

Actualización epidemiológica de la lepra en Venezuela. Período 2006-2016.

JOSÉ RAMÓN GUEVARA¹, MARÍA EUGENIA ORTEGA-MORENO², FRANCIS RODRÍGUEZ³, RAMÓN SOSA².

Resumen

La lepra continúa siendo una enfermedad estigmatizante, se deben abordar compromisos políticos renovados y una mejor coordinación entre los equipos de salud tanto locales, regionales y nacionales para garantizar un diagnóstico precoz y evitar las discapacidades, además se debe dar importancia a la investigación de esta enfermedad y a mejorar la recopilación y análisis de datos para evitar el sub-registro de los casos presentados en el país. En Venezuela, a pesar de mantener una tasa de detección por debajo de 1 caso por 10.000 habitantes (0,20), aún sigue considerándose un problema de salud pública, debido a los casos presentados en algunos estados que superan la tasa nacional, como sucede en Portuguesa con una tasa de 2,01 (2006), encabeza las regiones más afectadas. La enfermedad afecta más al sexo masculino (66%) y a grupos de edades mayores de 15 años (95%), siendo la lepra multibacilar la forma clínica que predomina en el 72% de los casos registrados en la década de estudio.

Palabras clave: Lepra, epidemiología, Venezuela, multibacilar.

Epidemiological update of Leprosy in Venezuela. Period 2006-2016.

Summary

Leprosy continues to be a stigmatizing disease, so renewed political commitments and better coordination between local, regional and national health teams must be addressed to ensure early diagnosis and avoid disabilities, with special emphasis in the investigation of this disease and the collection and analysis of data avoiding under-reporting of the cases presented in the country. In Venezuela, despite maintaining a detection rate below 1 case per 10,000 inhabitants (0.20), leprosy is still considered a public health problem, due to cases presented in some states that exceed the national rate, as evidenced in Portuguese state with a rate of 2.01 (2006), leads the regions most affected. The disease mostly affects males (66%) and groups of over fifteen years old (95%), with multibacillary leprosy being the clinical form that predominates in 72% of cases registered in the decade of study.

Key words: Leprosy, epidemiology, Venezuela, multibacillary.

1. Coordinador del Programa Nacional de Control de la Lepra. Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit".
2. Licenciado en Inspección en Salud Pública. Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit".
3. Asistente administrativo del Programa Nacional de Control de la Lepra. Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit".

Autor para correspondencia:
María E. Ortega
correo electrónico:
m.a.r.u.26@gmail.com

Introducción

La Lepra es una enfermedad granulomatosa crónica e infecto contagiosa, causada por una micobacteria (*Mycobacterium leprae*). El bacilo se multiplica muy despacio, y el periodo de incubación de la enfermedad puede ser de cinco años, y la aparición de la sintomatología puede tardar hasta 20 años en aparecer. Esta enfermedad afecta principalmente los nervios periféricos, la piel y mucosas, pudiendo atacar otros órganos internos, exceptuando el pulmón y el sistema nervioso central¹⁻³. La presentación de la enfermedad depende del estado inmunológico del paciente, por lo que las manifestaciones clínicas e histológicas son muy variables, reflejando la presencia o ausencia de la inmunidad celular del individuo ante *M. leprae*, estas manifestaciones caracterizan un espectro en el que se encuentra la forma benigna denominada lepra tuberculoide, los polos intermedios o borderline, hasta el polo maligno o forma lepromatosa¹.

La lepra continúa siendo endémica en distintas regiones del mundo. Es una infección que se asocia a discapacidad y marginación. Según cifras de la OMS, de 138 países, la prevalencia mundial para el 2015 fue de 176.176 casos, con una incidencia de 211.973⁴, siendo Brasil, La India e Indonesia los países que reportan aproximadamente el 81% del total de casos a nivel mundial (más de 10.000 casos nuevos/año)⁵.

En Venezuela los primeros casos reportados de la enfermedad datan del año 1627, a partir de entonces nuevos casos fueron señalados en los Estados Sucre, Yaracuy, Zulia, Mérida y Trujillo².

