

INFORME DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LAS MICOBACTERIAS BOYACÁ 2015.

MARTHA YOLANDA ARÉVALO PEÑA
Referente Programa Micobacterias

Dirección Técnica de Salud Pública
Departamento de Boyacá
2016

TUBERCULOSIS

1. Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual puede afectar cualquier órgano o tejido; sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la *pulmonar*; cuyo principal síntoma es la presencia de tos con expectoración mucoide o mucopurulenta por más de 15 días, denominándose a la persona que presente esta condición como sintomático respiratorio; esta tos puede estar acompañada por otros signos y síntomas como hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna, malestar general, dolor torácico, astenia, anorexia y pérdida de peso.

El contagio se presenta mientras el enfermo elimina bacilos, al iniciar el tratamiento rápidamente se suprime la población bacteriana por lo tanto desaparece el riesgo. El aislamiento del paciente no tiene justificación, por cuanto una vez iniciado el tratamiento, la población en riesgo que puede contagiarse disminuye progresivamente. Sin embargo, se deben tomar todas las medidas de protección para evitar el contagio de las personas que interactúen con el enfermo. Cada enfermo bacilífero, sin tratamiento, puede infectar entre 10 a 15 personas por año.

Comportamiento del evento a nivel mundial

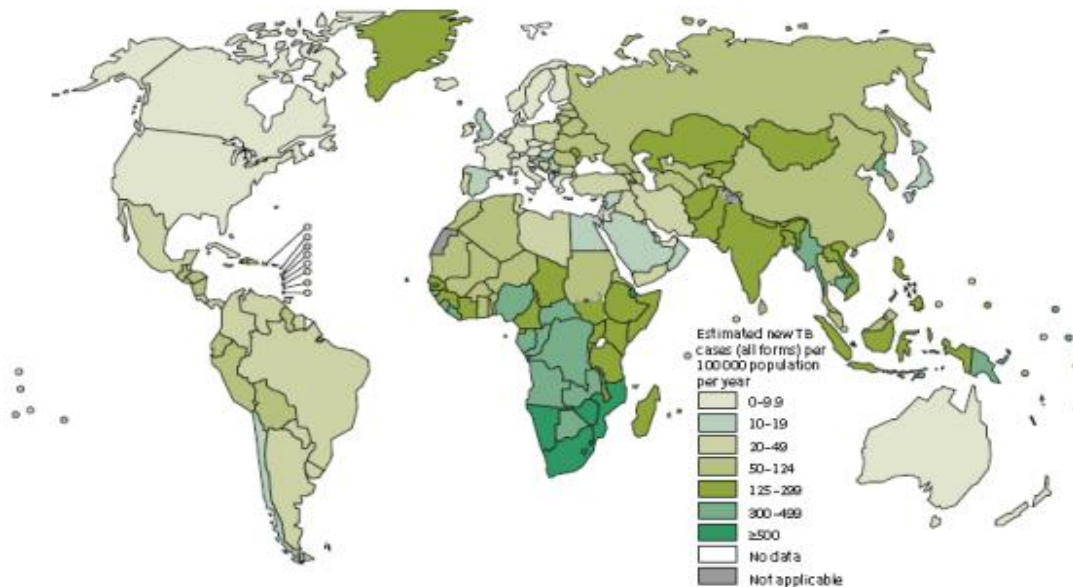
Los datos de la Organización Mundial de la Salud en 2013 se estimó 9 millones de casos nuevos de TB (rango, 8,6 millón a 9.4 millón) a nivel mundial, equivalente a 126 casos por cada 100 000 habitantes. El número absoluto de casos nuevos muestra una tendencia a la disminución, a una tasa promedio de 1.5% por año en el periodo 2000-2013 y del 0,6% entre 2012 y 2013.

La mayor parte del número estimado de casos en el año 2013 se reportaron en Asia (56%) y la Región de África (29%); 3 proporciones menos de los casos se notificaron en la Región del Mediterráneo Oriental (8%), Región de Europa (4%) y la Región de las Américas (3%).

Los seis países con mayor número de casos nuevos en el año 2013 fueron la India (2,0 millones-2,3 millones), China (0,9 millones-1,1 millones), Nigeria (340 000 a 880 000), Pakistán (370 000 a 650 000), Indonesia (410 000 a 520 000) y Sudáfrica (410 000 a 520 000); India y China

representaron el 24% y el 11% de los casos mundiales, respectivamente. De los 9,0 millones de casos nuevos, se estima que 550 000 eran niños y 3,3 millones (rango, 3,2-3500000) entre las mujeres

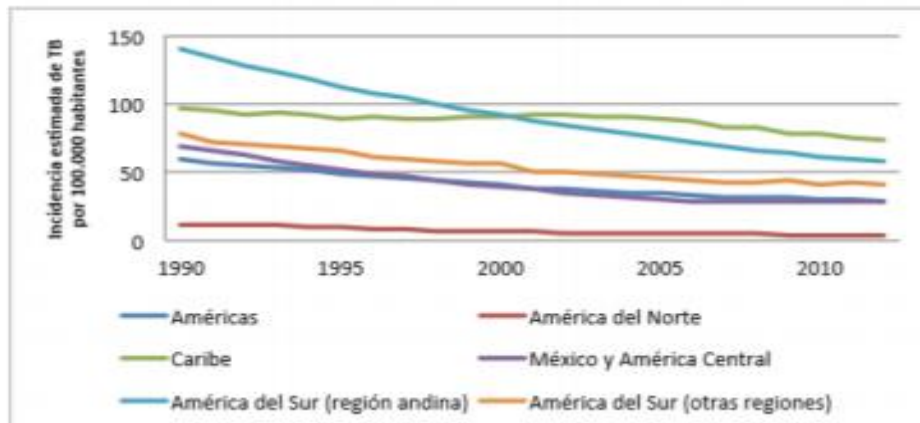
Mapa 1. Tasas de Incidencia estimadas a Nivel Mundial año 2013



