



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

Situación Epidemiológica Mundial y de países andinos.

**Dr. Luis Beingolea More
13 de junio de 2025**



¡Juntos somos
más *fuertes*,
juntos llegamos
más *lejos!*



Tema

- Enfermedad de Hansen

¡**Juntos** somos
más *fuertes*,
juntos llegamos
más *lejos!*



Caso

- Varón diagnosticado con enfermedad de Hansen (lepra)
- Región de Piura, Perú
- 60 años aproximadamente

Seguimiento

- Permanece estable y bajo tratamiento ambulatorio
- Sin requerir hospitalización
- Se activó el protocolo de vigilancia epidemiológica y atención médica
- Aseguramiento del manejo clínico adecuado y la protección de la salud pública en la zona.



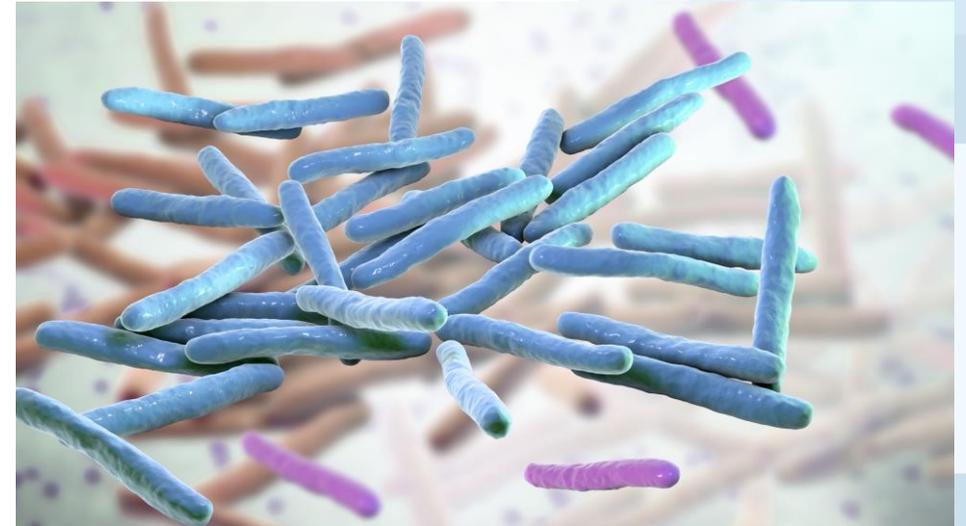
mos
ertes,
nos
ejos!





Enfermedad de Hansen (lepra)

- Es una enfermedad crónica granulomatosa, causada por bacterias de crecimiento lento llamadas *Mycobacterium leprae* y *Mycobacterium lepromatosis*.
- Puede afectar los nervios, la piel, los ojos y el revestimiento de la nariz. En algunos casos, partes del cuerpo pueden perder el sentido del tacto y el dolor, lo que aumenta la probabilidad de lesiones como cortes y quemaduras.
- A pesar de que la enfermedad es difícil de contraer y completamente curable, sigue habiendo mucho estigma y prejuicio contra quienes tienen la enfermedad de Hansen.
- Las personas afectadas por la enfermedad a menudo se enfrentan al aislamiento social y la discriminación, especialmente en las regiones donde la enfermedad es prevalente.





Enfermedad de Hansen (lepra)

- No se conoce el mecanismo exacto de la enfermedad y su transmisión aún deben ser mejor entendidos.
- Se sabe que los bacilos se transmiten principalmente de persona a persona a través de secreciones nasales, y que aquellas que conviven con un caso multibacilar (MB) no tratado tienen un mayor riesgo de infección.
- Actualmente se están considerando otros posibles modelos de transmisión, como la transmisión zoonótica



Enfermedad de Hansen (lepra)

- La enfermedad se desarrolla en individuos susceptibles, y en países endémicos donde el entorno (bajo nivel socioeconómico, desnutrición, hacinamiento, población rural dispersa y la limitación en el acceso oportuno a los servicios de salud para la atención y el diagnóstico, entre otras características) juega un papel importante en la transmisión de la infección.