Desde el año 1946 se empezó a desarrollar en el país el programa de Control de la Lepra, permitiendo avances en el control de la endemia, favoreciendo la disminución en la incidencia y prevalencia de la enfermedad. De acuerdo a la información recolectada en el registro nacional de enfermos y contactos, desde el año 1901 hasta el 2016 han sido notificados un total de 43.392 casos, procedentes de todo el territorio nacional, pero aun cuando la notificación de los casos de lepra ha mejorado notablemente con la instauración del Programa Control, la creación de los Servicios de Dermatología Sanitaria Regionales (SDSR) y la implementación de estrategias mundiales para la eliminación de la enfermedad, aún en el país existe un notable sub registro debido a diferentes factores, por lo cual nos propusimos a realizar una actualización epidemiológica de esta enfermedad en Venezuela durante los últimos 10 años (2006-2016) según el registro nacional del Programa Nacional de Control de la Lepra (PNCL) del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit” (IBJC).

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con enfermedad de Hansen en sus diferentes formas clínicas que acudieron a la Red Nacional de Dermatología Sanitaria, constituida por el Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit” (IBJC) y los 37 Servicios Regionales de Dermatología Sanitaria distribuidos en el país, durante el periodo comprendido entre los años 2006 – 2016.

La recolección de datos se realizó en el ámbito de estos centros a través de la ficha de denuncia obligatoria cuya información es enviada mensualmente al IBJC y vaciada en la base de datos del Programa Nacional de Eliminación de la Lepra, la cual es administrada bajo MySQL y un sistema cliente- servidor programado con el lenguaje Delphi 7. El análisis de los datos se realizó con el software Epi info3.5.1 y Excel, las variables recolectadas para este estudio fueron: sexo, edad, forma clínica de la enfermedad y lugar geográfico de residencia.

Los datos de población fueron tomados del Instituto Nacional de Estadística (INE). Las tasas de incidencia se calcularon por año, expresadas por 10.000 habitantes.

Resultados

Para el periodo comprendido entre 2006-2016 se registraron en el país 6.485 casos de lepra, periodo en el que la tasa más alta se presentó en el año 2006 (0,27), manteniéndose relativamente estable en los siguientes años, disminuyendo en el año 2016 a 0,10 (Tabla 1).

Tabla N° 1. Tasa de detección de Lepra por año. Venezuela. 2006 – 2016.

| Año | Casos Nuevos | Población | Tasa* de Detección |
|--------------|--------------|--------------------|--------------------|
| 2006 | 739 | 26.858.165 | 0,27 |
| 2007 | 712 | 27.272.712 | 0,26 |
| 2008 | 638 | 27.688.638 | 0,23 |
| 2009 | 598 | 28.105.913 | 0,21 |
| 2010 | 638 | 28.524.411 | 0,22 |
| 2011 | 581 | 28.944.070 | 0,20 |
| 2012 | 723 | 29.365.451 | 0,24 |
| 2013 | 592 | 29.786.263 | 0,20 |
| 2014 | 513 | 30.206.307 | 0,17 |
| 2015 | 448 | 30.620.404 | 0,15 |
| 2016 | 303 | 31.028.637 | 0,10 |
| Total | 6.485 | 318.400.971 | 0,20 |

Fuente: SAIBJC. UI, Jed, Rjsa *Tasa por 10.000 habitantes.

Para el período 2006-2016, según el número de casos reportados por género, del total de casos (6.485) registrados en este periodo, 4.286 (66%) pertenecen al sexo masculino y 2.199 (34%) al sexo femenino (Tabla 2).

Tabla N° 2. Número de casos y porcentaje de Lepra según género. Venezuela.2006 - 2016.

| Año | Género | | | | Total |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | F | % | M | % | |
| 2006 | 259 | 35,05 | 480 | 64,95 | 739 |
| 2007 | 245 | 34,41 | 467 | 65,59 | 712 |
| 2008 | 220 | 34,48 | 418 | 65,52 | 638 |
| 2009 | 199 | 33,28 | 399 | 66,72 | 598 |
| 2010 | 172 | 26,96 | 466 | 73,04 | 638 |
| 2011 | 200 | 34,42 | 381 | 65,58 | 581 |
| 2012 | 278 | 38,45 | 445 | 61,55 | 723 |
| 2013 | 219 | 36,99 | 373 | 63,01 | 592 |
| 2014 | 174 | 33,92 | 339 | 66,08 | 513 |
| 2015 | 146 | 32,59 | 302 | 67,41 | 448 |
| 2016 | 87 | 28,71 | 216 | 71,29 | 303 |
| Total | 2.199 | 33,91 | 4.286 | 66,09 | 6.485 |

Fuente: SAIBJC. UI, Jed, Rjsa

En relación con la distribución de los casos según grupo de edades, se observó que los más afectados por la lepra son los mayores de 15 años, con 6.136 casos (94%), mientras que el grupo de edades comprendidas de 0 a 14 años, sólo representaron el 6% del total de casos registrados para el periodo 2006-2016 (Tabla 3).