Fuente: World Health Organization. WHO Report Global Tuberculosis Control 2014

De acuerdo al reporte regional de tuberculosis de la OPS 2012, la situación para la región de las Américas se produjeron unos 276.235 casos nuevos de TB, lo que equivale a 29 casos por 100.000 habitantes, esta cifra constituye una disminución de 3,6% con respecto a la tasa de incidencia estimada del año anterior, Se cree que la tasa de incidencia más elevada en las Américas se halla en Haití (213 por 100.000 habitantes).

Figura 1. Incidencia estimada de TB por 100.000 habitantes por subregión, 1990 – 2012



Fuente: OPS-OMS. La tuberculosis en las Américas. Informe Regional 2013 – Epidemiología, control y financiamiento

Comportamiento del evento en Colombia Para el 2014 el total de casos confirmados para tuberculosis todas las formas fue de 12824 de los cuales se registraron 10310 como tuberculosis pulmonar, 2079 extrapulmonares y 419 tuberculosis meníngea. Por tipo de caso el 75,0% se confirmaron por laboratorio, 23,1% fueron confirmados por clínica y 1,6% por nexo epidemiológico. En cuanto a la clasificación del caso de acuerdo a la condición de ingreso al programa, 11571 (90,2%) corresponden a casos nuevos, el 5,3% a casos con recaída, el 3,8% a pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento y el 0,46 como fracasos. Según lo notificado por grupos de edad y sexo se observa que el 19,5% corresponde al mayor número de casos entre los grupo de edad de 20 a 29 años, de acuerdo a la tasa de incidencia los mayores de 65 años y más aportan la mayor tasa con 68,8 casos por 100.000 habitantes, siendo los hombres los que mayor número de casos registraron con el 62,3%. La incidencia de tuberculosis todas las formas fue de 24,2 casos por 100.000 habitantes. De acuerdo al lugar de residencia, las tasas de incidencia más altas se presentaron en las entidades territoriales de Amazonas (73,0 por 100.000 habitantes) y Choco (con 52,7 casos por 100.000 habitantes). Sin embargo, las entidades territoriales que concentran el mayor número de casos son Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá con el 42,5%

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1 Analizar los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de tuberculosis.

2.2 Establecer la frecuencia y distribución de la morbilidad y la mortalidad de tuberculosis todas las formas en Boyacá.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Para la elaboración del informe se toma como fuente de información el libro de pacientes de tuberculosis y la base de datos del SIVIGILA – Boyaca y la retroalimentación que hace el Instituto Nacional de Salud del evento notificado en otro departamento y procedente en Boyacá validando el aseguramiento a través del fosalga, se tienen en cuenta los pacientes que llegaron al departamento a continuar esquemas de tratamiento pero su diagnóstico se hizo en otro departamento, se realiza un análisis descriptivo-retrospectivo en las variables de persona, tiempo y lugar y los datos se complementan entre los dos sistemas de información.

4. HALLAZGOS

En el departamento de Boyacá se registraron en el libro de pacientes del año 2015 - 119 pacientes de los cuales 109 corresponden al departamento de Boyaca el 92.3% y 10 (8.40%) registros corresponden a pacientes procedentes de otros departamentos (Santander 3, Antioquia 1, Caldas 1, Casanare 1, Cundinamarca 3, Risaralda 1); el SIVIGILA 2015 notificó 127 registros con código 815 de los cuales fueron descartados 18 registros con la opción seis y la opción D, información debidamente validada y corroborada antes de hacer los ajustes, existe una correspondencia del 100% de los casos del programa con el SIVIGILA.

- ✓ Descartados con código seis; 8 casos
- ✓ Error de digitación código D: 10 casos
- ✓ Casos repetidos: Cero casos

Con corte a la semana epidemiológica número 52 del año 2015, el departamento de Boyaca registro 109 pacientes que son los que se utilizarán para el análisis de este informe, sin embargo es importante aclarar que a pesar que los casos coinciden con la notificación de SIVIGILA, varía la semana de notificación porque en el programa se registra el día de diagnóstico o el inicio de tratamiento, el SIVIGILA los registra por fecha de inicio de síntomas.

Tuberculosis casos nuevos

El departamento de Boyaca registro 109 casos de tuberculosis todas las formas en el año 2015, de los cuales 101 corresponden a casos nuevos, la incidencia de tuberculosis para el departamento es de 7,91 casos por 100.000 habitantes. De acuerdo al lugar de residencia, las tasas más altas de incidencia para este evento se encuentran en los municipios de Sativasur (90.9 casos por 100.000 habitantes), Cubara (89.22 casos por 100.000 habitantes), La Victoria (59.74 casos por 100.000 habitantes) y Pajarito (58.17 casos por 100.000 habitantes). Los municipios con mayor número de casos son Puerto Boyaca (18), Duitama (11), Sogamoso (10), Tunja (9), Cubara (6), Otanche (4), los demás municipios que presentaron casos con dos y uno respectivamente.

