% muestras de tierra y 24.2% de agua) era positivas para 16S RNA ribosómico de *M. leprae*. Las muestras analizadas de áreas sin pacientes todas resultaron negativas para el mismo análisis.

Limitaciones: La mayor limitación en el estudio fue el tamaño reducido de las muestras.

Conclusiones: El estudio demostró la presencia de cepas viables de *M. leprae* en frotis cutáneos de pacientes paucibacilares y multibacilares, así como en muestras medioambientales obtenidas alrededor de sus casas. Esto podría desempeñar un papel importante en la transmisión continuada de la enfermedad.

Schreuder PAM, Noto S, Richardus JH. Tendencia epidemiológica de la lepra en el siglo XXI. [*Epidemiological trends of leprosy for the 21st century*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 24-31. [Citado el 17 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001996>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.11.001

Resumen:

No conocemos totalmente la enfermedad de la lepra, en particular lo que respecta a su diseminación. La epidemiología de la lepra es complicada sobre todo por las características específicas del *Mycobacterium leprae*. Para describir las tendencias epidemiológicas de la lepra para el siglo XXI, la primera parte de este trabajo proporciona una revisión sobre la epidemiología de la enfermedad, seguido por las tendencias pasadas y la situación actual de la detección de nuevos casos como representación de la incidencia. La tercera parte referente a la predicción de las tendencias epidemiológicas para el siglo XXI constituye el tema principal de este trabajo. Con la limitación en instrumentos diagnósticos para detectar la infección con *M. leprae*, se necesitan otros métodos para estimar tendencias en la incidencia y transmisión. Se ha desarrollado un programa para modelar la transmisión y el control de la lepra (SIMLEP). Se presenta el efecto del fracaso de sostener la detección precoz más allá del

2005 sobre la incidencia y detección de casos. Cuestiones fundamentales, como si el período de incubación es contagioso y la rapidez con que los convivientes de lepra se infectan, siguen sin ser respondidas. Mientras que preguntas clave como estas sigan sin ser contestadas, será difícil estimar el impacto de las estrategias de control sobre la transmisión del *M. leprae* y la incidencia de la enfermedad. Mientras tanto, podemos esperar que la detección global de nuevos casos permanezca más o menos estable y sólo disminuya moderadamente durante los próximos años. Hay una necesidad de introducir intervenciones preventivas para cambiar esta situación y reducir la incidencia de la lepra en el siglo XXI.

Estudios Experimentales, Genética, Microbiología y Biología Molecular

Sauer MED, Salomão H, Ramos GB, D’Espindula HRS, Rodrigues RSA, Macedo WC, Sindeaux RHM, Mira, MT. Genética de la lepra: Lo esperado e inesperado – desarrollos y perspectivas. [*Genetics of leprosy: Expected – and unexpected – developments and perspectives*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 96-104. [Citado el 24 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001844>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.005

Resumen:

Hay evidencia sólida acumulada a lo largo de décadas de investigaciones que apoya la hipótesis de que los fenotipos de la lepra dependen de las características genéticas del huésped. Las primeras evidencias de que la susceptibilidad a la lepra estaba controlada por genes provenían de estudios sobre agregación familiar, gemelos, y complejos análisis de segregación. Posteriormente, el análisis de nexos y asociación, primero aplicado a genes seleccionados y regiones cromosómicas y más recientemente a escaneos sobre todo el genoma, han revelado diversas variantes génicas a nivel HLA y no-HLA como factores de riesgo para fenotipaje de lepra, como la enfermedad *per se*, sus formas clínicas y leporreacciones. Además, hipótesis como los estudios de asociación sobre todo el genoma han llevado a unos resultados inesperados. Los genes de susceptibilidad a la lepra se comparten con la enfermedad de Crohn y el Parkinson y actualmente, el mayor desafío es hallar las variantes causantes de los efectos biológicos. Nuevas tecnologías, como la secuenciación de última generación —que permite por primera vez la secuenciación completa de un genoma humano con buen rendimiento coste/efectividad— promete poder detectar dichas variantes y poder desarrollar estrategias para estudiar el impacto funcional de dichas variantes en el contexto de la infección, y con el consiguiente desarrollo de nuevas dianas para el tratamiento de la lepra y su prevención.

General e Historia

Grzybowski A, Sak J, Korecki K. Misericordia y lepra en el siglo XX. [*Misericordia and leprosy in the 20th century*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 11-15. [Citado el 24 de febrero de 2016].