Enfermedad de Hansen (lepra)

- La lepra es una de las principales causas infecciosas de discapacidad. El tropismo de la micobacteria por el sistema nervioso periférico es el primer paso a la discapacidad y se manifiesta clínicamente cuando la consulta o el diagnóstico es tardío.
- Por lo tanto, el diagnóstico precoz reviste gran importancia ya que lleva a la cura del paciente, interrumpe la cadena de transmisión y evita la severa afección neural y las manifestaciones con la repercusión social y laboral que ello conlleva



- **Prevalencia registrada:** 129 192 casos
→ **16,6** por millón de habitantes
- **Nuevos casos detectados:** 127 396
→ **16,4** por millón de habitantes
- Reducción respecto a 2019:
 - **Prevalencia:** ↓ 27,7%
 - **Nuevos casos:** ↓ 37,1%

Estas reducciones pueden reflejar una menor detección por la pandemia de COVID-19 (solo 127 países reportaron datos en 2020, frente a 160 en 2019)



Estrategia Global contra la Lepra tras la introducción de la PQT (1981)

- Reducir la prevalencia a menos de **1 caso por cada 10 000 habitantes**
- Disminuir:
 - Nuevos casos detectados.
 - Casos con discapacidad.
 - Estigma y discriminación.
- **Factores que contribuyeron a la disminución:**
- Vacunación con **BCG**.
- **Cobertura de la Poliquimioterapia (PQT)**.
- **Desarrollo económico**.
- Posible interrupción de la **transmisión comunitaria** en algunas regiones



Estrategia Global contra la Lepra tras la introducción de la PQT (1981)

- En el año 2020, 21 países del continente americano reportaron casos nuevos de lepra, siendo Brasil el único país del continente con una prevalencia > 1 por 10 000 habitantes.
- Países como Argentina, Colombia, Cuba, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela, con prevalencias de < 1 por 10 000 habitantes, reportaron más de 100 nuevos casos cada uno, lo que indica que, aunque la terapia curativa ha resultado en una disminución sustancial en el número de casos, todavía existe la necesidad de mejores estrategias para el control de la enfermedad y la prevención de la discapacidad en las personas afectadas.



Estrategia Global contra la Lepra tras la introducción de la PQT (1981)

- La eliminación de la lepra como problema de salud pública es una consecuencia del impacto de la poliquimioterapia (PQT).
- En el año 2000, la prevalencia mundial de la lepra alcanzó una tasa de < 1 por 10 000 habitantes. Sin embargo, se esperaba que el impacto de la PQT también pudiera contribuir al control de la transmisión. Éste bajo impacto de la PQT en la transmisión se refleja en la incidencia de la enfermedad, que ha disminuido, pero no en la proporción esperada, ya que el número de nuevos casos por año fue de más de 200 000 en todo el mundo en 2019.
- En 2020 se reportaron más de 127 000 nuevos casos, sin embargo, esa disminución pudo ser debida al impacto de la pandemia de COVID-19 que estamos viviendo actualmente



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

¡Juntos somos
más **fuertes,**
juntos llegamos

Nombre	Siglo / Año	Lugar de origen	Lugar de muerte	¿Tuvo lepra?
San Lázaro	Siglo I	Judea (actual Israel/Palestina)	Chipre o Marsella (según tradición)	Sí
San Francisco de Asís	Siglo XIII (1181/82–1226)	Asís, Italia	Asís, Italia	No
San Roque	Siglo XIV (c. 1295–1327)	Montpellier, Francia	Piacenza, Italia	Sí
Santa Mariana de Jesús	Siglo XVII (1618–1645)	Quito, Ecuador	Quito, Ecuador	No
San Damián de Molokai	Siglo XIX (1840–1889)	Tremelo, Bélgica	Molokai, Hawái, EE. UU.	Sí
Santa Marianne Cope	Siglo XIX–XX (1838–1918)	Heppenheim, Alemania	Molokai, Hawái, EE. UU.	No
Santa Isabel de Hungría	Siglo XIII (1207–1231)	Hungría	Marburgo, Alemania	No
San Nicolás de Tolentino	Siglo XIII (c. 1245–1305)	Italia	Tolentino, Italia	No
Raoul Follereau	Siglo XX (1903–1977)	Francia	Francia	No
Mahatma Gandhi	Siglo XX (1869–1948)	Porbandar, India	Nueva Delhi, India	No
Paul Brand	Siglo XX (1914–2003)	India (de padres británicos)	Seattle, EE. UU.	No



