

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

GUIA DE ATENCION DE LA LEPROA

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

GUIA DE ATENCION DE LA LEPRO

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN	7
2. OBJETIVO	9
3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	10
3.1 DEFINICIÓN	10
3.2 CLASIFICACIÓN DE LA LEPRO	10
3.2.1 Clasificaciones de la lepra	12
3.2.2 Clasificación Clínica - (Madrid)	12
3.2.3 Clasificación bacteriológica y operativa - OMS.....	14
3.3 REACCIONES (LEPRO REACCIONES)	14
3.3.1 Reacción Tipo 1	15
3.3.2 Reacción Tipo 2	15
3.4 MANIFESTACIONES SECUNDARIAS DE LA LEPRO	16
3.4.1 Afección neural:	16
<i>I Fase: inicio.....</i>	<i>16</i>
<i>Fase: Progreso de lesión.....</i>	<i>16</i>
<i>Fase: destrucción</i>	<i>16</i>
3.4.2 Afección ocular	17
3.4.3 Afección de manos y de pies	17
3.4.4 Afección de troncos nerviosos	17
3.4.5 Afección de las mucosas	18
<i>Cavidad oral:.....</i>	<i>18</i>
<i>Nariz:</i>	<i>18</i>
<i>Faringe y Laringe:.....</i>	<i>18</i>

<i>Huesos:</i>	18
<i>Testículos:</i>	18
<i>Ganglios linfáticos, bazo y médula ósea:</i>	19
<i>Hígado:</i>	19
<i>Amiloidosis secundaria sistémica:</i>	19
3.5 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	19
3.6 CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD	20
3.7 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA LEPRO EN COLOMBIA.....	22
3.8 MECANISMOS DE TRANSMISION	23
3.9 FACTORES DE RIESGO	23
3.10 PROTECCION ESPECIFICA.....	24
3.11 LA ESTRATEGIA DE LA ELIMINACIÓN	24
4. POBLACION OBJETO	26
5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.....	26
5.1 BÚSQUEDA DE CASOS	27
5.1.1 Búsqueda activa:.....	27
5.1.2 Búsqueda pasiva.....	27
5.1.3 Caso sospechoso de lepra	27
5.1.4 Conducta frente a un caso sospechoso.....	28
5.2 DIAGNOSTICO DE LA LEPRO.....	29
5.2.1 Caso confirmado de lepra	29
<i>Condiciones clínicas:</i>	29
<i>Condiciones de laboratorio:</i>	29
<i>Historia clínica</i>	29
<i>Baciloscopia</i>	30
5.2.2 Criterio histopatológico - Biopsia	35

5.3	TRATAMIENTO	38
5.3.1	Etiológico	39
5.3.2	Criterios de cumplimiento del tratamiento.....	40
5.4	DEFINICION, CARACTERISTICAS Y TRATAMIENTO DE LA REACCION DE REVERSION Y RECIDIVA.....	43
5.4.1	Tratamiento de la reacción tipo 2.....	43
5.5	PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES (PDD Y REHABILITACIÓN)	45
5.5.1	Objetivos	45
5.5.2	Componentes.....	45
5.5.3	Educación al paciente	45
5.6	REHABILITACIÓN FÍSICA DE LA LEPROSIA	46
5.6.1	Objetivos	46
5.6.2	Componentes.....	47
5.6.3	Actividades.....	47
5.6.4	Procedimientos de terapia física:	47
5.7	ACTIVIDADES DE CONTROL DEL PACIENTE EN PQT	48
5.7.1	Control Médico	48
5.7.2	Control por enfermería o por auxiliar	48
5.7.3	Entrega del tratamiento.....	49
5.7.4	Baciloscopia de control	49
5.7.5	Diligenciamiento del instrumentos de información	49
5.7.6	Notificación	49
5.8	MANEJO DE LA LEPROSIA EN CASOS ESPECIALES	49
5.8.1	Embarazo.....	49
5.8.2	Tuberculosis.....	50
5.8.3	Infección por VIH.....	50

5.9	VIGILANCIA DE LEPROSIA EN SALUD PUBLICA.....	50
5.10	INDICADORES UTILIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA LEPROSIA.....	50
	<i>Indicadores Operacionales:</i>	<i>52</i>
6.	FLUJOGRAMAS.....	55
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	58

1. JUSTIFICACIÓN

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), estableció mediante el Acuerdo No. 117, la obligatoriedad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Adaptadas o Transformadas, en el cumplimiento de actividades, intervenciones y procedimientos de demanda inducida, así como la atención prioritaria de enfermedades de interés en salud pública, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; mediante el mismo Acuerdo, el CNSSS, determinó la responsabilidad del Ministerio de Salud en la elaboración de las respectivas Normas Técnicas y las Guías de Atención Integral (GAI), para ser difundidas, desarrolladas y aplicadas en todo el país.

Por otra parte, es política nacional eliminar la lepra como problema de salud pública antes del año 2000, significa reducir la prevalencia a menos de un caso por 10.000 habitantes. En Colombia la prevalencia o los casos que se encuentran en poliquimioterapia es de 0.7 x 10.000 habitantes, con 2.850 casos hasta el año de 1998, este indicador se encuentra dentro del parámetro mundial de eliminación, según sugieren los datos registrados a nivel nacional. Teniendo en cuenta que existe un importante subregistro, se hace necesario mejorar la información y focalizar las acciones en municipios que tengan altas prevalencias, con el fin de lograr un mayor impacto en la salud pública de éstas comunidades.

La eliminación y erradicación tienen significados bastante distintos y se utiliza cada vez más el término eliminación para describir reducciones drásticas de la prevalencia de una enfermedad, hasta el punto de que ya no constituya un problema de salud pública. Por el contrario la erradicación se refiere a la detención completa de la transmisión como resultado de la desaparición total del microorganismo causante de la enfermedad, lo cual será posible a largo plazo, teniendo en cuenta que el único portador del bacilo es el hombre y que existen medicamentos eficaces para curar ésta enfermedad.

La gravedad de la Lepra como problema de salud pública, no solamente puede evaluarse con lo que indican las cifras, tales como el número de casos registrados en cada uno de los años, las tasas de prevalencia e incidencia etc.; sino que hay que tener en cuenta la duración de la enfermedad, las desfiguraciones físicas que causa y discapacidades permanentes, que se reflejan en el sufrimiento humano y rechazo social del que es objeto el paciente y la familia además del impacto económico. O sea la Lepra sigue siendo una importante causa de morbilidad e invalidez.

Aunque la prevalencia global del país actualmente es menor de 1 por cada 10.000 habitantes, este indicador no permite visualizar el problema en cada región, pues se sabe que existen departamentos y municipios con prevalencias superiores a la

meta de eliminación por lo que se hace necesario que las acciones de detección temprana, diagnóstico y tratamiento se fortalezcan en las áreas de mayor prevalencia. En consecuencia, esta guía de manejo será un instrumento de trabajo invaluable para aplicar las actividades y procedimientos que sean necesarios para el cumplimiento de la meta de eliminación en todo el país.

La lepra ha sido un problema de Salud Pública en Colombia desde los tiempos de la Conquista, cuando fue introducida a la Nueva Granada. Las leyes de confinamiento, los leprosarios y la monoterapia con dapsona no causaron mayor impacto en la disminución de la endemia, que en 1985 tenía registrados más de 12.000 casos en nuestro país. Un paso significativo en su control fue la terapia multidroga contra el bacilo de Hansen, preconizada por la OMS desde 1981 y que en Colombia se comenzó a usar desde 1986. Esta terapia multidroga causó un impacto mundial extraordinario: redujo en los últimos 15 años en un 85% la prevalencia de la enfermedad, curó a más de 10 millones de personas y evitó un sinnúmero de incapacidades. En 1991 la OMS comprometió a todos los países endémicos en la tarea de eliminar la lepra para el año 2000. La eliminación se definió como tener una prevalencia de la enfermedad menor de 1 caso por cada 10.000 habitantes.

Colombia cumplió esta meta en 1997. La prevalencia actual de la lepra en Colombia es de 0,8/10.000 habitantes. Su incidencia ha estado entre 650 - 850 casos nuevos por año en los últimos 10 años. Actualmente hay menos de 3000 pacientes inscritos en el programa.

La terapia multidroga llevó a una prevalencia mundial de la enfermedad de 1.4 enfermos por 10.000 habitantes y a que de 128 países endémicos se pasara a sólo 24, en 1999, que no alcanzaron a cumplir la meta de la eliminación. Por eso, la estrategia de eliminación se amplió hasta el año 2005, dividiendo la OMS los países en 3 grupos:

- Los que deben hacer esfuerzos especiales para lograr la eliminación de la lepra: Brasil, India y varios países africanos.
- Los que deben acelerar la eliminación: Paraguay y varios estados africanos y
- Aquellos en los cuales se debe mantener la estrategia de eliminación y control de la enfermedad, entre los cuales está Colombia.

El control de una enfermedad se define como la disminución de su incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad a niveles aceptables o tolerables, mediante la realización de un esfuerzo sostenido.

La lepra es una enfermedad que tiene los requisitos para ser controlada, eliminada y aún erradicada, definiendo este último término como su desaparición de la faz de la tierra. En efecto:

- El único reservorio importante del bacilo es el humano.
- El diagnóstico de la enfermedad es fácil por métodos simples, clínicos o de laboratorio, aún en sus estadios tempranos.
- La terapia multidroga interrumpe la transmisión del bacilo desde su dosis inicial y cura la enfermedad. Se suministra de manera gratuita a todos los enfermos, en todos los países.

Por estas razones, los objetivos iniciales del Programa de Control de la Lepra en Colombia son los de suministrar la terapia MD al 100% de los enfermos, brindarles tratamiento integral e impedir la aparición de incapacidades mediante el diagnóstico precoz de la enfermedad. El suministro de terapia multidroga contra la lepra es una obligación ética del médico tratante y un derecho adquirido del paciente.

Por otra parte, mientras existan áreas geográficas colombianas en donde la prevalencia de la lepra sea mayor de 1 caso/10.000 habitantes no habrá una eliminación satisfactoria. Esta cifra se debe alcanzar en cada departamento, en cada municipio y en cada vereda.

Las estrategias generales para mantener la eliminación de la enfermedad, recomendadas por la OMS y por el Programa Nacional incluyen:

- Suministro gratuito de TMD a todo enfermo de lepra.
- Intensificar la búsqueda de casos en los sitios donde la prevalencia sea mayor de 1/10.000.
- Suministro de guías y materiales de uso fácil para hacer el diagnóstico y manejo del enfermo.
- Disponer de sistemas de comunicación, estadística, referencia y vigilancia, a través de los programas de Epidemiología y Red de Laboratorios del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Salud.