Tabla 1. Notificación de casos nuevos de tuberculosis según formas por municipio de residencia - Boyacá, 2015

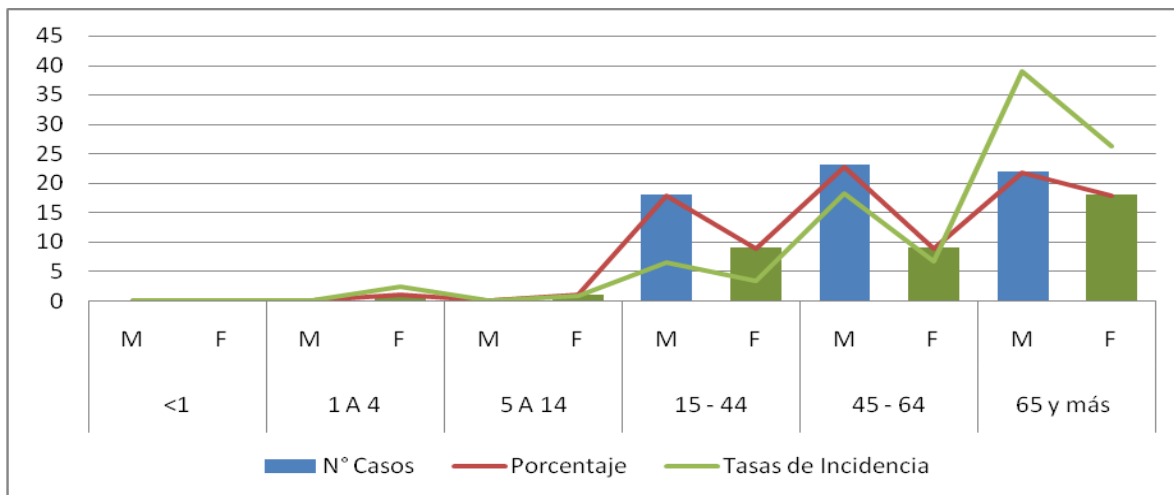
MUNICIPIO	TB PULMONAR	INCIDENCIA X 100 MIL HB DE TB PULMONAR	TB EXTRAPULMONAR	INCIDENCIA X 100 MIL HB DE TB EXTRAPULMONAR	TOTAL CASOS NUEVOS	INCIDENCIA X 100 MIL HB
BELEN	0	-	1	13,51	1	13,51
BOYACA	1	22,36	0	-	1	22,36
BRICEÑO	0	-	0	-	0	-
CHINAVITA	1	28,34	0	-	1	28,34
CHIQUINQUIRA	1	1,53	0	-	1	1,53
CIENEGA	1	21,03	0	-	1	21,03
COMBITA	1	6,83	0	-	1	6,83
CORRALES	1	43,99	0	-	1	43,99
CUBARA	3	44,61	3	44,61	6	89,22
DUITAMA	8	7,10	3	2,66	11	9,76
GAMEZA	1	20,59	0	-	1	20,59
GARAGOA	2	11,80	0	-	2	11,80
GUATEQUE	1	10,41	0	-	1	10,41
LA UVITA	1	44,39	0	-	1	44,39
LA VICTORIA	1	59,74	0	-	1	59,74
MARIPI	2	26,74	0	-	2	26,74
MIRAFLORES	1	10,23	0	-	1	10,23
MONIQUIRA	2	9,34	0	-	2	9,34
MUZO	1	11,06	0	-	1	11,06
NOBSA	0	-	1	6,15	1	6,15
NUEVO COLON	1	15,25	1	15,25	2	30,49
OTANCHE	3	28,14	1	9,38	4	37,52
PAEZ	1	34,33	0	-	1	34,33
PAIPA	0	-	2	6,51	2	6,51
PAJARITO	1	58,17	0	-	1	58,17
PAUNA	1	9,28	0	-	1	9,28
PAYA	1	39,22	0	-	1	39,22
PUERTO BOYACA	17	30,75	1	1,81	18	32,56
RAMIRIQUI	2	19,97	0	-	2	19,97
SAMACA	0	-	2	10,05	2	10,05
SAN PABLO DE	1	9,50	0	-	1	9,50

BORBUR						
SATIVASUR	0	-	1	90,09	1	90,09
SICAHUQUE	1	11,16	1	11,16	2	22,31
SOCOTA	0	-	1	12,30	1	12,30
SOGAMOSO	6	5,30	3	2,65	9	7,94
TASCO	0	-	1	15,72	1	15,72
TENZA	1	24,32	0	-	1	24,32
TIBANA	1	10,89	1	10,89	2	21,77
TOPAGA	1	27,07	0	-	1	27,07
TOTA	0	-	1	18,57	1	18,57
TUNJA	3	1,59	5	2,65	8	4,25
TUTA	0	-	1	10,34	1	10,34
UMBITA	1	9,70	0	-	1	9,70
Departamento	71	5,56	30	2,35	101	7,91

Fuente: PCDTB – SIVIGILA Boyacá - 2015

Al analizar el comportamiento del evento por grupos de edad y sexo, de los 101 casos nuevos de tuberculosis todas las formas se observa que la mayor proporción de casos tanto en hombres como de mujeres se encuentra en los grupos de edad de 65 años y más, con las tasas de incidencia más altas (hombres 39.01 x 100.000 hombres y mujeres 26.34 x 100.000 mujeres), sin embargo se evidencia un importante número de casos entre los grupos de edad entre 45 a 64 años aportando el 31,7 % de la notificación; de acuerdo al sexo el 62,4% son hombres (63 casos) y el 37,6% son mujeres (38 casos), los hombres de 45 años aportan el mayor porcentaje de casos el 22.8% (23 casos). (Figura 1).