Investigación original

Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020

Miguel Ángel Cáceres-Durán¹

Forma de citar

Cáceres-Durán MA. Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e14. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.14>

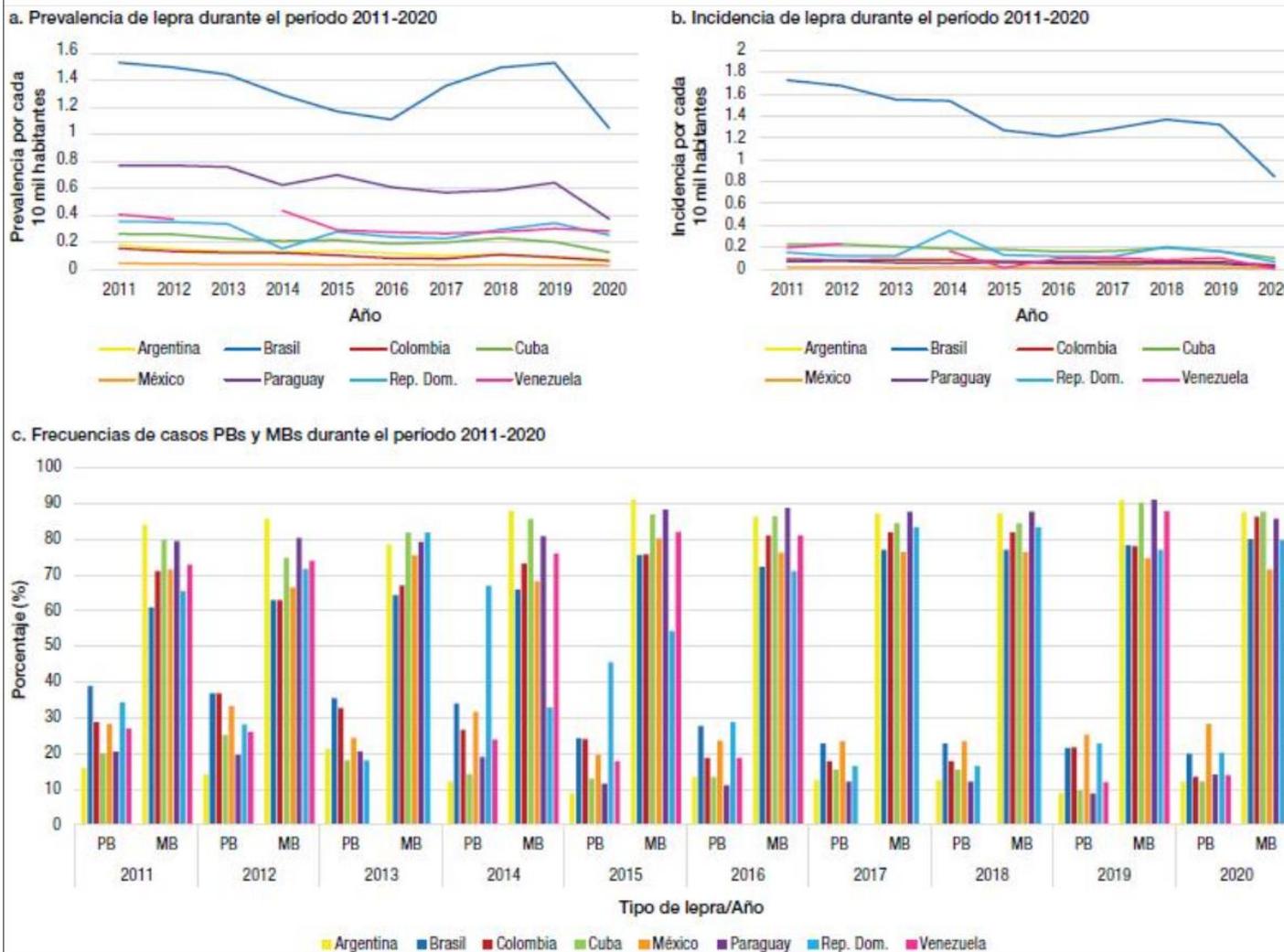


CUADRO 1. Casos nuevos de lepra reportados por la OMS en países seleccionados de América Latina durante 2011-2020

País/Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Argentina	340	310	309	314	290	295	250	269	211	131	2 719
Brasil	33 955	33 303	31 044	31 064	26 395	25 218	26 875	28 660	27 863	17 979	282 356
Colombia	434	392	430	423	349	314	362	324	336	192	3 556
Cuba	254	258	232	210	207	186	190	220	186	115	2 058
México	215	216	172	208	173	152	148	136	182	106	1 708
Paraguay	468	515	407	378	421	341	321	345	348	198	3 742
Rep. Dom.	154	124	128	370	138	125	123	218	175	74	1 629
Venezuela	577	692	SD*	513	448	303	332	245	291	143	3 544
Total	36 397	35 810	32 722	33 480	28 421	26 934	28 601	30 417	29 592	18 938	301 312

Fuente: OMS. * SD: sin datos

FIGURA 1. Parámetros evaluados durante el período 2011-2020 en países seleccionados. Las líneas discontinuas y la ausencia de barras para Venezuela en 2013 se deben a la falta de datos en el respectivo año.



La eliminación de la lepra como problema de salud pública es una consecuencia del impacto de la poliquimioterapia (PQT). En el año 2000, la prevalencia mundial de la lepra alcanzó una tasa de < 1 por 10 000 habitantes. Sin embargo, se esperaba que el impacto de la PQT también pudiera contribuir al control de la transmisión. Éste bajo impacto de la PQT en la transmisión se refleja en la incidencia de la enfermedad, que ha disminuido, pero no en la proporción esperada, ya que el número de nuevos casos por año fue de más de 200 000 en todo el mundo en 2019. En 2020 se reportaron más de 127 000 nuevos casos, sin embargo, esa disminución pudo ser debida al impacto de la pandemia de COVID-19 que estamos viviendo actualmente