El control de la lepra es una actividad de Salud Pública cuyo ente responsable principal es el Ministerio de Salud. Con expertos de este Ministerio y de todo el país se ha elaborado el presente documento que compendia los conceptos actuales sobre la enfermedad, incluyendo su manejo dentro de la legislación colombiana. Es una guía general cuyas normas deben ser acatadas para proseguir en la idea de controlar y de llegar a erradicar la enfermedad en el país.

2. OBJETIVO

- Detectar oportunamente los pacientes con lepra, proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado uniforme y disminuir las secuelas.
- Eliminar la lepra como problema de salud pública, es decir reducir su prevalencia a menos de 1 caso por 10.000 habitantes, en todos los municipios del país.

3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1 DEFINICIÓN

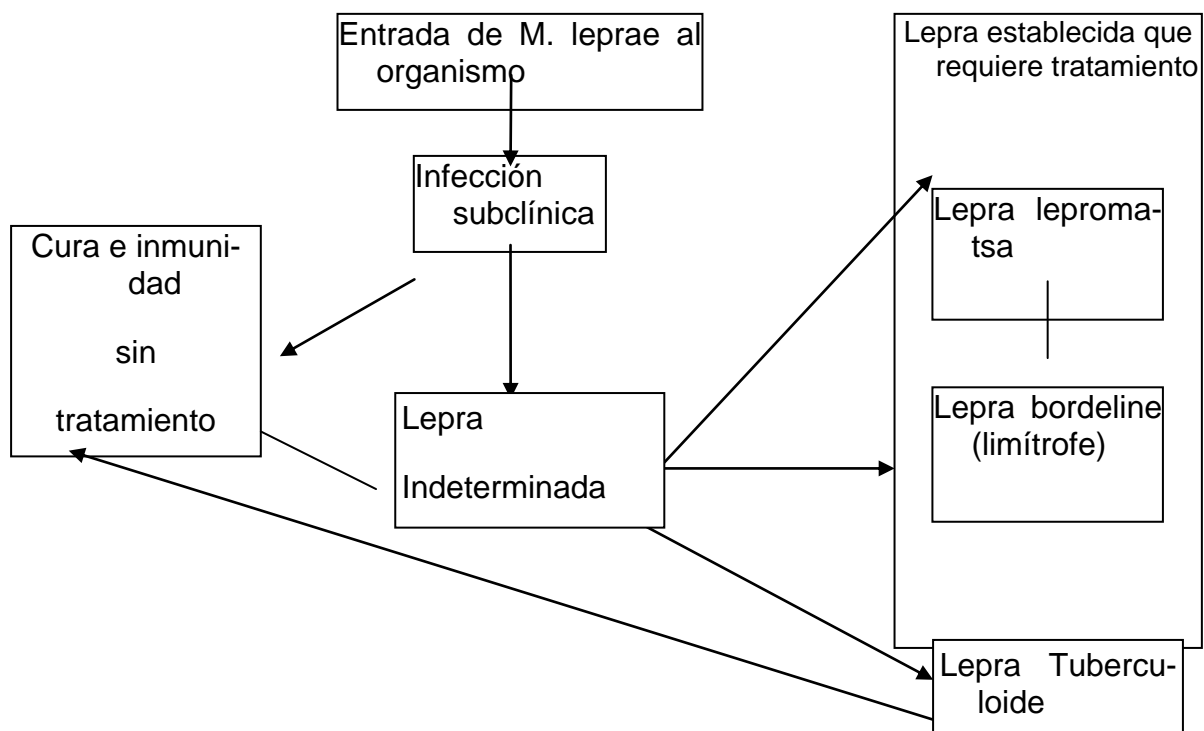
La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, producida por un bacilo no cultivable, el *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen. La enfermedad afecta principalmente los nervios periféricos, la piel, el polo anterior del globo ocular, el tracto respiratorio superior, los párpados, las manos, los pies, el testículo y el riñón.

Dejada a su evolución natural produce graves deformidades e incapacidades que resultan del daño neural, todas las cuales son prevenibles y evitables mediante el diagnóstico precoz y la terapia eficaz.

El agente causal es el *Mycobacterium leprae*, conocido como bacilo de Hansen, una micobacteria ácido-alcohol resistente que se tiñe por el método de Ziehl Nielsen, tiene 7 u. de longitud, es atóxica y de baja patogenicidad. Es de crecimiento lento, con un periodo de replicación alrededor de 14 días, factor que determina el largo periodo incubación de la enfermedad y la lenta evolución de la misma. El *M. leprae* es un germen intracelular obligatorio, con especial afinidad por las células de Schwann del sistema nervioso periférico y por los macrófagos. No se ha podido cultivar en ningún medio de laboratorio y tan solo se ha logrado inocular con éxito en la almohadilla plantar del ratón y en el *Dasypus novemcinctus* (armadillo de 9 bandas). Es notoria la predilección del bacilo por las células situadas en las partes más frías del organismo como las orejas, la mucosa nasal y los troncos nerviosos superficiales.

3.2 CLASIFICACIÓN DE LA LEPPRA

La entrada del *M. leprae* al organismo en el 90% de las personas, que tienen una adecuada capacidad inmunológica lleva a una infección subclínica y a la cura sin tratamiento. En un 10% de la población se desarrolla una lepra indeterminada que si se diagnostica a tiempo y se trata, cura sin dejar secuela. Cuando no hay un diagnóstico precoz se desarrollan formas clínicas estables o inestables de acuerdo a la respuesta inmune: LT, LL o L dimorfa.



Tomado de Pearson JM. Aspectos básicos sobre la lepra. Ayuda Alemana a los enfermos de lepra (AYU). 1997.

3.2.1 Clasificaciones de la lepra

- Ridley & Jopling (1966), que se basa en una clasificación inmunológica.
- La clasificación clínica presentada en el Congreso Internacional de lepra de Madrid (1953)
- La clasificación bacteriológica OMS (1982).

L1: Forma inicial de la lepra

CLASIFICACIÓN	ESPECTRO DE LA LEPROA				
Ridley y Jopling	TT	BT	BB	BL	LL
MADRID	Tuberculoide		Dimorfa		Lepromatosa
OMS	Paucibacilar (PB)			Multibacilar (MB)	
Indeterminada (LI)					

T : Tuberculoide.

B : Dimorfa.

L : Lepromatosa.

3.2.2 Clasificación Clínica - (Madrid)

El VI Congreso Internacional de Lepra reunido en Madrid en 1953 recomendó establecer la clasificación clínica en dos tipos polares: lepra lepromatosa y lepra tuberculoide y en dos grupos: indeterminada y dimorfa.

LEPRO INDETERMINADA (LI)	CARACTERÍSTICAS
Signos cutáneos:	Máculas hipocrómicas de límites difusos, hipoestésicas al calor y al frío.
Signos neurológicos:	No se afectan troncos nerviosos.
Órganos internos, mucosas:	No se afectan.
Evolución:	Vira a otra forma de lepra, permanece como LI o cura espontáneamente.
Baciloscopia:	Negativa.
Histopatología:	Infiltrados linfocitocitarios perineurales. Engrosamiento del perinervio, penetración de linfocitos y macrófagos al interior del nervio. Pueden observarse ocasionales BAAR intraneurales, endoteliales y en los músculos erectores del pelo.

LEPRO TUBERCULOIDE	CARACTERÍSTICAS
--------------------	-----------------

(LT)	
Signos cutáneos:	Máculas eritematohipocrómicas o placas eritematosas de límites bien definidos, asimétricas, anestésicas, anhidróticas y alopecicas. Ulceras, heridas, quemaduras, mal perforante plantar.
Signos neurológicos:	Afección precoz y asimétrica de troncos nerviosos; neuritis periférica: anestesia, neuritis, parálisis. Lesiones óseas neurotróficas y osteolisis.
Organos internos, mucosas:	Afección ocasional de ganglios, epidídimo e hígado.
Evolución:	Tendencia a la curación espontánea, con secuelas. Con PQT oportuna y con prevención cura sin generar discapacidades.
Baciloscopia:	Negativa
Histopatología:	Granulomas subepidérmicos, perianexiales, peri e intraneurales, de células epitelioides y gigantes de Langhans, con abundantes linfocitos; grado severo de destrucción neural por el granuloma. Negativa para BAAR.
LEPRA LEPROMATOSA (LL)	CARACTERÍSTICAS
Signos cutáneos:	Infiltración difusa de la piel; numerosas lesiones simétricas, eritematosas y ferruginosas, difusas; lepromas; infiltración de las orejas, madarosis y fascies leonina.
Signos neurológicos:	Afectación lenta y simétrica de troncos nerviosos; neuritis aguda en la reacción tipo 2.
Organos internos, mucosas:	Rinitis, glositis, faringitis, laringitis y disfonía. Afección del hígado, bazo, ganglios linfáticos, medula ósea, polo anterior del ojo; atrofia testicular y ginecomastia.
Evolución:	Sin tratamiento: lepromatización general, reacción Tipo 2.
Baciloscopia:	Positiva con presencia de globias.
Histopatología:	Epidermis atrófica, banda colágena de Unna; dermatitis difusa con macrófagos espumosos y pocos plasmocitos; nervios con engrosamiento intra y perineural. Se observan numerosos BAAR en los nervios, macrófagos, células endoteliales, anexos cutáneos.
LEPRA DIMORFA (LB)	CARACTERÍSTICAS
Signos cutáneos:	Numerosas placas bien definidas, asimétricas, eritematosas o eritematovinosas, con resolución

	central, alopécicas, anhidróticas, anestésicas. Ulceras, heridas, quemaduras y mal perforante plantar.
Signos neurológicos:	Afectación asimétrica de troncos nerviosos, neuritis aguda en la reacción Tipo 1; parálisis.
Órganos internos, mucosas:	Puede afectarse la mucosa oral y nasal: Algunas veces afectación del hígado, ganglios, testículo o bazo.
Evolución:	Inestable, puede virar hacia el polo tuberculoide o hacia el polo lepromatoso.
Baciloscopia:	Positiva sin globias.
Histopatología:	Granulomas edematosos de macrófagos vacuolados; pocas células epiteloideas y linfocitos, sin células de Langhans; nervios engrosados con tendencia a la laminación e invasión por infiltrados. Positivo para BAAR.

Tomado de: Rodríguez, G., Orozco, LC. eds. Lepra. División Imprenta y Publicaciones, INS, 1996.