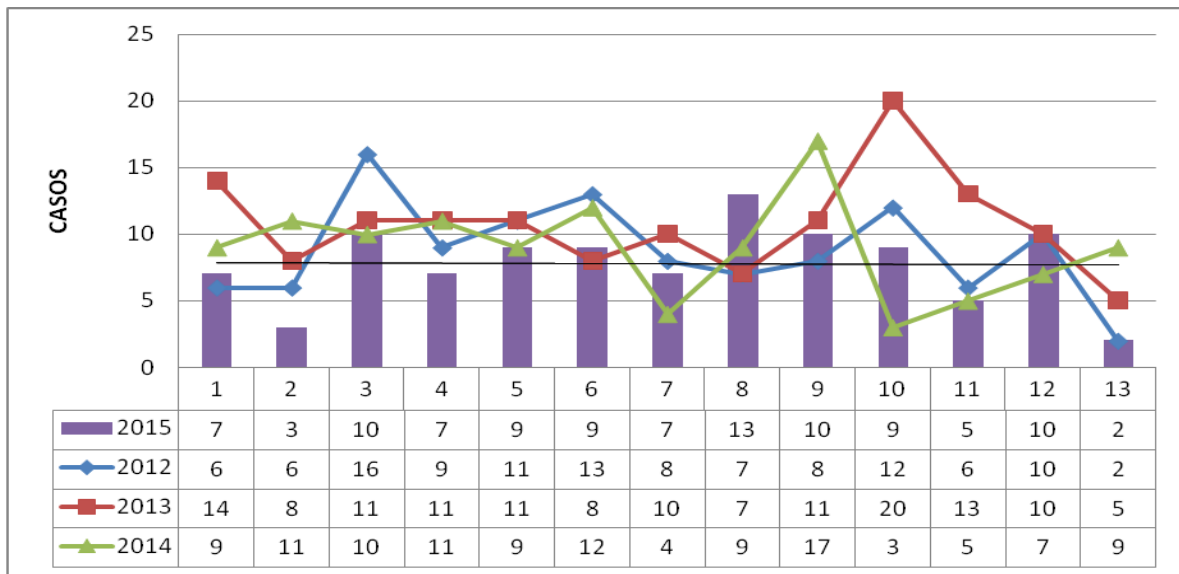
Figura 2. Distribución de casos nuevos de tuberculosis TF por grupo de edad y sexo, Boyaca 2015.



Fuente: PCDTB – SIVIGILA Boyacá - 2015

Para el año 2015 la notificación de casos por periodo epidemiológico varía levemente la tendencia hacia la disminución, sin embargo depende en gran medida de la búsqueda de casos, si se aumenta la búsqueda se aumenta el diagnóstico.

Figura 3. Comportamiento de la tuberculosis todas las formas por periodo epidemiológico 2012 - 2015



Fuente: PCTB – SIVIGILA 2015

A continuación se registran los indicadores del programa de tuberculosis en la metodología establecida en el protocolo de vigilancia en salud pública.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tabla 2. Indicadores de tuberculosis Boyacá 2015

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR
Porcentaje de casos de tuberculosis, según clasificación			
Nuevos confirmados de TB todas las formas	101	109	92.66 %
Previamente tratados recaídas, fracasos y abandonos) confirmados de TB todas las formas.	8	109	7.33%
Porcentaje de casos nuevos de acuerdo a tipo de tuberculosis			
Tuberculosis Pulmonar	71	101	70.29%
Tuberculosis Extrapulmonar	30	101	29.70%
Meningitis Tuberculosa en mayores de 15 años	1	101	0.99%
Meningitis Tuberculosa en menores de 15 años	5	101	4.95%