Disponible en Internet:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001832>>.

DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.004

Resumen:

La lepra, que afecta sobre todo a personas pobres en países en desarrollo, también resultó ser un impedimento para actividades de tipo social y de caridad. Esto fue posible por el compromiso de “trabajadores comunitarios”, personas que dedicaron sus vidas profesionales y familiares, posesiones y bienes materiales propios para llevar a cabo actividades socio-sanitarias entre los afectados por la enfermedad. Este trabajo revisa la labor de personas activas en la lucha contra la lepra de fama internacional, Albert Schweitzer y la Madre Teresa de Calcuta, así como otros menos conocidos como Wanda Maria Bleńska y Marian Żelazek.

Grzybowski A, Sak J, Pawlikowski J, Nita M. La lepra: implicaciones sociales desde la antigüedad hasta el presente. [*Leprosy: Social implications from antiquity to the present*]. Cli. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 8-10. [Citado el 24 de febrero de 2016]. Disponible en Internet:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001881>>.

DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.009

Resumen:

Una de las enfermedades dermatológicas más importantes desde el punto de vista sociológico ha sido la lepra. Los afectados eran aislados, excluidos de la sociedad y estigmatizados. Dicho estigma evidencia un fuerte sentimiento de ser paciente de lepra es algo vergonzoso que no debe ser aceptado por la sociedad. Durante el primer milenio, la lepra fue incluida en el sistema de prohibiciones religiosas – la enfermedad era un castigo de Dios por los pecados y se asociaba a las clases inferiores de la sociedad. Durante el período de las Cruzadas la percepción social de la enfermedad cambió gradualmente. El cuidado de los afectados se convirtió en una obligación cristiana y se celebraban misas por los difuntos abandonados por todos. Los enfermos se quedaban en los leprosarios, particularmente durante los siglos XIV al XIX, cuando mayor era el miedo hacia la enfermedad. La entrada en el leprosario era obligatoria, no solamente para los pacientes, sino incluso para los sospechosos de padecer la enfermedad.

Rehabilitación

Brandsma JW. Rehabilitación de las personas afectadas por lepra. Una revisión. [*Rehabilitation of leprosy-affected people. An overview*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 66-69. [Citado el 17 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001947>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.015

Resumen:

La lepra es ante todo, una enfermedad de la piel y los nervios. La afectación de los nervios puede conllevar a discapacidades, que han contribuido al hecho de que la lepra todavía hoy sea considerada una enfermedad temida y estigmatizante. En países no-endémicos occidentales se sigue pensando que las deformidades son inevitables y no hay cura. Se revisa la patogénesis de la deformidad y cómo se puede en muchos casos prevenir y corregir.

Tratamientos

Lambert SK, Nigusse SD, Alembo DT, Walker SL, Nicholls PG, Idriss MH, Yamuah LK, Lockwood DNJ. Comparación de la eficacia y seguridad de la ciclosporina y la prednisolona en el tratamiento del Eritema Nodoso Leproso: Dos ensayos aleatorios, a doble ciego, controlados en Etiopía. [*Comparison of efficacy and safety of ciclosporina to prednisolone in the treatment of erythema nodosum leprosum: Two randomised, double blind, controlled pilot studies in Ethiopia*]. PLoS Negl Trop Dis [en línea] 2016; 10(2): e0004149. [Citado el 7 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004149>>. DOI: 10.1371/journal.pntd.0004149

Resumen:

Antecedentes: El eritema nodoso leproso (ENL) es una complicación grave de la lepra. Se trata habitualmente con dosis elevadas de esteroides, pero su naturaleza recurrente conlleva un uso prolongado de esteroides y se asocia a efectos secundarios. Existen pocas evidencias sobre la eficacia de tratamientos alternativos para el ENL, especialmente para pacientes esteroide resistentes o con efectos secundarios. Estos dos estudios piloto comparan la eficacia y perfil de efectos secundarios de la ciclosporina más prednisolona frente a solo prednisolona en el tratamiento de pacientes con ENL reciente o ENL crónico y recurrente.

Métodos y resultados: Se registraron trece pacientes con ENL reciente y veinte con ENL crónico en dos ensayos a doble ciego controlados y aleatorios, de manera que unos recibían ciclosporina y prednisolona o tratamiento con prednisolona únicamente. Los pacientes con ENL agudo tuvieron un período de 16 semanas hasta la aparición de un episodio de ENL

recurrente y menos severa, y por tanto menos necesitado de más prednisolona. Los pacientes con ENL crónico tratados con ciclosporina presentaron el primer episodio de reactivación ENL 4 semanas antes que los del grupo de prednisolona, así como ENL más severo necesitado de 2.5 veces más prednisolona adicional. Los efectos adversos atribuibles a la prednisolona eran más comunes que los de la ciclosporina.