3.2.3 Clasificación bacteriológica y operativa - OMS

De acuerdo con los resultados de los frotis cutáneos (baciloscopias) iniciales o de ingreso, la lepra se clasifica en: LEPRO PAUCIBACILAR (PB), cuando no se ven bacilos en el frotis directo (Índice bacilar = 0) y LEPRO MULTIBACILAR (MB), cuando se encuentran bacilos en el frotis (Índice bacilar > 0).

3.3 REACCIONES (LEPRO REACCIONES)

Las reacciones en la lepra, consisten en la aparición aguda de síntomas y signos de inflamación, sobre el cuadro clínico ya instaurado de un enfermo de lepra, producidas por un cambio del estado inmunológico. Son la expresión clínica de la alteración en el equilibrio inmunológico entre el huésped y el microorganismo infeccioso que no son causadas directamente por el bacilo. Las reacciones son la causa principal de las lesiones neurológicas que producen discapacidades.

Existen dos tipos de reacción: la reacción tipo 1 o de reversión, mediada por la respuesta de inmunidad celular, mecanismo inmunológico tipo IV de Coombs y Gell y la reacción tipo 2, impropia pero tradicionalmente llamada eritema nodoso leproso, cuyo mecanismo inmunológico desencadenado es por reacción antígeno-anticuerpo o de complejos inmunes, locales o circulantes, según el mecanismo de tipo III, de Coombs y Gell. Los dos tipos de reacciones pueden ocurrir antes de iniciar el tratamiento, durante el mismo o después de la terminación.

3.3.1 Reacción Tipo 1

Se denomina también reacción de reversa o de reversión. Es una respuesta de hipersensibilidad retardada, mediada por la inmunidad celular, que se presenta en los pacientes con lepra dimorfa. El paciente puede presentar uno o más de los siguientes signos:

Manifestaciones cutáneas:

- Cambios agudos en las lesiones ya instauradas, las cuales se hacen más eritematosas, edematosas e infiltradas.
- Aparición de lesiones nuevas con las características anteriormente descritas.
- Edema de manos, pies y cara, con o sin la presencia de lesiones dermatológicas en estos sitios.
- Descamación de las lesiones en la fase final de la reacción; puede ocurrir necrosis y ulceración de la piel en las reacciones más severas.
- Manifestaciones neuríticas:
- Pueden presentarse en ausencia de las manifestaciones cutáneas. Se caracterizan por edema y dolor de troncos nerviosos de presentación agudas.

3.3.2 Reacción Tipo 2

Se denomina también reacción leprótica o eritema nodoso leproso (ENL). Se caracteriza por la presencia de nódulos subcutáneos, hipertérmicos, dolorosos a la palpación, que pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo y además deterioro del estado general, fiebre, mialgias y artralgias. Eventualmente adenitis, iridociclitis, nefritis, neuritis y orquiepididimitis.

El mecanismo de base consiste en una exacerbación de la respuesta de inmunidad humoral con formación de complejos inmunes antígeno - anticuerpo fijos o circulantes.

Afecta a los pacientes de lepra multibacilar, lepromatosa y dimorfa lepromatosa. Puede ser desencadenada por factores tales como infecciones intercurrentes, parasitismo, cambios fisiológicos como la menarquia o embarazo, puerperio y el estrés

En el riñón puede ocurrir glomerulonefritis por depósito de complejos inmunes con presencia de albuminuria. La reacción tipo 2 persistente o repetida facilita el

desarrollo de amiloidosis renal secundaria sistémica que puede ocasionar insuficiencia renal, siendo esta la única causa de muerte atribuible a la lepra.

3.4 MANIFESTACIONES SECUNDARIAS DE LA LEPRO

Se denominan así las alteraciones que resultan como consecuencia de las manifestaciones clínicas primarias de la lepra o de los fenómenos agudos reaccionales. Estas alteraciones, se sitúan en: a) la cara, dando lugar a desfiguraciones y deformidades; b) los nervios, perturbando su estructura y su función; c) los ojos, provocando defectos visuales; d) las manos y los pies, con afectación de la sensibilidad y la motricidad.

3.4.1 Afección neural:

I Fase: inicio

- Engrosamiento del nervio
- Dolor a la palpación
- Dolor espontáneo
- Función conservada

Fase: Progreso de lesión

- Ausencia de sudoración
- Pérdida de sensibilidad
- Debilidad muscular
- Parálisis incompleta o parálisis completa reciente
- Restablecimiento posible

Fase: destrucción

- Parálisis completa del nervio
- Destrucción del nervio
- Restablecimiento imposible

3.4.2 Afección ocular

El polo anterior del ojo es unos 3°C más frío que el resto de la superficie corporal, por eso se afecta con frecuencia en la lepra. Las lesiones se localizan en el polo anterior: la cornea, la conjuntiva, la esclera, el iris, el cuerpo ciliar y la parte frontal de la coroides.

La lesión del globo ocular y de los anexos puede suceder por cualquiera de las siguientes causas:

- Presencia del bacilo en las estructuras oculares y en sus anexos, seguida de la respuesta inflamatoria del huésped.
- Episodios agudos de la reacción Tipo 2 y, a veces, de la Tipo 1.
- Lesión neurítica del V y VII pares craneanos.

3.4.3 Afección de manos y de pies

Las lesiones de las manos y de los pies se deben a 2 mecanismos:

- Afección de troncos nerviosos
- Fenómenos agudos reaccionales

3.4.4 Afección de troncos nerviosos

Los troncos nerviosos que se afectan en miembros superiores e inferiores son mixtos por lo tanto las consecuencias de su lesión tienen manifestaciones sensitivas y motoras. Usualmente se da primero la afectación de la sensibilidad y posteriormente el compromiso motor.

En miembros superiores los troncos nerviosos afectados son en orden de frecuencia el cubital, mediano y radial. En miembros inferiores se afectan el ciático poplíteo externo y el tibial posterior. Como resultado de lo anterior se presentan manos o pies anestésicos y manos o pies paralíticos. La pérdida de la sensibilidad protectora hace estos órganos corporales vulnerables a los traumas externos, se altera el trofismo de la piel y como consecuencia se presentan lesiones secundarias tales como ulceraciones, osteomielitis, reabsorciones.

Las manos, los pies y con menor frecuencia otras articulaciones pueden afectarse durante los fenómenos agudos reaccionales dando lugar a cuadros inflamatorios muy discapacitantes que requieren un manejo oportuno.

3.4.5 Afección de las mucosas

Cavidad oral:

Las encías, el paladar duro, el blando y la úvula, pueden ser asiento de lepromas en casos de lepra lepromatosa diagnosticada muy tardíamente.

Nariz:

Existen indicios de que la mucosa nasal puede ser el lugar de ingreso del bacilo al organismo. La obstrucción nasal y epistaxis frecuentes pueden ser síntomas de lepra lepromatosa. En la lepra lepromatosa se presenta afectación del tercio inferior de la mucosa nasal a nivel del tabique caracterizada inicialmente por congestión, sangrado, ulceración y finalmente perforación que puede llevar al aplastamiento del dorso nasal.

Faringe y Laringe:

Antes de la aparición del tratamiento con sulfonas se presentaba con frecuencia la afectación de faringe y laringe en los pacientes de lepra multibacilar lepromatosa, con infiltración de la mucosa y aparición de lepromas. Inicialmente se presentaba disfonía y en casos extremos se llegaba a la obstrucción de la vía respiratoria requiriéndose la traqueostomía. En el momento actual pueden encontrarse excepcionalmente este tipo de lesiones.

Huesos:

La lepra multibacilar lepromatosa no tratada puede afectar los pequeños huesos del esqueleto nasal: Huesos propios, vómer, etmoides, espina nasal, así como las paredes alveolares del maxilar y su cresta mediana. También compromete las falanges de las manos y los huesos del tarso. Las lesiones son destructivas, erosivas y osteolíticas con predominio sobre las regiones epifisiarias. Producen reabsorción ósea importante.

Testículos:

En los episodios de reacción leprótica tipo 2 pueden afectarse los testículos y el epidídimo dando lugar a cuadros agudos muy dolorosos. La recurrencia de este fenómeno conduce a atrofia testicular azoospermia, esterilidad y ginecomastia.

Ganglios linfáticos, bazo y médula ósea:

Como órganos del sistema reticuloendotelial o sistema de macrófagos, que filtran la linfa (ganglios) y la sangre (bazo), llegan a contener grandes cantidades de macrófagos espumosos llenos de bacilos que forman lepromas. Las adenopatías generalizadas por lepra lepromatosa o por reacción tipo 2 pueden ser la primera causa de consulta de un paciente de lepra.

Hígado:

El hígado se compromete en el 60 - 90% de los casos de lepra lepromatosa y en el 20% de las formas tuberculoides. Se pueden ver conglomerados de macrófagos espumosos, multivacuolados, con abundantes bacilos, situados en las áreas portales. El hígado puede ser un reservorio para el bacilo de Hansen.

Amiloidosis secundaria sistémica:

Los complejos inmunes circulantes pueden ocasionar glomerulonefritis crónica. La lesión se agrava o se desencadena en la reacción tipo 2. El compromiso glomerular en la amiloidosis secundaria es la causa de muerte por esta complicación. La búsqueda de albuminuria debe formar parte del estudio de todo paciente con lepra.

3.5 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Tanto en la clínica como en la histopatología, numerosas entidades dermatológicas semejan diferentes tipos de lepra. Las entidades más frecuentes con las cuales hay que efectuar diagnóstico diferencial con la lepra son:

Con lepra indeterminada:

- Pitiriasis alba
- Pitiriasis rosacea de Gibert
- Escleroderma en placa
- Pinta
- Hipocromías residuales
- Vitiligo

- Nevus anémico
- Cicatrices
- Pitiriasis versicolor

Con lepra tuberculoide:

- Granuloma anular
- Granuloma multiforme
- Sarcoidosis
- Linfomas cutáneos
- Tinea faciei y tinea corporis
- Eczemas
- Psoriasis

Con lepra lepromatosa:

- Leishmaniasis difusa anérgica
- Escleroma
- Enfermedad de Lobo
- Eritema nodoso
- Neurofibromatosis

Con lepra neural:

- Tumores de los nervios periféricos
- Neuropatías periféricas: diabéticas, tóxicas, compresivas, degenerativas, congénitas.

3.6 CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Para dicha valoración se asume la clasificación de la OMS:

Ojos:

- Grado 0: Sin discapacidad
- Grado I: Anestesia, conjuntivitis
- Grado II: Lagoftalmos
- Iritis o queratitis. Opacidad de córnea
- Catarata. Pérdida avanzada de la visión
- Ceguera

Manos:

- Grado 0: Sin discapacidad
- Grado I: Anestesia
- Grado II: Ulceras y heridas
- Dedos en garra móviles
- Reabsorción de 1 o más falanges
- Parálisis radial. Anquilosis

Pies:

- Grado 0: Sin discapacidad
- Grado I: Anestesia
- Grado II: Perforante plantar
- Dedos en martillo. Pie paralítico
- Reabsorciones
- Anquilosis de la articulación del cuello del pie.