La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en los servicios de salud en todos los países. Los programas contra la lepra se vieron claramente afectados, como lo demuestra la reducción sustancial del número de casos detectados y notificados por los países en 2020, y que no debe confundirse con una real disminución de casos de lepra, sobre todo en los países prioritarios. Además, el estrés causado por la pandemia de COVID-19 y la dificultad para acceder a un tratamiento antirreaccional podrían amplificar la DG2 y demás secuelas de la lepra

CUADRO 2. Porcentaje de variación de la prevalencia de la lepra durante 2011-2020 en países seleccionados de América Latina, calculados a partir de datos reportados por la OMS

País/año	Variación anual (%)									Variación período (%)	
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2011-2019	2011-2020
Argentina	-16,60	-10,78	-5,02	14,68	-12,46	-14,23	8,18	-22,27	-11,08	-48,82	-54,50
Brasil	-1,28	-2,82	-9,64	-6,78	-5,36	-2,83	39,95	3,060	-28,14	7,20	-22,96
Colombia	-13,65	-5,81	0,51	-15,16	-20,88	-3,55	39,21	-16,64	-30,16	-38,58	-57,10
Cuba	-1,04	-11,54	-8,30	5,17	-12,70	6,10	14,16	-12,02	-38,33	-21,45	-51,56
México	2,29	-8,15	0,67	-11,67	15,21	-18,40	6,10	-10,75	-3,64	-25,63	-28,33
Paraguay	2,01	0,39	-16,31	7,51	-12,22	-4,98	5,24	10,70	-41,12	-10,46	-47,28
Rep. Dom.	1,14	-3,10	-53,78	80,50	-12,20	-4,37	28,22	17,48	-25,34	3,42	-22,79
Venezuela	-8,67	SD*	SD*	SD*	-4,47	-1,52	-6,18	7,22	-6,85	-29,42	-34,25