Conclusiones: Este constituye el primer ensayo clínico sobre control del ENL en el contexto africano y también el primero en utilizar la valoración del paciente sobre los resultados obtenidos. Los pacientes con ciclosporina presentaron resultados prometedores para el control del ENL agudo en este pequeño ensayo piloto. Pero la ciclosporina no parece tener un efecto significativo protector en los pacientes con ENL crónico, quizás debido al uso tan prolongado de esteroides en este grupo en combinación con la disminución demasiado rápida de las dosis de esteroides en pacientes con ciclosporina. Se requiere más investigación para determinar el posible uso de la ciclosporina en el ENL agudo.

Noordeen SK. Historia de la quimioterapia de la lepra. [*History of chemotherapy of leprosy*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1): 32-36. [Citado el 24 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001959>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.016

Resumen:

Durante los últimos 70 años la quimioterapia de la lepra ha pasado por varias fases, desde la sulfona a la clofazimina hasta medicamentos muy bactericidas como la rifampicina. La administración de medicamentos más potentes en combinaciones y el desarrollo de una terapia farmacológica combinada y estándar ha resultado ser muy significativa para el éxito del tratamiento de la lepra, así como la reducción de su prevalencia global. La introducción de la técnica de la almohadilla plantar de ratón para evaluar *in vitro* la actividad de los fármacos contra el *Mycobacterium leprae* ha contribuido a desarrollar mejores medicamentos y combinaciones. La Organización Mundial de la Salud ha recomendado la multiterapia, que ha sido utilizada para tratar a más de 15 millones de pacientes durante los últimos 30 años y registra un elevado índice de curación, un bajo índice de recidivas y pocos casos de fármaco-resistencia.

Saunderson PPR. *M. leprae* fármaco-resistente. [*Drug-resistant M. leprae*]. Clin. Dermatol. [en línea] 2016; 34(1):79-81. [Citado el 17 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X15001984>>. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.10.019

Resumen:

La dapsona se administra como monoterapia para tratar la lepra y la aparición de las resistencias secundarias disminuye su efectividad. La multiterapia ha sido administrada desde 1982 con éxito y sólo se han reportado algunos casos esporádicos de resistencia a la rifampicina. Hay que vigilar constantemente la efectividad de la quimioterapia. Esta revisión se basa en los informes de vigilancia anual de fármaco-resistencias organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se conocen pocos casos de resistencia a la rifampicina, excepto por un pequeño grupo de casos en una antigua colonia para la lepra en Brasil. En India, se ha detectado una baja incidencia de resistencias al ofloxacino. Habría que analizar un mayor número de muestras cada año. Los resultados actuales proporcionan un optimismo moderado, aunque como se ha mencionado anteriormente, el número de muestras debe incrementarse significativamente. Habría que investigar más posibles focos de resistencia a la rifampicina cerca de antiguos leprosarios en Brasil.

Otras Enfermedades

Bieri R, Bolz M, Ruf MT, Pluschke G. Interferon- γ es un activador clave de la respuesta inmunológica defensora precoz del huésped frente a la infección por *Mycobacterium ulcerans* en ratón. [*Interferon- γ is a crucial activator of early host immune defense against Mycobacterium ulcerans infection in mice*]. PLoS Negl Trop Dis [en línea] 2016; 10(2):e0004450. [Citado el 26 de febrero de 2016]. Disponible en Internet: <<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004450>>. DOI: 10.1371/journal.pntd.0004450

Resumen:

La úlcera de Buruli (UB) causada por la infección por *Mycobacterium ulcerans* es una afección de la piel humana crónica y necrotizante asociada a la producción de la micolactona, una exotoxina citotóxica macrólida. A pesar de una intensa investigación, no está totalmente determinado el tipo de respuestas inmunológicas elicidadas contra este patógeno y las funciones efectoras que confieren protección frente a UB. Mientras que el análisis histopatológico de lesiones UB ha revelado una localización sobre todo de tipo extracelular de la toxina, hay evidencia de una fase precoz de crecimiento intra-macrófico de *M. ulcerans*. Esto nos lleva a investigar si el interferon- γ desempeña un papel importante en contener las infecciones por *M. ulcerans*. En un modelo experimental de ratón con úlcera de Buruli se evidenció que interferon- γ es un regulador crítico de la respuesta inmunológica precoz frente a infecciones por *M. ulcerans*. Los ratones interferon- γ K.O. presentaron una progresión más rápida de la infección comparados con el ratón salvaje. Esta progresión acelerada se refleja en una necrosis tisular más rápida y discriminada con formación de edema, así como una mayor carga bacteriana a las 5 semanas de la infección, indicando que los ratones con menos cantidad de interferon- γ presentan una