3.7 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA LEPRO EN COLOMBIA

PROPORCION DE INCIDENCIA Y TASA POR 100.000 HABITANTES

AÑOS	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
CASOS	813	758	850	645	698	706	694	717	617	586
TASA	2.6	2.9	2.6	1.9	2.0	1.9	1.9	2.0	1.6	1.5

Durante los años demostrados en esta tabla se registra un promedio de 766 casos nuevos anuales, detectados en su mayoría por demanda espontánea, por lo cual no representa una verdadera incidencia sino una detección de casos nuevos.

PREVALENCIA ACTIVA Y TASA POR 10.000 HABITANTES

AÑOS	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
CASOS	12000	9.604	7.449	6.628	6.311	4.810	4.738	3.568	2.936	2.850
TASA	3.8	3.0	2.3	2.0	1.8	1.4	1.3	1.0	0.8	0.7

Esta tabla muestra una marcada disminución del número de casos, es decir, de la prevalencia, hecho que se correlaciona con la introducción al país de la poliquimioterapia (PQT).

3.8 MECANISMOS DE TRANSMISION

Reservorio y fuente de infección: el enfermo de lepra, sin tratamiento.

Vía de transmisión: la lepra se transmite de persona a persona, más probablemente por vía aérea, a través del tracto respiratorio superior, de manera semejante a la tuberculosis.

Por esto, el principal factor de riesgo para adquirirla es el contacto o convivencia con un paciente bacilífero.

Otras eventuales puertas de entrada son la piel y el tracto digestivo.

3.9 FACTORES DE RIESGO

Es aceptado que cerca del 90% de la población es resistente natural al bacilo de Hansen, es decir, el individuo se puede infectar pero no se enferma.

Esta resistencia natural proviene de la respuesta inmune, de la magnitud y frecuencia de la exposición al bacilo y de la vacunación previa con BCG.

La susceptibilidad parece estar genéticamente determinada. Los diferentes tipos de lepra que desarrolla el individuo están relacionados con los genes ligados al sistema HLA. La lepra no es hereditaria, lo que se puede heredar es la susceptibilidad a padecerla.

La susceptibilidad inmunológica del huésped, la magnitud del inóculo y las necesidades básicas insatisfechas, desnutrición, hacinamiento, mala higiene

personal y de la vivienda, constituyen los factores de riesgo asociados con la presencia de un caso nuevo de lepra.

Existe evidencia de que la convivencia con un enfermo de lepra no tratado multiplica el riesgo de infección y por lo tanto la probabilidad de enfermar si las condiciones inmunológicas individuales y los factores ambientales favorecen el desarrollo de la enfermedad.

3.10 PROTECCION ESPECIFICA

Estudios mundiales muy extensos avalados por la OMS en Venezuela durante más de 20 años y en Malawi mostraron que la vacuna BCG protege contra la lepra hasta en un 70%, por mecanismos de inmunidad cruzada.

Por lo anterior, se debe vacunar con BCG al grupo de población de mayor riesgo o sea los convivientes.

Las pautas son: conviviente que presenta cicatriz de vacunación BCG previa, aplicarle una dosis de BCG. Conviviente que no presenta cicatriz de vacunación BCG previa aplicarle una dosis de BCG y un refuerzo 6 meses más tarde.

3.11 LA ESTRATEGIA DE LA ELIMINACIÓN

Las estrategias para la eliminación de la lepra son:

Información amplia a la comunidad para promover la autnotificación de casos y disminuir el rechazo a los pacientes y el estigma de la enfermedad.

- Búsqueda activa y diagnóstico de todos los casos nuevos de lepra.
- Accesibilidad de la PQT a todo el país.
- Tratamiento de acuerdo a los esquemas normatizados para todos los casos conocidos.
- Prevención y manejo de las de las discapacidades.

En Colombia se alcanzó desde 1997 la meta de eliminación de la lepra como problema de Salud Pública, definida como una prevalencia menor de un paciente por cada 10.000 habitantes.

Sin embargo, existen aún departamentos y municipios en donde ésta prevalencia no se ha alcanzado, lugares que deben recibir un manejo prioritario dentro del programa de lepra.

**ESTRATIFICACION TERRITORIAL SEGUN RIESGO Y
ELIMINACION DE LA LEPRO - COLOMBIA 1997.**

ENTE TERRITORIAL	NUMERO DE CASOS EN PQT	POBLACION AÑO 1997	PREVALENCIA X 10.000 HABITANTES
RIESGO ALTO > 3.0 X 10.000 HAB.			
CESAR	317	936.250	3,4
RIESGO MEDIO > 1 < 3 X 10.000 HAB.			
ARAUCA	33	119.250	2,8
NORTE DE SANTANDER	286	1.104.448	2,6
BOLIVAR	356	1.597.746	2,2
SANTANDER	387	1.807.080	2,1
HUILA	169	846.422	2,0
AMAZONAS	6	51.329	1,2
VALLE	461	3.819.860	1,2
RIESGO BAJO < 1.0 X 10.000 HAB.			
CAQUETA	34	361.275	0,9
MAGDALENA	86	1.106.493	0,8
TOLIMA	103	1.340.214	0,8
PUTUMAYO	17	233.631	0,7
QUINDIO	32	460.561	0,7
SAN ANDRES	3	45.632	0,7
ATLANTICO	122	1.888.025	0,6
CHOCO	21	380.300	0,6
GUAVIARE	4	67.117	0,6

META	39	631.234	0,6
GUAJIRA	21	387.632	0,5
VICHADA	1	22.009	0,5
BOYACA	50	1.393.964	0,4
CAUCA	43	1.023.504	0,4
CUNDINAMARCA	72	1.749.505	0,4
CASANARE	6	187.186	0,3
CORDOBA	42	1.259.468	0,3
SUCRE	18	688.855	0,3
CALDAS	17	1.039.997	0,2
NARIÑO	20	1.293.463	0,2
RISARALDA	14	793.297	0,2
SANTAFÉ DE BOGOTÁ	108	5.731.821	0,2
ANTIOQUIA	48	4.993.202	0,1
GUAINIA	0	15.340	0,0
VAUPES	0	31.075	0,0
TOTAL	2.936	37.407.185	0,8

NOTA: El denominador contiene la proyección de población del censo de 1993.

4. POBLACION OBJETO

Los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado que padezcan lepra así como sus convivientes que se encuentren en riesgo. Igualmente, los enfermos de Hansen vinculados al sistema.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

5.1 BÚSQUEDA DE CASOS

Existen 2 tipos de búsqueda en lepra:

5.1.1 Búsqueda activa:

Son las actividades que tienen por objeto encontrar los casos nuevos de lepra, para cumplir con el propósito de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

Control de convivientes: conviviente es toda persona que reside en la misma vivienda de un caso confirmado de lepra. A todo conviviente, durante el tiempo que el caso índice esté en quimioterapia, se le debe practicar al menos un examen clínico. Los costos del examen médico inicial, laboratorio y demás requerimientos de estudio del conviviente, están a cargo del POS o del POS-S, de conformidad con la categoría de afiliación y con cargo a los recursos de subsidio de oferta para los vinculados.

Es responsabilidad del Plan de Atención Básica, municipal o distrital y/o departamental efectuar la búsqueda de casos sospechosos, a través del control de convivientes, y canalizar a su respectivo organismo de salud de acuerdo con su afiliación al sistema de seguridad social en salud, con el fin de confirmar o descartar diagnóstico y continuar con su tratamiento y rehabilitación en caso que se requiera.

5.1.2 Búsqueda pasiva

Toda actividad de salud puede ser utilizada para la búsqueda de casos de lepra entre los sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico. Es importante que el equipo de salud piense en lepra como una opción diagnóstica, para lo cual deberá interrogar al paciente sobre sintomatología de piel y del sistema nervioso periférico, explorar la sensibilidad de las lesiones dermatológicas y la del área inervada por los ocho troncos nerviosos que con más frecuencia son afectados por la lepra (trigémino, facial, auricular posterior, cubital, mediano, radial, ciático poplíteo externo y tibial posterior).

Igualmente los costos estarán a cargo del POS o del POS-S, de conformidad con la categoría de afiliación y con cargo a los recursos de subsidio de oferta para los vinculados.

5.1.3 Caso sospechoso de lepra

Podemos considerar como caso sospechoso de lepra a las personas que puedan ser ubicadas en alguna de las siguientes categorías:

Sintomáticos de piel (S.P.). Persona con cualquier tipo de lesión cutánea, no congénita, sea o no su motivo de consulta, de larga duración y que no haya respondido a tratamientos previos.

Sintomático de sistema nervioso periférico (S.S.N.P.). Personas con áreas corporales hipo o anestésicas o con problemas motores distales, de las manos, los pies o los párpados.

Toda persona que presente una o más de las siguientes señales, se debe considerar como caso sospechoso de lepra:

- Manchas hipocrómicas o eritemato-hipocrómicas, con o sin disminución de la sudoración y con o sin alopecia localizada, con alteración de la sensibilidad.
- Áreas cutáneas con anestesia, hipoestesia o parestesias,
- Placas eritematosas de límites nítidos con alteración de la sensibilidad.
- Lesiones eritematosas planas con centro claro o placas infiltradas, con alteración de la sensibilidad.
- Placas eritematosas infiltradas de bordes difusos, con alteración de la sensibilidad
- Tubérculos y nódulos
- Pérdida extensa de sensibilidad en las manos o en los pies.
- Uno o más troncos nerviosos periféricos engrosados, con pérdida de la sensibilidad y de la motricidad en su distribución correspondiente, sin lesiones cutáneas.
- Nervios dolorosos espontáneamente o a la palpación.
- Úlceras indoloras en las manos o en los pies.

5.1.4 Conducta frente a un caso sospechoso

Todo caso sospechoso de lepra debe someterse a estudio para confirmar si se trata de lepra, siguiendo los siguientes pasos:

- Historia clínica, con énfasis en el examen físico dermatoneurooftalmológico.
- Baciloscopia
- Biopsia

5.2 DIAGNOSTICO DE LA LEPRO

El diagnóstico de lepra se basa en los hallazgos clínicos y se complementa con la baciloscopia de moco y linfa y la biopsia de piel o nervio.

5.2.1 Caso confirmado de lepra

Es aquel que presenta una o más de las condiciones clínicas unidas necesariamente a una de las condiciones de laboratorio bacteriológico o histopatológico.