Tabla N° 3. Número de casos y porcentaje de Lepra según grupos de edad. Venezuela. 2006 - 2016

| Año | Grupos de Edad | | | | Total |
|--------------|----------------|-------------|---------------|--------------|--------------|
| | 0-14 años | % | 15 años y más | % | |
| 2006 | 45 | 6,09 | 694 | 93,91 | 739 |
| 2007 | 41 | 5,76 | 671 | 94,24 | 712 |
| 2008 | 32 | 5,02 | 606 | 94,98 | 638 |
| 2009 | 26 | 4,35 | 572 | 95,65 | 598 |
| 2010 | 39 | 6,11 | 599 | 93,89 | 638 |
| 2011 | 41 | 7,06 | 540 | 92,94 | 581 |
| 2012 | 37 | 5,12 | 686 | 94,88 | 723 |
| 2013 | 26 | 4,39 | 566 | 95,61 | 592 |
| 2014 | 35 | 6,82 | 478 | 93,18 | 513 |
| 2015 | 19 | 4,24 | 429 | 95,76 | 448 |
| 2016 | 8 | 2,64 | 295 | 97,36 | 303 |
| Total | 349 | 5,38 | 6.136 | 94,62 | 6.485 |

Fuente: SAIBJC. UI, Jed, Rjsa

En relación a la forma clínica, para el periodo 2006-2016 fue la lepra multibacilar la forma clínica que predominó, con 4.665 casos (71%), mientras que la forma paucibacilar reportó un total de 1.797 casos, representando sólo el 29%, sin embargo debido al subregistro un 0,35% de los casos de lepra se desconoce la forma clínica de los pacientes (Tabla 4).

Tabla N° 4. Número de casos de Lepra según forma clínica. Venezuela. 2006 - 2016.

| Año | Multibacilar | Forma Clínica | | Se desconoce | | Total | |
|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-----------|-------------|--------------|
| | | % | Paucibacilar | % | % | | |
| 2006 | 499 | 67,52 | 240 | 32,48 | 0 | 0 | 739 |
| 2007 | 459 | 64,47 | 253 | 35,53 | 0 | 0 | 712 |
| 2008 | 465 | 72,88 | 171 | 26,80 | 2 | 0,32 | 638 |
| 2009 | 412 | 68,90 | 186 | 31,10 | 0 | 0 | 598 |
| 2010 | 458 | 71,79 | 179 | 28,06 | 1 | 0,16 | 638 |
| 2011 | 424 | 72,98 | 157 | 27,02 | 0 | 0 | 581 |
| 2012 | 526 | 72,75 | 192 | 26,56 | 5 | 0,69 | 723 |
| 2013 | 433 | 73,14 | 159 | 26,86 | 0 | 0 | 592 |
| 2014 | 375 | 73,09 | 123 | 23,98 | 15 | 2,93 | 513 |
| 2015 | 368 | 82,14 | 80 | 16,86 | 0 | 0 | 448 |
| 2016 | 246 | 81,19 | 57 | 18,81 | 0 | 0 | 303 |
| TOTAL | 4.665 | 71,94 | 1.797 | 27,71 | 23 | 0,35 | 6.485 |

Fuente: SAIBJC. UI, Jed, Rjsa

En la Tabla 5, según la distribución de los casos de Lepra por entidad federal de residencia, se observó que el estado Portuguesa presentó la tasa más alta tanto en el estado como a nivel nacional en el año 2006 con 2,01, siendo la entidad federal con la tasa más elevada del país durante esta década, disminuyendo a partir del 2007 y permaneciendo estable hasta el año 2015, cuando presentó un descenso importante en este último bienio del periodo estudiado. El estado Cojedes presentó su mayor tasa en el año 2007 con 1,23 disminuyendo posteriormente hasta el 2010 donde presentó un nuevo aumento en su tasa (1,10) descendiendo considerablemente en los siguientes años, siendo superada en el 2011 y 2012 por el estado Apure que presentó sus mayores tasas en estos dos años con 1,00 y 1,15 respectivamente.