capacidad reducida para inactivar bacilos intracelulares durante la fase de crecimiento precoz intra-macrofágica de *M. ulcerans*. Estos datos demuestran un papel prominente del interferon- γ en la defensa precoz frente a *M. ulcerans* y apoya el punto de vista que los conceptos para desarrollar una vacuna frente a la tuberculosis puede ser válida para UB.

Christofferson RC. Emergencia y expansión del virus Zika: Lo aprendido del dengue y chikungunya quizás no proporcione todas las respuestas. [*Zika virus emergente and expansion: Lessons learned from dengue and chikungunya may not provide all the answers*]. Am J Trop Med Hyg [en línea] 2016; pii: 15-0866. [Citado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.ajtmh.org/content/early/2016/02/18/ajtmh.15-0866.full.pdf+html>>. DOI: 10.4269/ajtmh.15-0866

Resumen:

Siguiendo la emergencia del Zika durante la última década, hay lecciones que se pueden aprender de las emergencias del dengue (DENV) y el chikungunya (CHIKV). A medida que el Zika emerge en las Américas, existe una tendencia natural a aplicar los conocimientos en base al DENV y el CHIKV para mitigar y controlar un virus con un sistema de transmisión similar. Sin embargo, hay diferencias significativas que deberían considerarse. Por tanto, se revisa la transmisión del virus Zika (ZIKV) y se detallan las similitudes entre estos tres arbovirus. Sobre todo, se concreta la definición de este arbovirus, así como la necesidad de desarrollar un ZIKV-específico para mitigar las consecuencias de esta enfermedad. Se revisan especialmente: 1) modelos de emergencia y persistencia, 2) diversidad genética y fenotípica, 3) alcance del huésped vector, y finalmente 4) rutas de transmisión alternativas y complejidad de la transmisión y presentación del ZIKV.

Friedman ND, Athan E, Walton AL, O'Brien DP. Enfermedad por *Mycobacterium ulcerans*: más experiencia en Terapia Farmacológica Oral en un cohorte australiano. [*Mycobacterium ulcerans disease: Increasing experience with Primary Oral Medical Therapy in an Australian cohort*]. Antimicrob Agents Chemoter [e línea] 2016, pii: AAC.02853-15 [Epub ahead of print]. [Citado el 7 de marzo de 2016]. Disponible en Internet: <<http://aac.asm.org/content/early/2016/02/09/AAC.02853-15.abstract>>. DOI: 10.1128/AAC.02853-15

Resumen:

Introducción: La úlcera de Buruli (UB) es una infección necrotizante del tejido subcutáneo causada por *Mycobacterium ulcerans*, responsable de las lesiones cutáneas. La enfermedad es endémica en regiones geográficas del estado de Victoria en el sureste de Australia. El incremento de la evidencia sobre la efectividad de la terapia oral para la infección por úlcera de Buruli ha hecho que se ensayara como terapia primaria oral.

Métodos: Estudio observacional de un cohorte de casos confirmados de *M. ulcerans* tratados con terapia primaria basada en rifampicina en el Barwon Health entre octubre de 2010 y diciembre de 2014 con 12 meses de seguimiento.

Resultados: Ciento treinta y dos pacientes fueron tratados con terapia médica oral primaria. La edad media de los pacientes fue de 49 años y casi un 10% presentaba diabetes mellitus. Las lesiones eran de tipo ulcerativo en el 83.3% y fase 1 OMS en el 78.8% de los casos. La duración media de la terapia fue de 56 días con 22 pacientes (16.7%) con menos de 56 días de tratamiento. Las complicaciones asociadas a los antibióticos que requerían discontinuar uno o más antibióticos se presentaron en 21 pacientes (15.9%). La debridación quirúrgica limitada se practicó en 30 de los pacientes (22.7%). Se curaron 131 de 132 pacientes (99.2%) en los 12 meses y los resultados cosméticos fueron excelentes.