CUADRO 2. Porcentaje de variación de la prevalencia de la lepra durante 2011-2020 en países seleccionados de América Latina, calculados a partir de datos reportados por la OMS

País/año	Variación anual (%)									Variación período (%)	
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2011-2019	2011-2020
Argentina	-16,60	-10,78	-5,02	14,68	-12,46	-14,23	8,18	-22,27	-11,08	-48,82	-54,50
Brasil	-1,28	-2,82	-9,64	-6,78	-5,36	-2,83	39,95	3,060	-28,14	7,20	-22,96
Colombia	-13,65	-5,81	0,51	-15,16	-20,88	-3,55	39,21	-16,64	-30,16	-38,58	-57,10
Cuba	-1,04	-11,54	-8,30	5,17	-12,70	6,10	14,16	-12,02	-38,33	-21,45	-51,56
México	2,29	-8,15	0,67	-11,67	15,21	-18,40	6,10	-10,75	-3,64	-25,63	-28,33
Paraguay	2,01	0,39	-16,31	7,51	-12,22	-4,98	5,24	10,70	-41,12	-10,46	-47,28
Rep. Dom.	1,14	-3,10	-53,78	80,50	-12,20	-4,37	28,22	17,48	-25,34	3,42	-22,79
Venezuela	-8,67	SD*	SD*	SD*	-4,47	-1,52	-6,18	7,22	-6,85	-29,42	-34,25