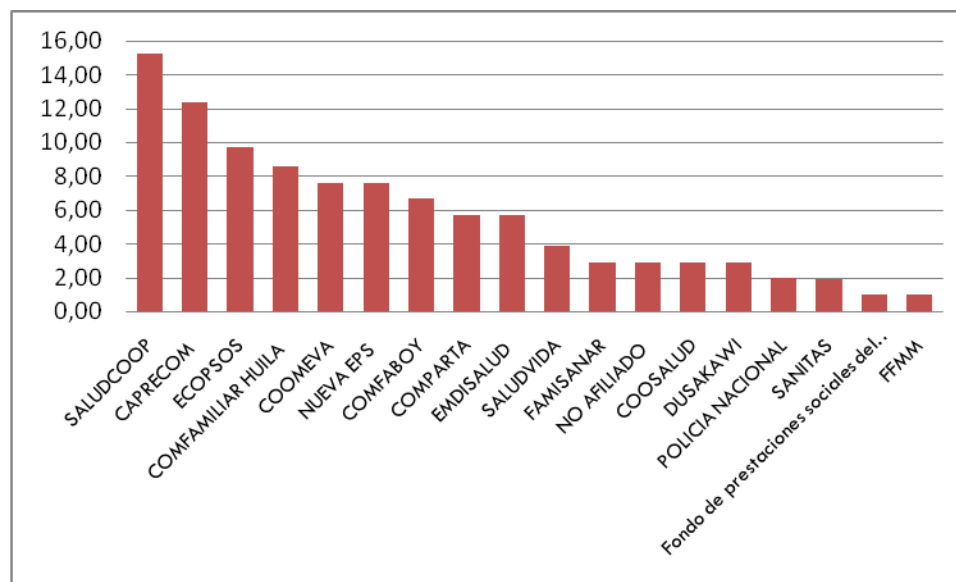
Incidencia de tuberculosis general y de acuerdo al tipo de tuberculosis x 100.000			
Incidencia de tuberculosis todas las formas	101	1.276.407	7.91
Incidencia de tuberculosis Pulmonar	71	1.276.407	5.56
Incidencia de tuberculosis Extrapulmonar	30	1.276.407	2.35
Incidencia de tuberculosis meníngea en menores de 15 años	1	108.660	0.92
Incidencia de tuberculosis meníngea en mayores de 15 años	5	930.909	0.53
Incidencia de tuberculosis de acuerdo al sexo y la edad x 100.000			
Incidencia hombres	63	639.604	9.84
Incidencia mujeres	38	636.803	5.96
Incidencia en menores de 1 año	0	21.285	0
Incidencia de 1 a 4 años	1	87.375	1.14
Incidencia de 5 a 14 años	1	236.838	0.42
Incidencia de 15 a 44 años	27	544.139	4.96
Incidencia de 45 a 64 años	32	262.041	12.21
Incidencia de 65 y más	40	124.729	32.06
Porcentaje de casos, de acuerdo a la condición de ingreso al programa a los que se les realizó cultivo			
Casos previamente tratados de TB (Recaídas, perdidos en el seguimiento)	8	109	7.33%
Casos previamente tratados de TB (Σ casos clasificados como recaídas, fracasos y abandonos) a los cuales se les realizó cultivo.	7	8	87.5%
Casos de recaídas de TB a los cuales se les realizó cultivo	3	3	100%
Casos de fracasos de TB a los cuales se les realizó cultivo	0	0	0%, por error en la notificación de Sivigila 2015 quedo registrado un fracaso que no corresponde a esta condición y se quedó sin ajuste
Casos de Paciente recuperado tras pérdida al seguimiento con cultivo.	3	3	100%
Otros pacientes previamente tratados con cultivo	1	2	50%
Porcentaje de casos de tuberculosis que presentaron condición final muerte general, y porcentaje de casos que presentaron tuberculosis como causa básica de muerte.			
Casos de TB todas la formas confirmados en el período que presentaron condición final muerte	14	109	12.84%
casos de TB todas la formas confirmados en el período que presentaron condición final muerte, y en las causase registro muerte, TB	10	109	9.17%
Porcentaje de casos de coinfección TB /VIH-Sida			
casos de TB todas las formas que reportaron coinfección TB/VIH	7	109	6.42%
casos de TB pulmonar que reportaron coinfección TB/VIH	5	71	7.04%
casos de TB extrapulmonar que reportaron	1	30	3.33%

coinfección TB/VIH			
casos de meningitis tuberculosa que reportaron coinfección TB/VIH	1	6	16.6%
Tasa de coinfección TB /VIH-Sida x 100.000			
casos de TB todas las formas que reportaron coinfección TB/VIH	7	1.276.407	0.54
Porcentaje de casos menores de 5 años de meningitis tuberculosa con antecedente de vacunación con BCG			
Casos de TB meníngea en menores de 5 años con antecedente de vacunación por BCG.	0	0	0
Porcentaje de casos de tuberculosis con investigación de campo realizada			
Casos de TB todas las formas con investigación epidemiológica de campo inicial realizada.	83	109	76.14%
Porcentaje de correlación información Sivigila y Programa de Control de la tuberculosis			
casos de TB todas las formas en base de datos Sivigila	109	109	100 %

Fuente ; PCT Boyaca – SIVIGILA - 2015

Por tipo de régimen de aseguramiento al SGSSS, se observa que del total de casos tuberculosis todas las formas, el 15.24 pertenecen a la aseguradora Saludcoop, 12.14 % a Caprecom, de 18 aseguradoras presentes en el departamento 5 aseguradoras aportan más del 50% de los casos (Saludcoop, Caprecom, Ecoopsos, Comfamiliar y Coomeva).

Figura 4. Distribución de casos de Tuberculosis por régimen de afiliación al SGSSS. Boyacá 2015