Condiciones clínicas:

Lesiones cutáneas eritematosas o hipocrómicas, con pérdida de la sensibilidad térmica y / o dolorosa o táctil.

Engrosamiento, dolor espontáneo o a la palpación de uno o varios troncos nerviosos periféricos, asociados con signos de afección neural: pérdida sensitiva, disminución de la fuerza muscular o parálisis en el territorio y músculos por ellos inervados.

Condiciones de laboratorio:

Identificación de bacilos ácido-alcohol resistentes en los frotis de moco y linfa.

Demostración en las biopsias, de infiltrados inflamatorios que lesionan o destruyen los nervios, independiente de la presencia o no de bacilos en la muestra.

Historia clínica

- Anamnesis:

Antecedentes epidemiológicos: lugar de residencia, conviviente o contacto de un caso conocido de lepra.

Enfermedad actual: tiempo de evolución; signos y síntomas neurológicos, dermatológicos y otorrrino-oftalmo-laringológicos.

- Examen físico

Examen dermatológico, lesiones en la piel: forma, tamaño, límites, número de lesiones; evaluación en la sensibilidad térmica, táctil y dolorosa.

Examen neurológico, exploración de la sensibilidad y de la motilidad de los territorios y músculos inervados por:

- Auricular posterior, sensibilidad del pabellón auricular.
- Trigémino, sensibilidad de la córnea.
- Facial, fuerza del músculo orbicular de los párpados.
- Cubital, sensibilidad de la región hipotenar y fuerza muscular de los intrínsecos de la mano correspondientes al 4o. y 5o. dedos.
- Mediano, sensibilidad de la región tenar y fuerza muscular de los intrínsecos de la mano correspondientes al 1o. , 2o. y 3er dedos.
- Radial, sensibilidad de la cara dorsal de la mano y fuerza muscular de los dorsiflexores de muñeca.
- Ciaticopoplíteo externo, sensibilidad de la cara externa de la pierna, dorso del pie y fuerza muscular de los dorsiflexores y evertores del pie.
- Tibial posterior, sensibilidad de la planta del pie y fuerza muscular de los intrínsecos del pie.

Examen oftalmológico: exploración de los anexos oculares, cejas, pestañas y párpados, sensibilidad de la córnea, estado de la conjuntiva, córnea, esclera, iris, cristalino y valoración de la agudeza visual.

Examen otorrinolaringológico: explorar dorso de la nariz, integridad del tabique nasal, paladar blando, úvula, lengua, laringe y examinar el tono de la voz.

Baciloscopia

Si el examen clínico es sospechoso del diagnóstico de lepra se debe proceder a la toma de la baciloscopia de moco y linfa con el fin de clasificar el caso como multibacilar, si el resultado del examen es positivo (índice bacilar > 0) ó paucibacilar, si el resultado es negativo (índice bacilar =0). Una baciloscopia negativa no descarta el diagnóstico de lepra, en este caso se debe realizar una biopsia de piel. Ver flujograma.

Se deberán tomar cinco muestras tanto para la baciloscopia de clasificación como para la baciloscopia al término del tratamiento.

Una muestra del moco nasal y de linfa de cuatro sitios diferentes. Linfa de los dos lóbulos de las orejas y de dos lesiones si estas existen. En caso de no existir lesiones se tomará la linfa de los codos, de las rodillas o de las falanges proximales del dedo del corazón. Cuando solamente existe una lesión se deben tomar muestras de sus bordes opuestos.

- **Moco Nasal**

La toma del moco nasal se hace preferiblemente por sonado dentro de una bolsa plástica. Cuando no hay secreción nasal, puede obtenerse moco por frotis directo del tabique nasal con un escobillón humedecido con agua o solución salina .

- **Linfa**

Para obtener una buena muestra de linfa es indispensable dejar completamente exangüe (libre de sangre) el sitio donde va a tomar la muestra, lo cual se hace empleando unas pinzas atraumáticas sin garra tipo "Kelly" hemostáticas; si no se dispone de las pinzas, se pueden usar los dedos índice y pulgar como pinza digital con buenos resultados.

Para lograr una mejor isquemia se puede frotar el sitio con la yema de los dedos en una misma dirección hasta que la zona sea completamente pálida garantizando la ausencia de sangre en la muestra, facilitando la lectura.

Efectuar la limpieza del sitio y con una lanceta desechable se hacen tres o cuatro punciones cercanas entre sí , con el fin de obtener una buena cantidad de linfa.

En todas estas muestras se persigue extraer líquido intersticial, rico en macrófagos, que contienen los bacilos.

- **Distribución de muestras del moco y la linfa**

La identificación de la lámina debe ocupar un cuarto de la superficie y el número debe quedar en tal forma que pueda leerse cuando la lámina se toma en posición vertical. La muestra del moco se coloca cerca de la identificación en posición central haciendo un frotis de 5 milímetros de diámetro . Las linfas se recogen directamente o con ayuda de un capilar sobre las láminas y se extiende en un círculo de cinco milímetros de diámetro.

Las muestras colocadas sobre el portaobjetos se dejan secar a temperatura ambiente y posteriormente se fijan al calor directo de la llama.

- **Técnica y coloración**

La técnica de coloración normada por el Laboratorio Nacional de Referencia para la Red de Laboratorios, es la de Ziehl Neelsen (ZN).

La coloración se realiza en tres tiempos: tinción, decoloración y contraste.

- **Tinción**

- Colocar las láminas fijadas sobre el soporte con el extendido hacia arriba, separadas y con el número de identificación orientado hacia el operador.
- Cubrir la totalidad del extendido con fucsina de Ziehl Neelsen previamente filtrada.
- Calentar suavemente con la llama de un mechero, pasándolo por debajo de las láminas hasta que se produzca emisión de vapores, evitando que hierva la fucsina.
- Cuando los vapores sean visibles, dejar de calentar y cuando estos desaparezcan calentar nuevamente, hasta completar 10 minutos de emisión de vapores.
- Si ocurre evaporación del colorante agregar nuevamente.
- Dejar enfriar y lavar suavemente con agua del chorro.

- **Decoloración**

- Cubrir el extendido teñido con alcohol - ácido al 3% durante 1 minuto y lavar suavemente con agua del chorro.
- Si el extendido conserva el color rojo o rosado volver a decolorar y lavar nuevamente.

- **Contraste**

- Cubrir el extendido decolorado con azul de metileno durante 2 minutos o estandarizar el tiempo del colorante de contraste de acuerdo al colorante usado.
- Lavar suavemente con agua del chorro.

- Limpiar la parte posterior de la lámina, para retirar residuos de colorante que pueden interferir con la lectura.
- Dejar secar a temperatura ambiente en posición vertical.

- **Lectura**

Se recomienda calificar cada frotis utilizando la escala de lectura semicuantitativa de la baciloscopia mediante la obtención del promedio de bacilos por campo microscópico.

La escala de lectura es igual a la empleada en tuberculosis y se procede a elaborar el informe con el cálculo del índice bacilar, que corresponde al promedio aritmético de las cruces encontradas en cada una de las cinco muestras tomadas y leídas.

- **Informe**

El informe bacteriológico deberá incluir el número de cruces en cada una de las muestras y el resultado del índice bacilar calculado.

INFORME DE RESULTADOS POR ESCALA SEMICUANTITATIVA

(-)	No se encuentran b.a.a.r en 100 campos microscópicos observados o en diez minutos de observación.
(+)	Menos de un b.a.a.r en promedio, en 100 campos microscópicos observados.
(++)	Uno a diez b.a.a.r en promedio, en 50 campos microscópicos observados.
(+++)	Se observan más de 10 b.a.a.r en promedio, en 20 campos microscópicos observados.

- **Procedimiento para el calculo del índice bacilar (IB)**

Para cada muestra se registrará el número de cruces, de acuerdo con la escala anterior.

Índice bacilar (IB): es el promedio aritmético de las cruces encontradas en cada una de las muestras leídas. Totalizar el número de cruces del punto anterior y dividir por el número de muestras leídas: Ejemplo:

Moco (++)

Linfa del lóbulo derecho (++)

Linfa de lóbulo izquierdo (++)

Linfa de la lesión 1 (+)

Linfa de la lesión 2 (+)

$$IB = \frac{2+2+2+1+1}{5} = 1,6$$

El rango del índice bacilar cuando es positivo, oscila entre 0,2 (1/5) hasta 3,0 (15/5), si se utilizan 5 muestras, pero pueden tener otros rangos, dependiendo del número de muestras utilizadas.

El índice bacilar es un indicador objetivo para acompañar el seguimiento de los pacientes multibacilares y evaluar los resultados del tratamiento.

La clasificación bacteriológica será entonces:

Multibacilar (MB): IB mayor de cero; ó

Paucibacilar (PB): IB igual a cero.

El IB se informa en números arábigos, el promedio del número de cruces obtenido de los cinco frotis examinados así:

Para conservar la calidad de las láminas, se retira cuidadosamente con papel absorbente humedecido con xilol, el exceso de aceite de inmersión, sin dañar el extendido y se dejan secar. Revisar la identificación y guardarlas separadamente con papel absorbente protegidas de la luz y el polvo.

Una de las actividades prioritarias en el Programa de Eliminación de la Lepra es la Asistencia Técnica Indirecta, que evalúa la *calidad* de la baciloscopia, basados en los siguientes aspectos:

- Identificación de la lámina

- Número y distribución de las muestras en la lámina
- Calidad de la coloración de Ziehl Neelsen y concordancia entre los resultados de la lectura de las baciloscopias.

La modalidad utilizada en la Red Nacional de Laboratorios, para la realización de la Asistencia Técnica Indirecta de la baciloscopia de lepra, es el envío de las láminas del trabajo habitual, de los Laboratorios de la esfera de su competencia al Laboratorio de Salud Pública y de este al Laboratorio Nacional de Referencia, dependiendo de un cronograma establecido.

Las láminas de baciloscopia se deben conservar durante los primeros quince días del mes siguiente, en espera de la solicitud para la Asistencia Técnica Indirecta del Laboratorio de Referencia, teniendo en cuenta la siguiente norma:

Enviar la totalidad de las láminas de baciloscopia de clasificación.

Enviar todas las láminas de baciloscopia de control con IB>O y el 10% de las baciloscopias con IB=O, si el número es mayor de diez y si es menor de diez la totalidad de las baciloscopias

La presencia de globias en cualquiera de las muestras, indica una gran cantidad de bacilos, por lo cual se le adjudicarán 3 cruces.