* SD: sin datos



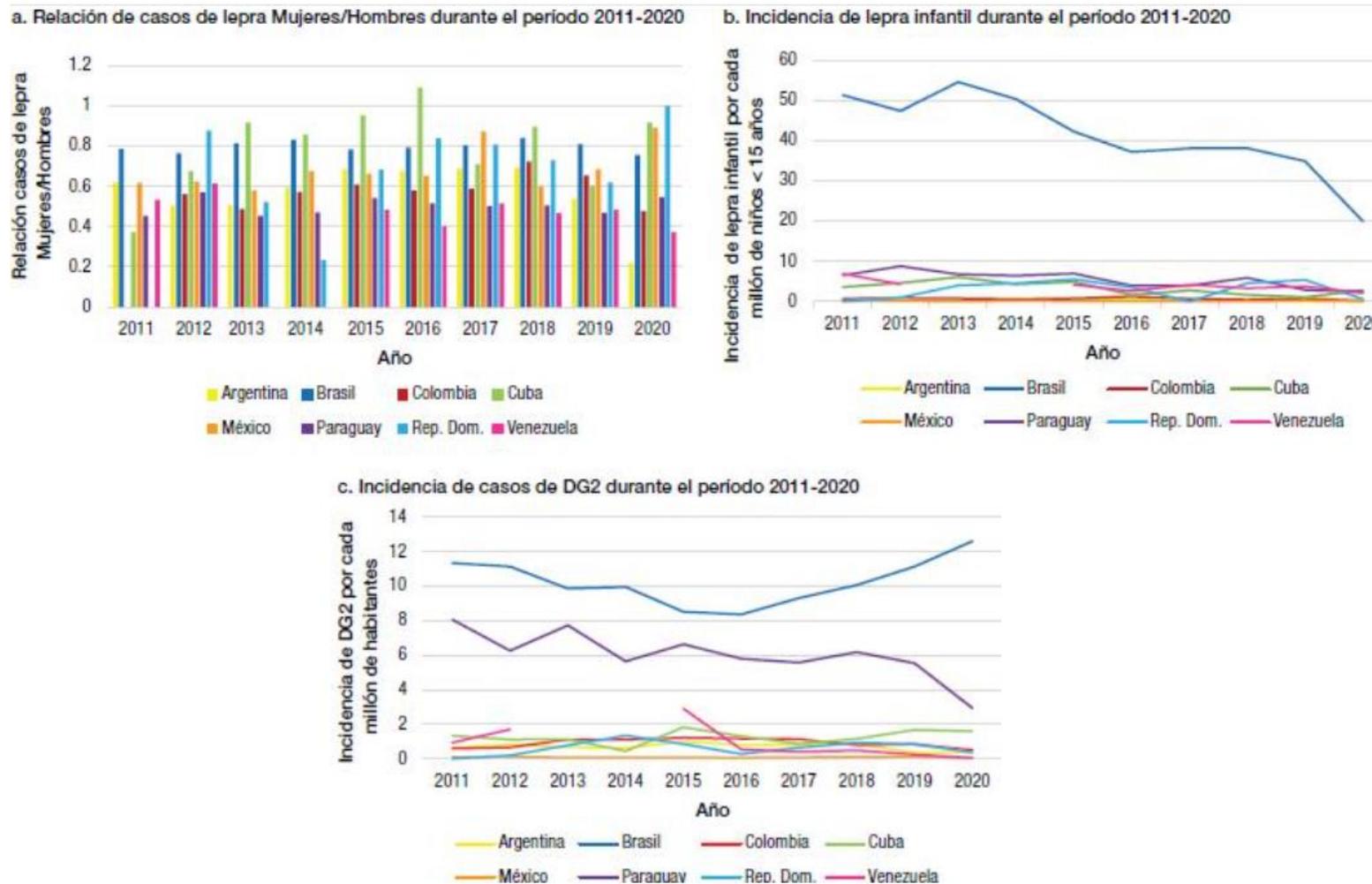
CUADRO 3. Distribución de casos de lepra, por sexo, durante 2011-2020 en países seleccionados de América Latina

País/Año	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		p
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Argentina	N 210	130	206	104	205	104	197	117	172	118	176	119	148	102	159	110	137	74	107	24	0,0005
	% 61,76	38,24	66,45	33,55	66,34	33,66	62,74	37,26	59,31	40,69	59,66	40,34	59,20	40,80	59,11	40,89	64,93	35,07	81,68	18,32	
Brasil	N 19 002	14 953	18 860	14 443	17 102	13 942	16 955	14 109	14 781	11 614	14 062	11 156	14 893	11 982	15 582	13 078	15 392	12 471	10 238	7 741	<0,0001
	% 55,96	44,04	56,63	43,37	55,09	44,91	54,58	45,42	56,00	44,00	55,76	44,24	55,42	44,58	54,37	45,63	55,24	44,76	56,94	43,06	
Colombia	N SD*	SD*	251	141	289	141	269	154	217	132	199	115	228	134	188	136	203	133	130	62	0,278
	% SD*	SD*	64,03	35,97	67,21	32,79	63,59	36,41	62,18	37,82	63,38	36,62	62,98	37,02	58,02	41,98	60,42	39,58	67,71	32,29	
Cuba	N 316	118	154	104	121	111	113	97	106	101	89	97	111	79	116	104	116	70	60	55	<0,0001
	% 72,81	27,19	59,69	40,31	52,16	47,84	53,81	46,19	51,21	48,79	47,85	52,15	58,42	41,58	52,73	47,27	62,37	37,63	52,17	47,83	
México	N 133	82	133	83	109	63	124	84	104	69	92	60	79	69	85	51	108	74	56	50	0,666
	% 61,86	38,14	61,57	38,43	63,37	36,63	59,62	40,38	60,12	39,88	60,53	39,47	53,38	46,62	62,50	37,50	59,34	40,66	52,83	47,17	
Paraguay	N 322	146	328	187	280	127	257	121	273	148	225	116	214	107	229	116	237	111	128	70	0,785
	% 68,80	31,20	63,69	36,31	68,80	31,20	67,99	32,01	64,85	35,15	65,98	34,02	66,67	33,33	66,38	33,62	68,10	31,90	64,65	35,35	
Rep. Dom.	N SD*	SD*	66	58	84	44	300	70	82	56	68	57	68	55	126	92	108	67	37	37	<0,0001
	% SD*	SD*	53,23	46,77	65,63	34,38	81,08	18,92	59,42	40,58	54,40	45,60	55,28	44,72	57,80	42,20	61,71	38,29	50,00	50,00	
Venezuela	N 376	201	429	263	SD*	SD*	SD*	SD*	302	146	216	87	219	113	167	78	196	95	104	39	0,075
	% 65,16	34,84	61,99	38,01	SD*	SD*	SD*	SD*	67,41	32,59	71,29	28,71	65,96	34,04	68,16	31,84	67,35	32,65	72,73	27,27	