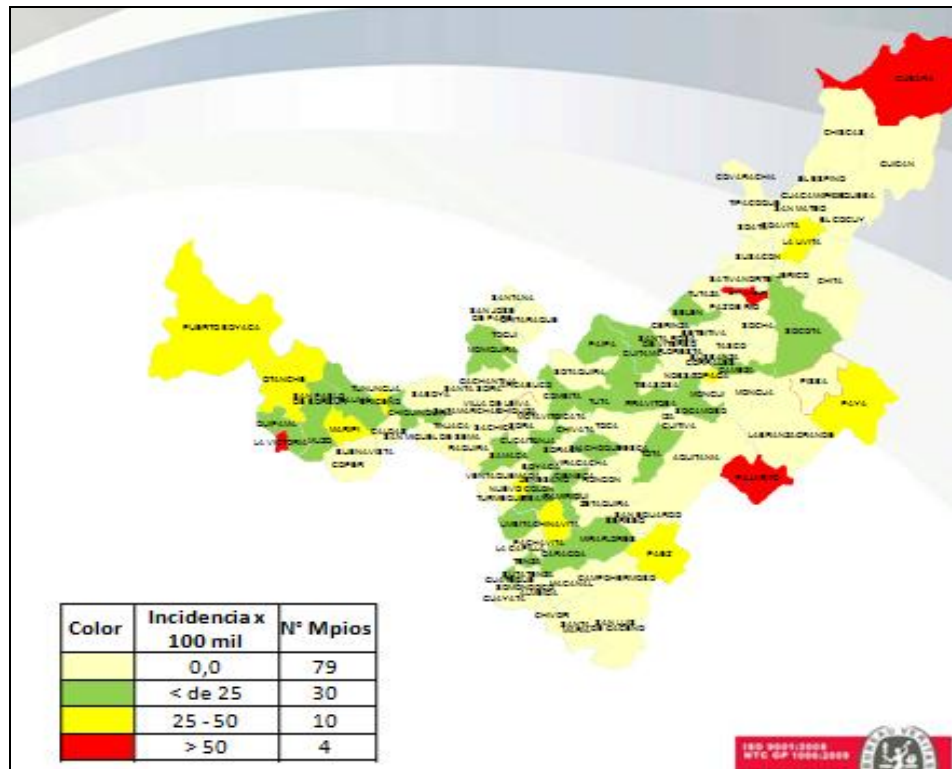


Fuente ; PCT Boyaca – SIVIGILA- 2015

En el año 2015 se diagnosticaron cuatro casos de tuberculosis pulmonar en población indígena con una proporción de 3.66 %, en población privada de la libertad 2.75%, migrantes 1,83%, discapacitado 2.75%, los demás corresponden a otros grupos poblaciones

A continuación se representan los municipios en color rojo aquellos con incidencias mayores a 50 casos por 100.000 habitantes, en color amarillo los que presentan incidencias entre 25 y 50 casos por 100.000 habitantes, y en verde aquellos con menos de 25 casos por 100.000 habitantes

Mapa 2. Gerefenciación - Riesgo de incidencia x 100 hab por municipio – Boyacá 2015



Fuente; PCT Boyaca – SIVIGILA

Coinfección Tuberculosis VIH

El departamento de Boyacá en el año 2015 diagnosticó siete casos de Tuberculosis con asociación VIH (Previos VIH), en el proceso de consejería para la prueba de VIH a los pacientes que cursan con tuberculosis se les realizó al 95.0% (97 pacientes) y de los que aceptaron la prueba fueron el 95.8%.

Tabla 3. Actividades de TB/VIH Boyacá 2015

AÑO	N° DE CASOS	PREVIO VIH	CONSEJERIA PARA PRUEBA DE VIH	PORCENTAJE	PRUEBA DE ELISA	PORCENTAJE

2015	102	7	97	95.0	93	95.8
------	-----	---	----	------	----	------

Fuente; PCT Boyaca – SIVIGILA -2015

Tuberculosis Farmacorresistente

En el 2015 no se han notificado casos de este evento de interés en salud

DISCUSIÓN

El comportamiento de tuberculosis todas las formas según grupos de edad y sexo muestra que los grupos de edad de 65 y más años aportan el mayor número de casos junto con el sexo masculino

Es importante anotar que se debe fortalecer el ajuste a las variables del SIVIGILA frente al programa de tuberculosis, si bien el 100% de los casos registrados en el programa se encuentran notificados en el SIVIGILA al revisar la particularidad de cada una de las variables no son concordantes.

CONCLUSIONES

A pesar que la búsqueda de sintomáticos respiratorias a aumentado el número de casos de tuberculosis todas las formas se mantiene y los casos de tuberculosis Extrapulmonar se aumentan con un criterio de diagnostico clínico.

El 34,95% de los municipios del departamento registraron casos de Tuberculosis todas las formas durante el año 2015, el 65.05 % de los municipios se encuentran en silencio epidemiológico para este evento.

RECOMENDACIONES

Realizar los ajustes al término del periodo epidemiológico entre el programa y el SIVIGILA con el fin tener información concordante entre los dos sistemas de información.

El departamento debe continuar fortaleciendo la búsqueda sintomáticos respiratorios garantizando el diagnóstico, tratamiento y seguimiento como lo establece la norma técnica y la Circular 058 de 2009 y lineamientos de la Circular 07 de 2015.

Se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica para el evento 815, 825 como lo establece el protocolo.

Continuar la vigilancia en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y entidades territoriales locales para que realicen las actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con tuberculosis.

LEPRA

1. Introducción

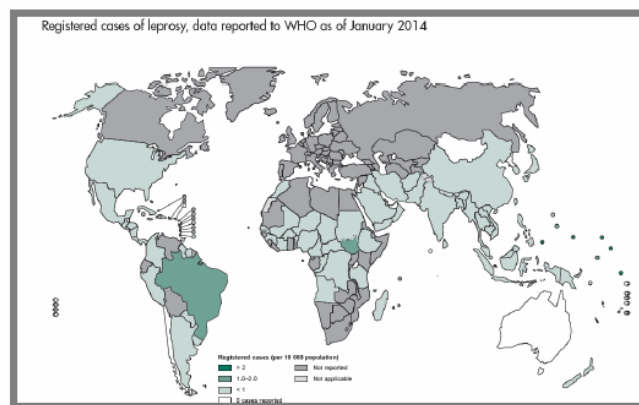
La lepra es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Micobacterium leprae*, un bacilo ácido alcohol resistente, el diagnóstico es eminentemente clínico su manifestación es de tipo crónico y presenta con muchas manifestaciones clínicas en la piel y en el sistema nervioso periférico. Es necesario establecer la clasificación de la Lepra para pronosticar el curso de la enfermedad y las complicaciones posibles durante su evolución. Entre los signos y síntomas de la enfermedad se presentan decoloraciones o manchas en la piel, con pérdida de la sensibilidad; esta es de evolución lenta y de acuerdo a su progresión puede generar alteraciones en el tracto respiratorio superior, los párpados, las manos, los pies, el polo anterior del globo ocular, los testículos y el riñón; incluso puede llegar a producir graves deformidades e incapacidades si no se recibe tratamiento oportunamente.