Tabla N° 5. Tasa de detección de la Lepra según entidad federal de residencia. Venezuela. 2006- 2016.

| EF Residencia | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|-------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* | Casos | Tasa* |
| DISTRITO CAPITAL | 23 | 0,11 | 10 | 0,05 | 12 | 0,06 | 14 | 0,07 | 17 | 0,08 | 21 | 0,10 | 22 | 0,11 | 14 | 0,07 | 20 | 0,09 | 24 | 0,12 | 7 | 0,03 |
| AMAZONAS* | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,0 | 1 | 0,07 | 1 | 0,07 | 2 | 0,13 | 0 | 0,00 | 1 | 0,06 | 1 | 0,06 | 0 | 0,00 | 1 | 0,05 |
| ANZOATEGUI | 9 | 0,06 | 19 | 0,13 | 6 | 0,04 | 3 | 0,02 | 12 | 0,08 | 10 | 0,06 | 8 | 0,05 | 21 | 0,13 | 15 | 0,09 | 5 | 0,03 | 6 | 0,04 |
| APURE | 42 | 0,91 | 47 | 0,99 | 35 | 0,72 | 29 | 0,58 | 39 | 0,77 | 52 | 1,00 | 61 | 1,15 | 45 | 0,83 | 49 | 0,88 | 32 | 0,56 | 31 | 0,53 |
| ARAGUA | 50 | 0,30 | 50 | 0,30 | 31 | 0,18 | 40 | 0,23 | 43 | 0,25 | 30 | 0,17 | 38 | 0,22 | 24 | 0,14 | 33 | 0,18 | 19 | 0,11 | 16 | 0,09 |
| BARINAS | 58 | 0,77 | 56 | 0,74 | 49 | 0,63 | 48 | 0,61 | 56 | 0,71 | 57 | 0,69 | 64 | 0,77 | 48 | 0,57 | 69 | 0,80 | 54 | 0,61 | 30 | 0,33 |
| BOLIVAR | 19 | 0,13 | 26 | 0,17 | 13 | 0,08 | 21 | 0,13 | 20 | 0,12 | 26 | 0,16 | 25 | 0,15 | 26 | 0,15 | 14 | 0,08 | 12 | 0,07 | 6 | 0,03 |
| CARABOBO | 86 | 0,39 | 74 | 0,33 | 91 | 0,40 | 69 | 0,30 | 79 | 0,34 | 71 | 0,31 | 63 | 0,27 | 65 | 0,27 | 41 | 0,17 | 44 | 0,18 | 29 | 0,12 |
| COJEDES | 33 | 1,12 | 37 | 1,23 | 27 | 0,88 | 21 | 0,67 | 35 | 1,10 | 19 | 0,59 | 23 | 0,70 | 29 | 0,87 | 22 | 0,65 | 21 | 0,61 | 18 | 0,51 |
| DELTA AMACURO* | 1 | 0,07 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,06 | 0 | 0,00 | 1 | 0,06 | 0 | 0,00 | 1 | 0,06 | 0 | 0,00 | 1 | 0,05 | 0 | 0,0 |
| FALCON | 9 | 0,10 | 9 | 0,10 | 9 | 0,10 | 7 | 0,07 | 5 | 0,05 | 4 | 0,04 | 15 | 0,15 | 11 | 0,11 | 6 | 0,06 | 3 | 0,03 | 3 | 0,03 |
| GUARICO | 26 | 0,36 | 27 | 0,36 | 23 | 0,30 | 29 | 0,37 | 30 | 0,38 | 27 | 0,34 | 30 | 0,37 | 24 | 0,29 | 16 | 0,19 | 25 | 0,29 | 16 | 0,18 |
| LARA | 28 | 0,16 | 22 | 0,12 | 26 | 0,14 | 32 | 0,17 | 23 | 0,12 | 22 | 0,12 | 32 | 0,17 | 22 | 0,11 | 16 | 0,08 | 15 | 0,08 | 12 | 0,06 |
| MERIDA | 8 | 0,10 | 18 | 0,21 | 7 | 0,06 | 5 | 0,06 | 10 | 0,11 | 5 | 0,06 | 16 | 0,17 | 17 | 0,18 | 8 | 0,08 | 8 | 0,08 | 1 | 0,01 |
| MIRANDA | 32 | 0,11 | 21 | 0,07 | 33 | 0,11 | 18 | 0,06 | 23 | 0,08 | 21 | 0,07 | 32 | 0,11 | 19 | 0,06 | 19 | 0,06 | 19 | 0,06 | 10 | 0,03 |
| MONAGAS | 9 | 0,11 | 6 | 0,07 | 4 | 0,05 | 3 | 0,03 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 7 | 0,08 | 5 | 0,05 | 0 | 0,00 | 3 | 0,03 | 3 | 0,03 |
| NUEVA ESPARTA | 4 | 0,09 | 1 | 0,02 | 5 | 0,11 | 3 | 0,07 | 2 | 0,04 | 2 | 0,04 | 3 | 0,06 | 2 | 0,04 | 2 | 0,04 | 1 | 0,02 | 0 | 0,00 |
| PORTUGUESA | 172 | 2,01 | 149 | 1,71 | 147 | 1,65 | 132 | 1,45 | 145 | 1,57 | 116 | 1,25 | 163 | 1,72 | 128 | 1,33 | 121 | 1,24 | 96 | 0,97 | 66 | 0,65 |
| SUCRE | 14 | 0,16 | 19 | 0,21 | 14 | 0,15 | 17 | 0,18 | 7 | 0,07 | 6 | 0,06 | 18 | 0,18 | 16 | 0,16 | 19 | 0,19 | 10 | 0,10 | 9 | 0,09 |
| TACHIRA | 10 | 0,09 | 21 | 0,18 | 23 | 0,19 | 17 | 0,14 | 11 | 0,09 | 6 | 0,05 | 16 | 0,13 | 5 | 0,04 | 2 | 0,02 | 11 | 0,09 | 3 | 0,02 |
| TRUJILLO | 28 | 0,40 | 19 | 0,27 | 20 | 0,28 | 22 | 0,30 | 12 | 0,16 | 18 | 0,24 | 21 | 0,27 | 11 | 0,14 | 5 | 0,06 | 8 | 0,10 | 10 | 0,12 |
| VARGAS** | 4 | 0,09 | 6 | 0,18 | 2 | 0,06 | 1 | 0,03 | 4 | 0,12 | 2 | 0,06 | 4 | 0,11 | 2 | 0,06 | 2 | 0,06 | 7 | 0,19 | 2 | 0,05 |
| YARACUY | 11 | 0,17 | 12 | 0,20 | 9 | 0,15 | 8 | 0,13 | 7 | 0,11 | 12 | 0,19 | 11 | 0,17 | 9 | 0,14 | 11 | 0,16 | 4 | 0,06 | 6 | 0,09 |
| ZULIA | 63 | 0,18 | 63 | 0,17 | 52 | 0,14 | 57 | 0,15 | 57 | 0,15 | 51 | 0,13 | 51 | 0,13 | 47 | 0,12 | 22 | 0,05 | 26 | 0,06 | 18 | 0,04 |
| VENEZUELA | 739 | 0,27 | 712 | 0,26 | 638 | 0,23 | 598 | 0,21 | 638 | 0,22 | 581 | 0,20 | 723 | 0,25 | 592 | 0,20 | 513 | 0,17 | 448 | 0,15 | 303 | 0,10 |