Fuente: OMS. * SD: sin datos

Mientras que servicios esenciales y críticos continuaron en general durante la pandemia de COVID-19, en muchos países los programas de control se vieron afectados por la reasignación de personal, el cese de las actividades comunitarias y la búsqueda activa de casos, retrasos en la recepción de suministros de PQT, desabastecimientos ocasionales en los establecimientos de salud, y seguimiento limitado de los pacientes con lepra

FIGURA 2. Parámetros evaluados durante el período 2011-2020 en países seleccionados. La ausencia de barras y las líneas discontinuas para Venezuela en 2013 y 2014, según el caso, se deben a la falta de datos en el respectivo año.





Diagnóstico de la lepra

- Se recomienda el diagnóstico clínico basado en la presencia de uno o más de los siguientes signos cardinales: lesiones cutáneas con pérdida de sensibilidad, engrosamiento de nervios periféricos y bacilos ácido-alcohol resistentes en frotis cutáneos.
- El diagnóstico temprano es fundamental para prevenir discapacidades y la transmisión de la enfermedad.
- Se enfatiza la importancia de la capacitación del personal de salud para mejorar la detección y el manejo de casos



- La poliquimioterapia (PQT) sigue siendo el tratamiento estándar, utilizando combinaciones de rifampicina, dapsona y clofazimina.
- El esquema de tratamiento varía según la clasificación clínica: paucibacilar (PB) o multibacilar (MB).
- El cumplimiento del tratamiento completo es esencial para la curación, prevenir recaídas y evitar la resistencia a los medicamentos



- Se recomienda la profilaxis con rifampicina en dosis única para contactos cercanos de casos nuevos, como estrategia adicional para reducir la transmisión.
- La vigilancia activa y el seguimiento de contactos son claves para la detección precoz y la prevención de nuevos casos.
- Es fundamental combatir el estigma y promover la inclusión social de las personas afectadas, integrando los servicios de lepra en la atención primaria de salud



Signos clínicos clave para detectar la lepra según la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece tres signos cardinales para el diagnóstico clínico de la lepra:

1. Lesiones cutáneas con pérdida de sensibilidad: Presencia de una o más lesiones en la piel (manchas, placas o nódulos) que presentan disminución o pérdida de la sensibilidad al tacto, al dolor o a la temperatura.
2. Engrosamiento de nervios periféricos: Palpación de nervios periféricos engrosados, con o sin pérdida de la función nerviosa (por ejemplo, debilidad muscular o alteraciones sensoriales en la zona inervada).
3. Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes: Detección de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en frotis de la piel, confirmando la infección por *Mycobacterium leprae*[1].