Es importante diferenciar los paquetes de bacilos de las verdaderas globias. En éstas el recuento es imposible, mientras que en los primeros, aunque de apariencia similar a las globias, el recuento es posible y debe realizarse.

- **Almacenamiento y transporte**

Todos los portaobjetos deben almacenarse en una caja especial protegida de la humedad y el polvo. La caja que contiene los portaobjetos debe rotularse y enviarse al laboratorio de referencia lo antes posible, para su lectura.

- **Informe de resultados:**

El resultado debe informarse positivo o negativo, indicando además número de cruces por muestra y el índice bacilar.

5.2.2 Criterio histopatológico - Biopsia

La biopsia cutánea es un procedimiento esencial en el estudio del paciente con lepra porque confirma definitivamente la sospecha clínica, clasifica la enfermedad, contribuye a evaluar los resultados del tratamiento y establece los diagnósticos

diferenciales. Estos criterios son especialmente importantes en los niños, en quienes los cambios sensitivos son difíciles de evaluar y para las lesiones incipientes. La biopsia puede dar información de primera mano sobre los estados reaccionales, adelantándose a la presencia de signos y síntomas clínicos de la reacción (2).

La biopsia de piel en el estudio de la lepra se debe practicar obligatoriamente a todos los casos sospechosos con baciloscopia negativa y opcionalmente para aquellos cuya baciloscopia fue positiva.

- **Lugar de la toma**

La biopsia se toma de las lesiones cutáneas, de la periferia hacia el centro de las mismas. El tamaño recomendado es el de 1 cm de longitud, 7 mm de profundidad y 5 mm de anchura, incluyendo siempre hipodermis y, por supuesto, usando los criterios médicos en la toma de cualquier biopsia de un paciente. Cuando no hay lesiones visibles la biopsia se debe tomar de un área anestésica o hipoestésica.

- **Métodos para hacer la biopsia cutánea**

Las biopsias pueden hacerse por incisión o por sacabocados.

- **Método de incisión**

Se limpia cuidadosamente el lugar, primero con un antiséptico y después con alcohol quirúrgico, dejándolo secar. A continuación, se infiltra un anestésico local (3 - 4 ml de lidocaina al 1% o procaína al 2% con un 0,001% de epinefrina) en el tejido subcutáneo de la zona elegida. Se cubre con un paño estéril que tenga un agujero en el centro y se espera 2 - 3 minutos para que el anestésico haga efecto.

Con un bisturí estéril afilado y con la piel ligeramente estirada entre los dedos índice y pulgar de la mano izquierda (si el operador es diestro), se hacen dos incisiones semilunares que delimiten un trozo elíptico de piel. El eje longitudinal debe ser paralelo a la dirección tensional de la piel.

- **Método del sacabocados**

Se utiliza un sacabocados de 5 mm para una sola biopsia y uno de 6 mm cuando se necesita dividir el tejido. Tras de limpiar, anestesiar y cubrir la piel, se inserta un hilo de sutura de seda estéril a través de la capa del corion, en el centro de la zona anestesiada. Los extremos libres de la sutura se enhebran en el centro del sacabocados, que queda firmemente colocado en el centro de la zona a biopsia rodeando el hilo.

Mediante un movimiento en tornillo y manteniendo el instrumento en ángulo recto con la superficie cutánea, se introduce el sacabocados hasta la grasa subcutánea. Se retira el sacabocados y se levanta suavemente la muestra tirando del hilo, para cortar la grasa subcutánea puede hacerse, con un bisturí o unas tijeras.

En ningún caso se deben usar pinzas para sujetar o extraer las biopsias porque inutilizan el material para estudio histopatológico.

- **Conservación y envío de las muestras**

La biopsia de diagnóstico es responsabilidad de las EPS y ARS, a través de su red prestadora contratada. Todos los casos positivos y el 10% de los negativos, deben enviarse a control de calidad al Laboratorio de Salud Pública, Laboratorios Departamentales y este a su vez al Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a las normas establecidas de la Red Nacional de Laboratorios. En caso de no contar con capacidad diagnóstica instalada a nivel territorial las biopsias para diagnóstico deberán enviarse al INS.

Para estudio histopatológico, estas muestras han de ser fijadas sin dejar que se sequen durante su envío. Si sólo hay que enviar una muestra, puede dejarse en un frasco con el nombre y número de identificación escritos en el mismo, junto al nombre y dirección del remitente. Si son varias las muestras de un mismo paciente, cada una de ellas ha de ser colocada en frascos separados, identificándolas con el nombre y otros datos pertinentes.

La muestra se coloca en el fijador, que preferiblemente debe ser formol tamponado al 10% en la proporción de 20 volúmenes de fijador por cada volumen de la biopsia (20:1).

La fórmula del formol tamponado es la siguiente:

- - Formalina al 37 - 40 % 100 mL
- - Agua destilada 900 mL
- - Fosfato sódico monobásico 4 g
- - Fosfato sodico dibásico 6,5 g

Si no se dispone de este fijador, se pueden utilizar los siguientes sustitutos:

Formol Salina

- Formalina al 37 - 40% 100 mL

- Cloruro de sodio 9 g
- Agua corriente 900 mL

Formol al 10%

- Formalina al 37 - 40 % 10 mL
- Agua corriente 90 mL

Es importante no usar formol puro (37-40%), porque endurece excesivamente la muestra y no permite cortarla en el micrótopo.

• **El informe histopatológico**

Debe incluir la descripción macroscópica del espécimen anotando si hay o no hipodermis. El estudio microscópico incluye la preparación de cortes teñidos con hematoxilina eosina y coloración de Ziehl-Neelsen (Fite-Faraco), la cual es mandatoria en cualquier espécimen en el que se sospeche lepra. El diagnóstico histopatológico de la lepra se basa en demostrar los cambios que se producen en los filetes nerviosos, en demostrar los bacilos de Hansen o en el tipo y distribución de los infiltrados inflamatorios. La descripción del estado de los nervios es obligatoria en todo informe histopatológico de una biopsia de lepra.

• **Inscripción**

Confirmado el diagnóstico de lepra, se inscribe el caso mediante la elaboración de la historia clínica del respectivo organismo de salud y el diligenciamiento de:

- Ficha individual de inicio del tratamiento integral de lepra.
- Ficha individual de seguimiento del tratamiento de la lepra; ver anexo.
- Registro individual de atención (RIA).

5.3 TRATAMIENTO

El nivel nacional garantiza los medicamentos para el tratamiento de cualquier tipo de lepra y la thalidomida para la reacción tipo 2.

El tratamiento del paciente con lepra debe ser integral, etiológico, supervisado, ambulatorio, de rehabilitación y de las eventuales reacciones tipo 1 y 2.

5.3.1 Etiológico

Pacientes multibacilares (MB)

TRATAMIENTO MB ADULTOS	TRATAMIENTO MB NIÑOS
<u>Dosis mensual supervisada</u>	<u>Dosis mensual supervisada</u>
Rifampicina 600 mg	Rifampicina 450 mg
Clofazimina 300 mg	Clofazimina 150 mg
Dapsona DDS 100 mg	Dapsona DDS 50 mg
<u>Dosis diaria autoadministrada</u>	<u>Dosis diaria autoadministrada</u>
Clofazimina 50 mg	Clofazimina 50 mg, días alternos
Dapsona DDS 100 mg	Dapsona DDS 100 mg

* Duración del tratamiento: 24 meses

Pacientes paucibacilares (PB)

TRATAMIENTO PB ADULTOS	TRATAMIENTO PB NIÑOS
<u>Dosis mensual supervisada</u>	<u>Dosis mensual supervisada</u>
Rifampicina 600 mg	Rifampicina 450 mg
Dapsona DDS 100 mg	Dapsona DDS 50 mg
<u>Dosis diaria autoadministrada</u>	<u>Dosis diaria autoadministrada</u>
Dapsona DDS 100 mg	Dapsona DDS 100 mg

* Duración del tratamiento: 6 meses

5.3.2 Criterios de cumplimiento del tratamiento**Tratamiento regular**

- Se considera regular el paciente que acude mensualmente a recibir los medicamentos supervisados y toma puntualmente los autoadministrados.
- Se considera tratamiento cumplido todo caso PB que haya tomado las seis dosis mensuales indicadas de PQT continuas, en un máximo de 9 meses.
- Se considera tratamiento cumplido, todo caso MB que haya tomado las 24 dosis mensuales indicadas de PQT continua, en un máximo de 36 meses.

Tratamiento irregular

Todo paciente que no cumple con los criterios anteriores.

Casos de abandono

Un paciente se considera en abandono del tratamiento cuando no ha concurrido a tomar los medicamentos durante 12 meses consecutivos; en este momento puede ser egresado del programa como perdido, siempre y cuando, se le hayan realizado al menos 2 actividades reales de búsqueda sin éxito. Si un paciente perdido regresa y tiene signos de enfermedad activa, tales como nuevas lesiones en piel, nuevas afectaciones de los nervios o nódulos nuevos, se le debe tomar baciloscopia y biopsia para corroborar la clasificación de la enfermedad previa, suministrar medicamentos de acuerdo a la clasificación previa al abandono y una vez tenga

los resultados nuevos de baciloscopia y de biopsia se volverá a clasificar y a ratificar el esquema de tratamiento, indicado hasta completar el esquema de tratamiento dentro del margen de tiempo establecido.

Criterio de alta por curación

La poliquimioterapia se suspenderá cuando el paciente haya completado la totalidad de las dosis establecidas, independientemente de su situación bacteriológica. El paucibacilar (PB) al completar seis (6) dosis supervisadas mensuales, en un máximo de nueve meses; el multibacilar (MB) al completar veinticuatro dosis supervisadas mensuales, en un máximo de treinta y seis (36) meses. Significa por lo tanto su salida del registro activo de casos y no será contabilizado más para la prevalencia. Sin embargo, si en el momento del egreso presenta algún grado de discapacidad, deberá ser incluido en los programas de promoción y rehabilitación de la respectiva institución.

Recidiva

Un paciente que ha completado el régimen terapéutico puede, en casos excepcionales, presentar nuevas manchas o nódulos cutáneos o una nueva lesión nerviosa, pudiendo sospecharse que tiene una recidiva. Esta ha de ser confirmada clínica, bacteriológica e histopatológicamente. La historia clínica con la descripción de las nuevas lesiones, el resultado de baciloscopia y la biopsia de las nuevas lesiones deben enviarse al Instituto Nacional de Salud, quien acompañará la investigación y manejo de estas recidivas. Si presenta baciloscopia positiva tener en cuenta:

- Si fue clasificado inicialmente como PB se deberá revisar clínicamente e iniciar tratamiento para MB
- Si fue clasificado inicialmente como MB y persiste con baciloscopia positiva, dar de alta con claridad de su índice bacilar, citarlo a un control a los 6 meses para evaluar su condición clínica y bacteriológica.
- Si a los 6 meses persiste clínicamente estable (sin signos activos de enfermedad) y bacteriológicamente positivo, con igual o menor índice bacilar, continuar en observación por periodos de 6 meses hasta su negativización.
- Si a los 6 meses hay evidencia de actividad clínica de la enfermedad y aumentó su índice bacilar debe tratarse como una recidiva.