Fuente: SAIBJC. UI, Jed, Rjsa

Discusión

Desde 1946 se ha realizado el registro de los casos de lepra presentados en el territorio nacional gracias a la creación de la División de Lepra del antiguo Ministerio de Sanidad; actualmente el Programa Nacional de Control de la Lepra (PNCL) en Venezuela, llevado a cabo en el Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit” (IBJC), junto con el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) ha logrado mejorar el registro y seguimiento de los pacientes y contactos afectados por esta patología.

Según el número de casos de pacientes registrados en el PNCL del IBJC, se observa que desde el 2006 se produjo un descenso progresivo en la tasa de detección, alcanzando un mínimo de 0,10 casos por 10.000 habitantes en el 2016, siendo la tasa más baja reportada en el país durante esta década, lográndose el objetivo de la OMS incluido en el plan de la “Eliminación de la lepra como problema de salud pública” aprobada en 1991 en la 44ª Asamblea Mundial de la Salud, donde se estableció el compromiso de mantener una prevalencia inferior a 1 caso por cada 10.000 habitantes para fines del año 2000⁶, sin embargo, pese a los esfuerzos realizados para controlar la enfermedad, aún no se ha

logrado disminuir el número de casos nuevos a menos de 1 caso por 10.000 personas, aprobado en 2009 por el Consejo Directivo de la OPS en el marco del plan de la "Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza" para el 2015, por lo cual Venezuela no ha podido cumplir la meta de eliminación a nivel subnacional⁶, muchos factores han podido incidir en este objetivo, uno de estos puede deberse a la falta de accesibilidad de muchos pacientes al sistema nacional de salud a nivel regional, sin embargo de 739 casos en el 2006 descendió a 303 casos/año lo que significa un gran avance en el control de la enfermedad y en el alcance del objetivo del Plan de Eliminación de la Lepra en el país.