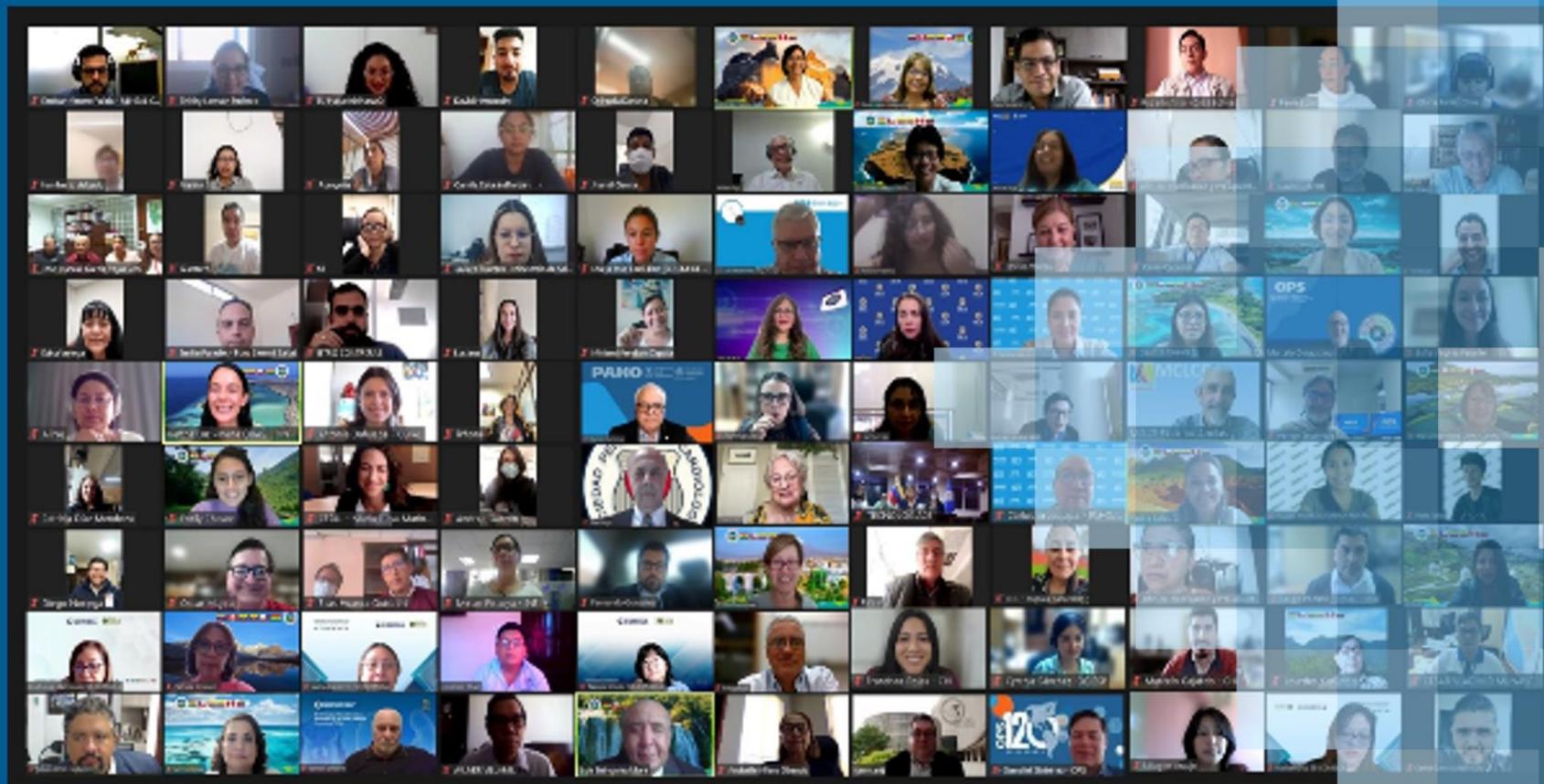
La presencia de uno o más de estos signos es suficiente para sospechar y diagnosticar la lepra según las directrices de la OMS.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



¡Juntos somos
más *fuertes*,
juntos llegamos
más *lejos*!



¡Muchas gracias!