Conclusiones: La terapia oral primaria basada en rifampicina para la enfermedad por *Mycobacterium ulcerans* combinada con claritromicina o fluoroquinolona presenta un índice excelente de curación y un perfil tóxico aceptable en pacientes australianos. Se requiere más investigación para determinar la duración óptima y más segura de la terapia médica para UB.

Tupasi T, Gupta R, Danilovits M, Cirule A, Sánchez Garavito E, Xiao H, Cabrera Rivero JL, Vargas Vásquez DE, Gao M, Awad M, Gentry LM, Geiter LJ, Wells CD. El fortalecimiento de los ensayos clínicos para desarrollar un nuevo tratamiento para la tuberculosis multirresistente. [*Building clinical trial capacity to develop a new treatment for multidrug-resistant tuberculosis*]. Bull World Health Organ 2016; 94(2): 147-152.

Resumen:

Problema: Los nuevos fármacos para enfermedades infecciosas a menudo necesitan ser probados en emplazamientos con pocos recursos. Aunque los profesionales que trabajan en dichas áreas ofrezcan una atención de alta calidad y lleven a cabo una actividad de investigación operativa, en general no tienen la experiencia suficiente para llevar a cabo los ensayos clínicos diseñados para aprobar fármacos según dictan los estrictos organismos de reglamentación internacionales.

Enfoque: Se llevó a cabo un programa de fortalecimiento de la capacidad durante un ensayo multicéntrico controlado aleatorizado de delamanida, un nuevo fármaco para el tratamiento de la tuberculosis multirresistente. El programa incluía: (i) identificación del emplazamiento y evaluación de las necesidades; (ii) cumplimiento con las normas de buenas prácticas clínicas (BPC) de la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH); (iii) establecimiento de una gestión de los ensayos; y (iv) incremento del conocimiento de los aspectos regulatorios a nivel global y local.

Marco regional: Los ensayos se llevaron a cabo en 17 emplazamientos de nueve países (China, Egipto, Estados Unidos de América, Estonia, Filipinas, Japón, Letonia, Perú y República de

Corea). Ocho de los 10 lugares con pocos recursos no tenían experiencia alguna en cómo dirigir los ensayos clínicos necesarios.

Cambios importantes: Se ha aumentado considerablemente la capacidad en todos los 10 emplazamientos. El programa se tradujo en una mejor capacidad local en aspectos clave como el diseño del ensayo, la seguridad y la supervisión de los datos, la realización de los ensayos y los servicios de los laboratorios.

Lecciones aprendidas: Los ensayos clínicos diseñados para generar datos para una aprobación normativa requieren esfuerzos adicionales más allá del ya tradicional refuerzo de las capacidades de investigación. Esos aumentos de la capacidad brindan una oportunidad para que las asociaciones implicadas en el desarrollo del producto mejoren los sistemas sanitarios.

TU AYUDA es SU FUTURO

fontilles
salud desarrollo

Para que la lepra no marque sus vidas



Cada día se detectan 600 casos nuevos de lepra, 55 de ellos son niños menores de 14 años. Estos niños ven afectadas sus vidas en muchos aspectos porque, más allá del problema sanitario, la lepra es una enfermedad muy estigmatizada que marca las vidas de quienes la padecen y de sus familias. El estigma y la deformidad les provocan depresión y los someten a la discriminación, condenándoles a la exclusión y a la pobreza.

Necesitamos detectar los nuevos casos de lepra infantil lo antes posible para evitar discapacidades y darles atención sanitaria de calidad.

En 2016 vamos a incrementar nuestro trabajo en escuelas y comunidades para llegar a estos niños; vamos a formar a personal local y promotores de salud y a seguir realizando cirugía reconstructiva y rehabilitación; reforzar su autoestima y lograr que retomen sus estudios; etc. Con una pequeña ayuda y trabajando con las familias y el resto de miembros de la comunidad, podemos conseguir que superen la enfermedad y sus consecuencias físicas y sociales.

Fontilles realiza proyectos de lucha contra la lepra en 9 países de Asia, África y América. En 2015, hemos apoyado a más de 500.000 personas. Con tu ayuda, en 2016, podemos llegar a más personas. GRACIAS

www.fontilles.org



La detección temprana y el tratamiento evitarán que la lepra le deje secuelas y podrá llevar una vida normal.

50€



El seguimiento y la formación en autocuidados le ayudarán a prevenir úlceras y discapacidades.