Tratamiento antirreaccional

Tratamiento para la reacción reversa o tipo 1. El tratamiento antirreaccional debe ser considerado una urgencia médica debido a los riesgos de lesión permanente de los nervios periféricos a la que puede conllevar cualquiera de las leprorreacciones. No se debe suspender el tratamiento antileproso con el que pueda estar el

paciente por el episodio reaccional, se continúan los esquemas de tratamiento MB o PB dependiendo de la clasificación de la lepra y se adicionará la terapia antirreaccional.

- Reacción leve: se caracteriza por la presencia de edema y eritema de las lesiones cutáneas, puede haber fiebre baja y un cierto grado de malestar general. No hay compromiso neural (engrosamiento, dolor o edema de troncos nerviosos). Tratamiento:
 - Aspirina o paracetamol.
 - Prednisolona 5 mg / día por 3-4 semanas.

Reacción severa: se caracteriza por la presencia de cualquiera de los siguientes signos o síntomas.

- Daño nervioso (sensitivo o motor).
- Edema de las manos y/o de los pies.
- Fiebre alta y patología sistémica marcado.
- Ulceración de las lesiones cutáneas inflamadas

En la reacción severa, la respuesta hiperactiva del sistema inmune causa la lesión. El tratamiento consisten en producir un, efecto de inmunosupresión con corticosteroides. El esquema recomendado es: prednisolona 15-20 días, 1 mg x kg x día, iniciando disminución progresiva una vez controle los signos activos, disminuyendo 5 a 10 mg cada 8 a 10 días hasta llegar a 5 mg / día / y dejarlo 1 o 2 meses después de haber cedido los síntomas, siguiendo los esquemas y precauciones habituales para la administración de corticosteroides, hasta conseguir la mejoría del cuadro reaccional.

Es importante además dejar en reposo el nervio afectado, hasta que desaparezcan los síntomas, mediante la aplicación de una férula almohadillada o de cualquier otro material apropiado que inmovilice la articulación o las articulaciones próximas al nervio afectado. Los objetivos son mantener la extremidad y el nervio afectado en reposo, para reducir el dolor y el edema y evitar el agravamiento de la lesión nerviosa.

En caso de reacción tipo 1 grave que no responda al tratamiento después de 2 semanas de administración de prednisolona o prednisona siempre que haya signos de empeoramiento, el enfermo debe ser enviado al nivel de referencia más cercano, donde puedan eventualmente realizar la liberación quirúrgica de los nervios afectados.

En algunos pacientes puede presentarse reacción tipo 1 después de finalizado el tratamiento. El manejo es el mismo ya descrito. Este hecho no significa que la enfermedad esté recidivando.

5.4 DEFINICION, CARACTERISTICAS Y TRATAMIENTO DE LA REACCION DE REVERSIÓN Y RECIDIVA

	REACCIÓN DE REVERSIÓN	RECIDIVA
Definición:	Aparición de síntomas y signos de inflamación aguda en las lesiones del paciente.	Aparición de lesiones clínicas activas después de PQT.
Características:		
Intervalo en el tiempo	Ocurre generalmente durante la quimioterapia o dentro de los 6 meses siguientes a la finalización de la PQT.	Habitualmente ocurre una vez que se ha interrumpido la quimioterapia, en general tras un intervalo de 1 año.
Comienzo	Abrupto y brusco.	Lento e insidioso.
Alteraciones sistémicas	Puede ir acompañada de fiebre y mal estado general.	Nunca va acompañada de fiebre o mal estado general.
Lesiones antiguas	Algunas o todas se hacen eritematosas, brillantes y considerablemente tumefactas, con infiltración.	Los márgenes de algunas pueden mostrar eritema.
Lesiones nuevas	Varias en general.	Pocas.
Ulceración	Las lesiones se rompen y ulceran.	La ulceración es rara.
Regresión	Con descamación.	Sin descamación.
Afección nerviosa	Muchos nervios pueden afectarse y presentar dolor, sensibilidad y alteración motora de rápido desarrollo.	Con frecuencia un sólo nervio; las alteraciones motoras se desarrollan muy lentamente.
Respuesta a los esteroides	Excelente.	No característica.
Manejo o Tratamiento:	Con esteroides.	Dar nuevo esquema de PQT para MB.

5.4.1 Tratamiento de la reacción tipo 2

Los casos leves pueden ser manejados con analgésicos antipiréticos tipo ácido acetil salicílico o paracetamol.

Para los casos severos el medicamento de elección es talidomida (CG-217).

La dosificación de la talidomida es como sigue:

Iniciar con 400 mg, diarios, repartidos en dos dosis, durante 1 semana, e ir reduciendo la dosis en 100 mg diarios, cada semana, según la respuesta del paciente, hasta llegar a una dosis de sostenimiento diario de 100 mg, durante el tiempo necesario.

La thalidomida está contraindicada en mujeres en edad fértil, porque es una droga teratogénica.

El tratamiento para las mujeres en edad fértil y sin métodos radicales de anticoncepción, son los corticoesteroides: Prednisolona, 1 mg x kg x día, con los mismos criterios descritos para el manejo de la reacción tipo 1.

CONSTANCIA PARA EL CONSUMO DE LA CG-217 O TALIDOMIDA

Yo, _____ Identificada con la cédula de ciudadanía número _____ y como aparece al pie de mi firma _____ Inscrita para el control y tratamiento de la lepra, con historia clínica número _____ (Nombre de la institución que lo atiende) _____ y perteneciente a la EPS _____ voluntariamente y después de haber sido instruida sobre el particular, hago constar:

Que el Doctor (Nombre) _____ Identificado con la cédula de ciudadanía número _____ y registro médico número _____ me ha informado que se dispone de una droga conocida comercialmente con el nombre de TALIDOMIDA, **producto que se utiliza en el territorio nacional única y exclusivamente para el tratamiento de la reacción leprótica (tipo 2) de los casos Multibacilares (MB) de la Lepra**, complicación que yo en la actualidad padezco, que la mencionada droga puede producir efectos teratogénicos en el feto cuando es usado en personas del sexo femenino, en edad reproductiva; y que aún se desconoce que efecto puede producir su uso sobre la descendencia en personas del sexo masculino.

Por lo anterior, acepto la Talidomida como droga de elección para el tratamiento de mi reacción leprótica y me comprometo a seguir estrictamente las indicaciones sobre el empleo y a utilizarla únicamente en mi beneficio.

Que en caso de presentarse cualquier efecto teratogénico por el uso que yo haga de la Talidomida, no presentaré ningún reclamo de orden civil ó penal, por mí ó por interpuesta persona, ni culparé de ello al médico que me trata, ni al organismo de salud, ni a las autoridades sanitarias, ni al gobierno, ni al laboratorio productor de la droga o a sus agentes nacionales ó internacionales, aceptando las consecuencias sin DERECHO A INDEMNIZACIÓN de perjuicios.

Que en caso de que la Talidomida a mí formulada y suministrada gratuitamente por el organismo de salud, fuere utilizada por terceras personas, bien sea con mi consentimiento, ó sin él, debido a descuido mío o por mi directa culpa y se llegare a presentar como consecuencia de este mal uso efectos teratogénicos, ASUMIRÉ toda responsabilidad civil y penal que este hecho pudiera deducirse, puesto que a sabiendas sería yo la única culpable.

Que por lo mismo, este documento servirá de prueba de lo que me comprometo a actuar, pues firmo con suficiente conocimiento y responsabilidad que en él se estipula, y sin que nadie me obligo a coacciones para hacerlo.

En fe de lo anterior, firmo ante testigos, a los _____ días del mes de _____ del año de _____.

El paciente

Los Testigos

Firma _____ ma _____	1- _____	Fir- _____
Nombre _____ bre _____	Nom- _____	
CC Nro. _____ de _____	CC Nro. _____	
2- Firma _____	Nombre _____	CC Nro. _____

5.5 Prevención De Discapacidades (Pdd y Rehabilitación)

5.5.1 Objetivos

- Evitar que los pacientes con lepra se discapaciten.
- Evitar que los pacientes con grado incipiente progresen en su discapacidad.

5.5.2 Componentes

- Diagnóstico precoz de lepra y tratamiento multidroga (P.Q.T.).
- Educación en la prevención de discapacidades (P.d.D). al paciente, familia, empleadores y comunidad.
- Conservación de la función nerviosa.
- Conservación de la visión.
- Suministro de elementos de protección para áreas corporales anestésicas.
- Seguimiento del grado de discapacidad.

5.5.3 Educación al paciente

- Autocuidado: para evitar actividades de riesgo para las áreas corporales anestésicas y usar los elementos de protección durante y después de la P.Q.T. toda la vida.
- Autoexamen diario de: ojos, manos y pies para identificar “signos de alarma” así:
 - Ojos: enrojecimiento, dolor, fotofobia, sensación de sequedad, ardor.

- Manos: área de hipoestesia o anestesia, quemaduras o heridas inadvertidas, posiciones anómalas de los dedos, pérdida de fuerza muscular.
- Pies: áreas de hipoestesia o anestesia, ampollas, úlceras, pérdida de fuerza, alteraciones en la marcha, desgaste inusual del zapato.
- Ante cualquiera de los anteriores signos de alarma:
 - Conocer y aplicar medidas de primeros auxilios.
 - Consultar oportunamente al organismo de salud

Educación a la familia y a la comunidad

- Lograr colaboración en la administración de la P.Q.T. y la aplicación de las medidas de prevención de discapacidades.
- Para evitar la discriminación del paciente.
- Para que conozca los “signos de alarma” en ojos, manos, pies y colabore con el paciente para un manejo oportuno.
- Para que ayude al paciente en la aplicación de los procedimientos de prevención.

5.6 REHABILITACIÓN FÍSICA DE LA LEPRO

Hablamos de rehabilitación de discapacidades por lepra, cuando el paciente ha llegado a grados 2 o más según la clasificación O.M.S. (ver punto anterior). En este caso algunos procedimientos pueden ser aplicados en el 1er. Nivel de atención, pero la mayoría corresponden a niveles especializados (2°, 3°).