El manejo de los enfermos de Lepra debe incluir, además de la quimioterapia específica contra el bacilo, medidas de prevención y de rehabilitación de las incapacidades que por el daño neurológico o por los fenómenos reaccionales se producen en los pacientes y el seguimiento a los convivientes.

1.1 Comportamiento del evento a nivel mundial

La prevalencia de la lepra reportada por la OMS al final año 2013 a nivel mundial registró un total de 180 618 enfermos de lepra que recibieron tratamiento. La tasa de prevalencia se estimó en 0.32 por 10 000 habitantes

Mapa.3. Prevalencia de casos de Lepra reporte OMS enero de 2014



Fuente: Control de enfermedades tropicales (NTD), publicado por la Organización Mundial de la Salud, 2014

Para el 2013 en comparación al año anterior se presenta una reducción en la prevalencia de 8 554 casos. La tasa global de casos nuevos fue de 3,81 por 100 000 habitantes

Tabla 4. Prevalencia de Lepra registrada y número de casos nuevos reportados por regiones de la OMS según reporte de 102 países, años 2013 y primer trimestre de 2014.

REGIONES OMS	Número de casos registrados y prevalencia (número de casos en tratamiento por 10 000 habitantes) al primer trimestre de 2014	Número de casos registrados (casos nuevos detectados por 100 000 habitantes) año 2013
África	22 722 (0.38)	20 911 (3.50)
Américas	31 753 (0.36)	33 084 (3.78)
Oriente Mediterráneo	2 604 (0.05)	1 680 (0.35)
Sur este asiático	116 396 (0.63)	155 385 (8.38)
Pacífico Occidental	7 143 (0.04)	4 596 (0.25)
Total	180 618 (0.32)	215 656 (3.81)

Fuente: Boletín epidemiológico n°36 publicado por la Organización Mundial de la Salud el 05 de septiembre 2014 (2)

1.2 Comportamiento del evento en Colombia

De acuerdo al boletín emitido por el INS con corte periodo XIII de 2015 en la notificación del sistema de vigilancia Sivigila, se registró un total de 439 casos notificados como lepra con 42 casos descartados (19 casos por ajuste D y 8 casos ajustes D y 21 como duplicados), quedando un total de 391 casos de lepra. De estos casos el 75.2 % (294 casos) se confirmaron por laboratorio y el 24.8 % (97 casos) fueron confirmados por clínica.

El departamento que presenta el mayor número de casos notificados es Valle del Cauca con el 10,7 % (42 casos), seguido de Santander con el 10.2 (40 casos), y Norte de Santander 9.7% (38 Casos).

2. Objetivo

Identificar el cumplimiento en la notificación a través del SIVIGLA y el Programa y establecer la frecuencia y la morbilidad en el departamento de Boyacá en el año 2015

3. Materiales y métodos

Este informe se realiza teniendo en cuenta los datos suministrados por el programa de Lepra y la Notificación obligatoria semanal a través del SIVIGILA 2015, se revisa el protocolo de lepra y analizan los indicadores registrado allí.

4. Hallazgos

4.1 Comportamiento en la notificación

De acuerdo a la notificación a través del sistema de vigilancia epidemiológica – SIVIGILA, se notificaron tres casos de Lepra hasta el periodo epidemiológico numero XIII de 2015 de los cuales dos casos se descartaron con ajuste seis debido a que por histopatología se le diagnóstico definió estar frente a otra patología que no era Lepra, por lo tanto al programa y al Sivigila quedo solamente un caso de lepra.

Corresponde a un Hombre de 59 años de edad en de grupo poblacional privado de la libertad afiliado a Caprecom clasificado por histopatología como Dimorfa Tuberculoide con grado dos de discapacidad, el paciente presentaba múltiples lesiones, por lo tanto el departamento registra una incidencia de 0.08 x 10.000 habitantes.