En cuanto al género de los casos, se observó una prevalencia de la enfermedad en el sexo masculino en todos los años estudiados, con respecto al femenino, registrando un total de 66% de casos en hombres, lo cual coincide con lo reportado en otros países en los que la enfermedad afecta más al género masculino⁶⁻⁹, algunos autores sugieren que esta predisposición puede estar condicionada a una mayor resistencia ante la infección en las mujeres¹⁰.

En este estudio se evidenció que del total de casos de lepra presentados durante la década 2006-2016, el 95% se presentaron en los grupos de edades de mayores de 15 años, lo que concuerda con otros estudios¹¹ y puede estar asociado a la mayor exposición y al periodo de incubación que puede oscilar entre 9 meses hasta 30 años. Sin embargo un 5% de los casos se presentaron en menores de 15 años, lo cual es de suma importancia epidemiológica ya que esto está relacionado a la exposición precoz del individuo a *Mycobacterium leprae*, y la no detección de la infección en estos pacientes pediátricos permite la transmisión y persistencia de la enfermedad en la población.

En Venezuela, como a nivel mundial, la forma clínica predominante es la multibacilar⁵, la cual representa el mayor porcentaje de casos diagnosticados (72%), evidenciándose un incremento importante de estos casos de un 67% en el 2006 a un 81% para el 2016, lo que refleja el aumento de la transmisión de la enfermedad en este periodo de tiempo.

En el país, en el periodo estudiado, la enfermedad presentó en algunos estados tasas superiores que las del ámbito nacional, estas entidades federales (Portuguesa, Cojedes y Apure) conforman lo que se ha denominado como una Región endémica¹², por lo que constituyen un problema de salud pública a nivel regional.

Conclusiones

Aun con los avances de la medicina, la lepra sigue siendo un problema de salud pública a nivel nacional, muchos esfuerzos se han realizado desde la creación de la División de Lepra en el año 1946, sin embargo, aún no se ha podido controlar la propagación de la misma en varias entidades federales por lo que los esfuerzos y los estudios que se hagan deben privilegiar estas zonas para controlar la propagación de *M. leprae* y detener la infección de casos nuevos, y así garantizar el cumplimiento del objetivo principal asumido ante la OMS en el Plan de Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe ●

Referencias

1. Aranzazu N. Enfermedad de Hansen, etiología, clínica y clasificación. Dermat Venez. 1994; 32 (4): 145-151.
2. Reyes Flores O. Lepra y afecciones relacionadas. Primera edición. Caracas: Editorial Creser Publicidad 2013 C.A; 2010. 21-386.
3. Zulueta AM. La Lepra. Evolución histórica, epidemiología y medidas de control. Dermat Venez. 1994; 32 (4): 181-190.
4. OMS. Lepra. Nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2017 [citado en marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>
5. OMS. Estrategia mundial para la lepra 2016-2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Ed World Health Organization. 2016. 1-17.
6. OPS-OMS. Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe. Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales 2012-2015. [Internet]. 2017 [citado en marzo de 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=26612&Itemid=270.
7. Cavalcanti Magalhães MC, Iñiguez Rojas L. Evolución de la endemia de la lepra en Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(4): 342-55.
8. Rodríguez E, Díaz O, Hernández G. Vigilancia de la lepra. Situación en el mundo y en España, 2010. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. 2010; 18(21):201-212.
9. Oramas Fernández DK, Cruzata Rodríguez L, Sotto Vargas JD, et al. Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(4): 77-85.
10. Venero Fernández SJ, Rodríguez Rodríguez M, Suárez Medina R. Epidemiología de la lepra en la provincia de Villa Clara (1990-2001). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006; 44(3).
11. Lana FCF, Lima RFD, Araújo MG, et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG-Período 92/97. Hansen int. 2000; 25(2), 121-32.
12. Merkl F. Lepra en Venezuela 1978 – 1997. Gac Méd Caracas. 2002; 110(1), 80-83.