100€

Nombre y apellidos / Razón social
 NIF * Fecha de nacimiento E-mail
 Dirección Nº
 Población Código Postal Tel.

Deseo colaborar con Fontilles
 20 € 50 € 100 € Otra / Al mes Al trimestre Al semestre
 Al año Donación única

Forma de pago Cheque a nombre de Fontilles Giro postal
 Transferencia bancaria a → ES79 2100 2831 5202 0008 3136 / ES18 0049 1827 8023 1038 1637
 La Caixa Banco Santander
 Domiciliación bancaria
 Entidad Sucursal DC Nº de cuenta
 → Código IBAN ES []
 Fecha y firma

fontilles
salud desarrollo

También puedes hacer tu donativo en www.fontilles.org
 Solicita más información

Fontilles es una entidad de reconocido prestigio y forma parte del grupo de entidades que forman parte de la Federación Internacional de Lucha contra la Lepra (ILEP).
 Dedicada al cuidado de las personas afectadas por la lepra, sus familiares y comunidades, promoviendo su bienestar físico, social y emocional.



* Tu donativo deduce en la declaración de la renta, para ello es imprescindible que nos facilites el N.I.F.
 Reñena este cupón y envíalo por fax o correo a FONTILLES, GRACIAS.
 Pl. Tetuan nº 6, bajo, 46003 Valencia. Tel. 96 351 15 83. Fax: 96 351 11 87. E-mail: fontilles@fontilles.org. www.fontilles.org



La cirugía reconstructiva y la rehabilitación física, les van a permitir caminar de nuevo, volver a la escuela y llevar una vida normal.

150€



La educación les dará la oportunidad de decidir sobre su futuro.

130€



La rehabilitación socio-económica les permitirá salir del círculo de enfermedad y pobreza y tener las mismas oportunidades que otros jóvenes no enfermos.

Microcréditos:

de 80 a 120€



Campañas de educación y sensibilización en las escuelas para promover la detección precoz de la lepra y un cambio en la imagen de la enfermedad y los afectados.



La formación como agente local de salud le permitirá ayudar a otros miembros de su comunidad a superar la lepra y sus consecuencias.

200€

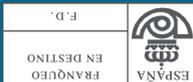
Fontilles es una asociación sin ánimo de lucro fundada en 1902, para atender a los enfermos de lepra en España. Declarada de Utilidad Pública en 1966, desde 1969 es miembro de ILEP (Federación Internacional de Entidades de Lucha contra la Lepra) y en 1986 inicia su primer proyecto de cooperación en Harapanahalli (India). Hoy nuestro objetivo sigue siendo acabar con la lepra y sus consecuencias, así como luchar contra las enfermedades ligadas a la pobreza, con proyectos de cooperación sanitaria y desarrollo sostenible.

Además de la cooperación internacional, Fontilles trabaja en investigación y formación de personal sanitario especializado en lepra y otras enfermedades ligadas a la pobreza. En España realiza también acciones de sensibilización y educación para el desarrollo.

* Si ya nos ayudas o no te es posible hacerla en este momento, por favor, haz llegar esta información a alguna otra persona que pueda estar interesada. Gracias.

Fontilles
Apartado 112 FD
46080 Valencia

salud + desarrollo
fontilles
Plaza de Tetuan, 6 bajo
46003 Valencia España
Tel. 96 351 15 83
www.fontilles.org



Respuesta comercial
Autorización núm. 13654
B.O. de correos
(fecha: 04-11-94)

No
necesita
sello

fontilles
salud  desarrollo

Apartado 112 FD- 46080 Valencia



***Biblioteca Médica del Sanatorio San Fco. de Borja
03791 Fontilles (Alicante)
España***

***Tel. 965 58 33 50
Fax. 965 58 33 76
biblioteca@fontilles.org***

Nombre/ Name

Apellidos/ Surname

Dirección/ Address

.....

Población/ City C.P/ P.O.Box

País/ Country

e.mail: Teléfono/ Phone

N.I.F/ Passport number

- Suscripción anual a la Revista Leprología*
- España 30 €/año Extranjero vía ordinaria 42 €/año
- vía aérea 60 €/año
- Solicitud del n.º atrasado*
- España 8 € Extranjero 16 €

Forma de Pago

- Contrareembolso
- Cheque bancario a nombre de Fontilles
- Transferencia bancaria

SABADELLCAM

Cuenta: 0081-1052-29-0001001208

IBAN / BIC: ES42 0081 1052 2900 0100 1208 / BSAB ESBB

fecha y firma