Tabla 5. Indicadores de Lepra Boyacá 2015

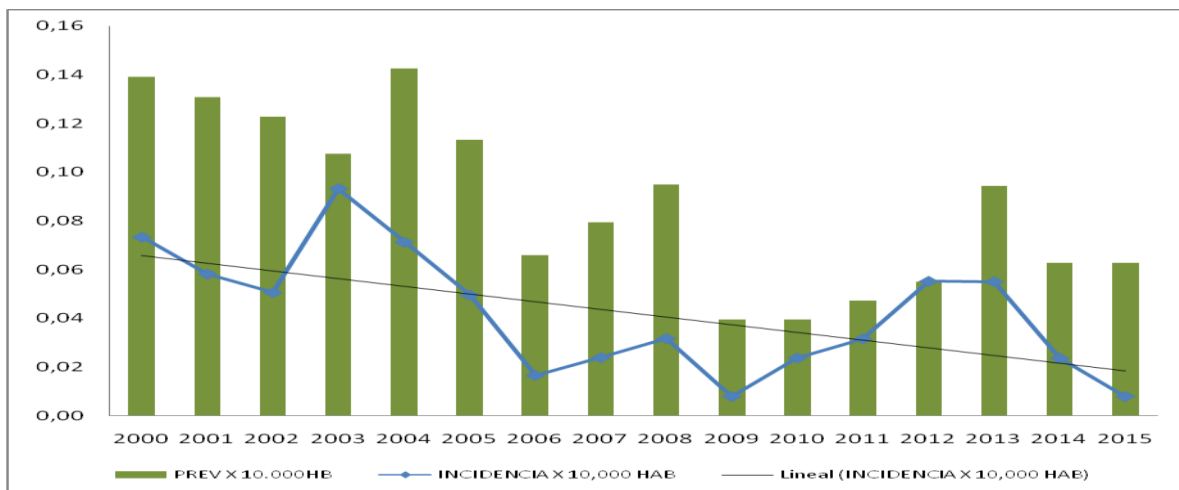
Nombre del indicador	Valor a periodo XIII de 2015	Observaciones
Proporción de casos de lepra de acuerdo a la condición de ingreso	100%	Todos los casos fueron nuevos para el año epidemiológico
Tasa de detección de casos nuevos	0.08x100.000 hab	La detección de casos nuevos fue de 0.08 x 100.000 hab
casos nuevos detectados de acuerdo al sexo y la edad	Hombres 0.015 x 10.000 hombres	Al periodo XIII de 2015 la detección corresponde al sexo Masculino. No hubo diagnóstico de casos de Lepra en menores de 15 años
Porcentaje de casos nuevos detectados según clasificación bacteriológica (MB o PB).	Multibacilar 100 %	El 100 % de los casos nuevos fueron lepras Multibacilares en atención a los diagnósticos tardíos.
	Paucibacilar 0 %	
Porcentaje de casos nuevos detectados con discapacidad	Grado dos 100%	EL 100% de los casos presenta grado dos de discapacidad en manos y pies.
Porcentaje de casos notificados con lepro reación.	0% Leporreacción	
Porcentaje de casos de lepra con investigación de campo	100 % con investigación de campo	Se realizo valoración neurológica a los convivientes de cada caso

Porcentaje de Convivientes examinados	100% de convivientes examinados	
Porcentaje de convivientes vacunados con BCG	100% aplicación Vacuna BCG al momento de la visita	A dos convivientes con cicatriz de BCG

5. Tendencia del evento

En los últimos catorce años, la notificación de los casos de lepra en el departamento de Boyacá evidencia un comportamiento variable, en los años 2002 a 2004 refleja un aumento en la notificación de casos nuevos y en tratamiento, sin embargo con una tendencia hacia la disminución a partir del año 2009, con un cumplimiento de la meta de eliminación de menos de un caso x 10.000 habitantes.

Figura 5. Prevalencia de notificación de casos nuevos y en tratamiento de lepra años 2000 a 2015



Fuente PDL – SIVIGILA - 2002 – 2015

DISCUSIÓN

El programa de Lepra ha venido bajando la acciones de búsqueda de sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico a nivel institucional y municipal (diagnóstico y evaluación de convivientes),

en razón a que el recurso humano no está capacitado para el manejo de este evento, la alta rotación del personal no permite mantener un programa regular de seguimiento a pacientes y convivientes; no se deja un sistema de información en cada institución que ayude a fortalecer las acciones de búsqueda y prevención.

En el departamento no se diagnostican recidivas por la razón mencionada en el párrafo anterior situación que lleva a los pacientes a deteriorar su estado de salud y su calidad de vida, la confusión con el sistema de habilitación no permite a los primeros niveles tomar muestras histopatológicas que sería de gran ayuda para el diagnóstico de las formas tempranas de lepra.

Los municipios deben intensificar acciones de búsqueda de casos sospechosos de lepra para el diagnóstico oportuno de casos, es importante tener en cuenta los convivientes de los casos fuentes con el fin de ser investigados por la alta sospecha de contagio y susceptibilidad de desarrollar la enfermedad.

Los municipios que presentan casos con secuelas de lepra y casos activos deben capacitarse para el diagnóstico y manejo de recidivas por ser una consecuencia que se presenta y es de difícil manejo por el desconocimiento del personal de salud.

Se debe fortalecer la información a la comunidad en signos y síntomas con el fin de demandar los servicios de salud para esta patología, y la rehabilitación basada en comunidad para prevenir la discapacidad en aquellos casos activos o con secuelas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El departamento de Boyacá en el año 2015 diagnóstico y notifico un caso de Lepra.

En los años 1970 – al 1980 el departamento de Boyaca fue el que diagnosticaba más casos de Lepra, pero en la última década se ha bajado el número de casos.

RECOMENDACIONES

Se debe fortalecer la búsqueda de sintomáticos de piel de sistema nervioso periférico en los 123 municipios del departamento de Boyacá.

El seguimiento a los convivientes debe ser más riguroso en cuanto a la evaluación clínica y visitas epidemiológicas de campo de acuerdo a los tiempos establecidos en el protocolo de Vigilancia y el seguimiento en la vacunación de BCG como método preventivo para el desarrollo de la enfermedad.

Se debe fortalecer el seguimiento a los casos activos y antiguos en la prevención de la discapacidad mediante estrategias de rehabilitación basada e comunidad.

La comunidad se debe informar en cuanto a la presencia de signos y síntomas y acceso a los servicios de salud para hacer diagnósticos y tratamiento tempranos.