5.6.1 Objetivos

- Interrumpir el curso del proceso incapacitante.
- Restaurar al máximo la función perdida.
- Reconstruir las estructuras corporales afectadas.

5.6.2 Componentes

- P.Q.T. y tratamiento adecuado de las neuritis.
- Aplicación de procedimiento de terapia física de 1° y 2° nivel.
- Utilización de órtesis, prótesis y calzado protector con modificaciones.
- Cirugía ocular.
- Cirugía ortopédica.
- Cirugía plástica.

5.6.3 Actividades

P.Q.T. y tratamiento adecuado de las neuritis: la aplicación regular de la P.Q.T. antileprosa y el manejo adecuado de las neuritis son valiosos para interrumpir el progreso de las discapacidades.

5.6.4 Procedimientos de terapia física:

Primer nivel de atención: enfermeras, auxiliares y técnicos:

Ojos:

- Enseñanza de parpadeo voluntario.
- Ejercicios de fortalecimiento del músculo orbicular de los párpados.
- Lubricación ocular: gotas oftálmicas, lágrimas artificiales.
- Protección externa: gafas, apósitos oculares para dormir (lagofthalmos).

Manos:

- Hidratación y lubricación: para evitar fisuras por sequedad.
- Masajes: mantener trofismo de piel y músculos.
- Evitar mayor acortamiento de tejidos blandos, evitar avance de retracciones y anquilosis.

- Ejercicios: Fortalecimiento de oponentes, interóseos, lumbricales, extensores.

Pies:

- Hidratación y lubricación: para evitar fisuras por sequedad
- Masajes: mantener trofismo de piel y músculos.
- Ejercicios: reforzamiento de dorsiflexores y evertores.

Todas las complicaciones que no puedan resolverse satisfactoriamente en el primer nivel de atención, los pacientes deben ser remitidos al nivel superior correspondiente.

5.7 ACTIVIDADES DE CONTROL DEL PACIENTE EN PQT

5.7.1 Control Médico

El paciente clasificado como **paucibacilar (PB)**, debe recibir un control bimestral desde el inicio del tratamiento y un control al final del tratamiento que incluye la evaluación de la discapacidad. El paciente al final del tratamiento se egresará y se le dará alta por curación.

El paciente clasificado como **multibacilar (MB)**, debe recibir 1 control trimestral, es decir 8 controles totales luego del inicio del tratamiento y un control final al terminar el esquema de quimioterapia. El paciente al final del tratamiento se egresará y se le dará alta por curación.

5.7.2 Control por enfermería o por auxiliar

Actividad mediante la cual se instruye y se vigila al paciente en el cumplimiento de la prescripción médica, especialmente del tratamiento supervisado; se evalúa el estado del paciente y se instruye en los procedimientos de prevención de las discapacidades.

En caso necesario debe remitir al paciente a consulta médica.

El paciente clasificado como paucibacilar (PB), debe recibir un control mensual, durante el tiempo que se encuentre recibiendo la quimioterapia (6 meses).

El paciente clasificado como multibacilar (MB), debe recibir un control mensual, durante el tiempo que se encuentre recibiendo la quimioterapia (24 meses).

5.7.3 Entrega del tratamiento

Mensualmente el paciente debe acudir al organismo de salud donde esta siendo tratado para recibir la dosis supervisada de medicamentos, en presencia de algún funcionario de salud y llevar para ingesta autoadministrada en su domicilio el resto de medicamentos.

Al terminar la administración de la fase autoadministrada mensual el paciente debe regresar para recibir nuevamente el tratamiento supervisado y continuar así hasta cumplir el esquema correspondiente MB o PB.

5.7.4 Baciloscopia de control

Tanto el paciente clasificado paucibacilar (PB) como el multibacilar (MB) deberán tener una baciloscopia de control al momento de completar el esquema de tratamiento.

5.7.5 Diligenciamiento del instrumentos de información

El formulario para la Inscripción del paciente o inicio del tratamiento de la lepra, deberá ser diligenciado en su totalidad, según instructivo.

Inmediatamente el paciente termine su tratamiento, se diligenciará en su totalidad el formulario para el seguimiento del tratamiento, según instructivo.

- Ficha individual e instructivo para el inicio del tratamiento de la lepra.
- Ficha individual e instructivo para el seguimiento del tratamiento de la lepra.

5.7.6 Notificación

La lepra está incluida entre las patologías de obligatoria notificación. Todo caso nuevo confirmado debe ser informado a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud.

5.8 MANEJO DE LA LEPRO EN CASOS ESPECIALES

5.8.1 Embarazo

Los esquemas estandarizados de PQT se consideran seguros, tanto para la madre como para el niño y por ello deben continuarse sin modificaciones durante el embarazo.

5.8.2 Tuberculosis

Los enfermos que sufren de tuberculosis y lepra exigen un tratamiento antituberculoso apropiado además de la PQT estandarizada.

La rifampicina estará incluida en ambos tratamientos y debe administrarse en las dosis requeridas para la tuberculosis.

5.8.3 Infección por VIH

El tratamiento de un enfermo de lepra infectado por VIH es el mismo que el de cualquier otro paciente. Según la información disponible hasta ahora, la respuesta de ese enfermo a la PQT es análoga a la de cualquier otro enfermo de lepra y el tratamiento incluido el de las reacciones, no requiere modificación alguna.

5.9 VIGILANCIA DE LEPRO EN SALUD PUBLICA

El sistema de información en lepra, comprende dos vías:

Por el Sistema de Vigilancia epidemiológica - SIVIGILA, cuya periodicidad es semanal y será responsabilidad de la EPS, ARS ect.,.

A través de la ficha única por paciente, para el inicio y seguimiento del tratamiento, para cada uno de los casos nuevos confirmados, estos formatos están divididos en dos secciones una de inicio del tratamiento y otra de seguimiento del tratamiento.

El flujo para la ficha de inicio del tratamiento, será responsabilidad EPS, ARS, etc.; quien remitirá fotocopia a la dirección local de salud, y está a su vez, al nivel departamental hasta el nivel nacional, para alimentar las bases de datos de cada ente territorial. su periodicidad será inmediata, una vez se tenga conocimiento y se confirme el caso, para su inscripción en el registro activo de pacientes de cada localidad de salud.

La ficha de seguimiento del tratamiento, tendrá la misma responsabilidad y objetivo de la ficha de inicio del tratamiento, con una periodicidad inmediata, una vez el paciente termine su tratamiento y se le aplique el criterio de alta por curación. (Ver Anexo 1).

5.10 INDICADORES UTILIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA LEPRO

Los siguientes son indicadores útiles en el seguimiento del programa de lepra, pero no hacen parte de los indicadores del Sistema de Fortalecimiento de la

Gestión de las Administradoras por lo tanto no deben ser reportados en los respectivos informes.

Epidemiológicos:

Coeficiente de detección anual de casos nuevos:

número de casos nuevos inscritos en el año X 100.000

población al 1° de julio de dicho año

“Determina la tendencia que sigue la enfermedad y la intensidad de las medidas de búsqueda de los casos nuevos”

Coeficiente de prevalencia registrada (casos en PQT) al final del año:

casos en registro activo (PQT) al 31 de diciembre de dicho año X 10.000

población al 31 de diciembre de dicho año

“Mide la magnitud de la enfermedad”

Proporción de menores de 15 años entre los casos nuevos:

casos nuevos en menores de 15 años (0 - 14) X 100

total de casos inscritos

“Determina la tendencia de la endemia”

Coeficiente de detección anual de casos nuevos en la población de 0 - 14 años, por 100.000 habitantes:

Casos nuevos detectados con edad entre 0 - 14 años X 100.000

población entre 0 - 14 años al 1° de Julio de dicho año

“Determina la tendencia secular de la endemia”

] Porcentaje de casos nuevos con deformidades entre los casos nuevos detectados y evaluados en el año:

casos nuevos detectados al año y evaluados con grado de discapacidad 1 y 2 x 100

casos nuevos detectados con evaluación de discapacidad en el año

“Estima la eficacia de las actividades para la detección precoz de casos”

] **Porcentaje de casos paucibacilares curados con secuelas:**

casos paucibacilares detectados en el año y que curan con grado de

discapacidad 1 y 2 x 100

casos paucibacilares detectados al año con grado de discapacidad

evaluada por alta de cura

“Estima la capacidad de los servicios de salud para curar al paciente con un mínimo de secuelas posibles”

Idem, para casos multibacilares

∴ **Coeficiente de recidivas anual de casos paucibacilares curados con PQT/OMS, x 100.000 curados.**

casos paucibacilares curados con PQT/OMS en determinado año

y que recidivaron durante el año de evaluación X 100.000

casos paucibacilares curados con PQT/OMS en determinado año

quitándole los casos que recidivaron en años anteriores.

“Monitoreo a la ocurrencia de recidivas entre los casos paucibacilares”

Idem, para recidivas de casos MB.

Indicadores Operacionales:

∴ **Proporción de Lesiones únicas:**

de Casos nuevos incluidos en la Cohorte diagnosticados que

presentan 1 sola lesión en el momento del diagnóstico

Casos nuevos incluidos en la Cohorte a quienes se les ha

registrado el número de lesiones

“Evaluar calidad de atención al paciente en la consulta y efectividad para hallar los casos”.

[**Porcentaje de casos nuevos detectados cuyo grado de discapacidad fue evaluado en el año:**

Casos nuevos detectados al año con grado de discapacidad evaluada x 100

Total de casos nuevos detectados en el año

“Mide la calidad de atención en los servicios de salud”

] **Porcentaje de casos nuevos detectados que iniciaron PQT al año:**

Casos nuevos detectados que iniciaron PQT al año x100

Casos nuevos detectados al año

“Evalúa la cobertura de PQT entre los casos nuevos”

] **Porcentaje de casos en registro activo no atendidos en el año (Abandono):**

Casos en registro activo a 31 de Dic. del año que no retiran su medicamento
del centro de atención de salud por más de 12 meses

Total de casos en registro activo a 31/12/año

“Mide la capacidad de los servicios en asistir los casos de lepra”

] **Porcentaje de casos en registro activo con PQT:**

Casos en tratamiento con PQT a 31/12/año

Casos de lepra en registro activo a 31/12/año

“Evalúa la cobertura de poliquimioterapia entre los casos de lepra”

] **Proporción de pacientes atendidos:**

Número de pacientes atendidos en el año x 100

Total de enfermos inscritos

“Mide la capacidad de los servicios para brindar cobertura a los enfermos de lepra”

] **Proporción de enfermos en control regular de la quimioterapia.**

Enfermos en control regular de quimioterapia x 100

Total de enfermos en registro activo

“Mide la regularidad y control de la asistencia”

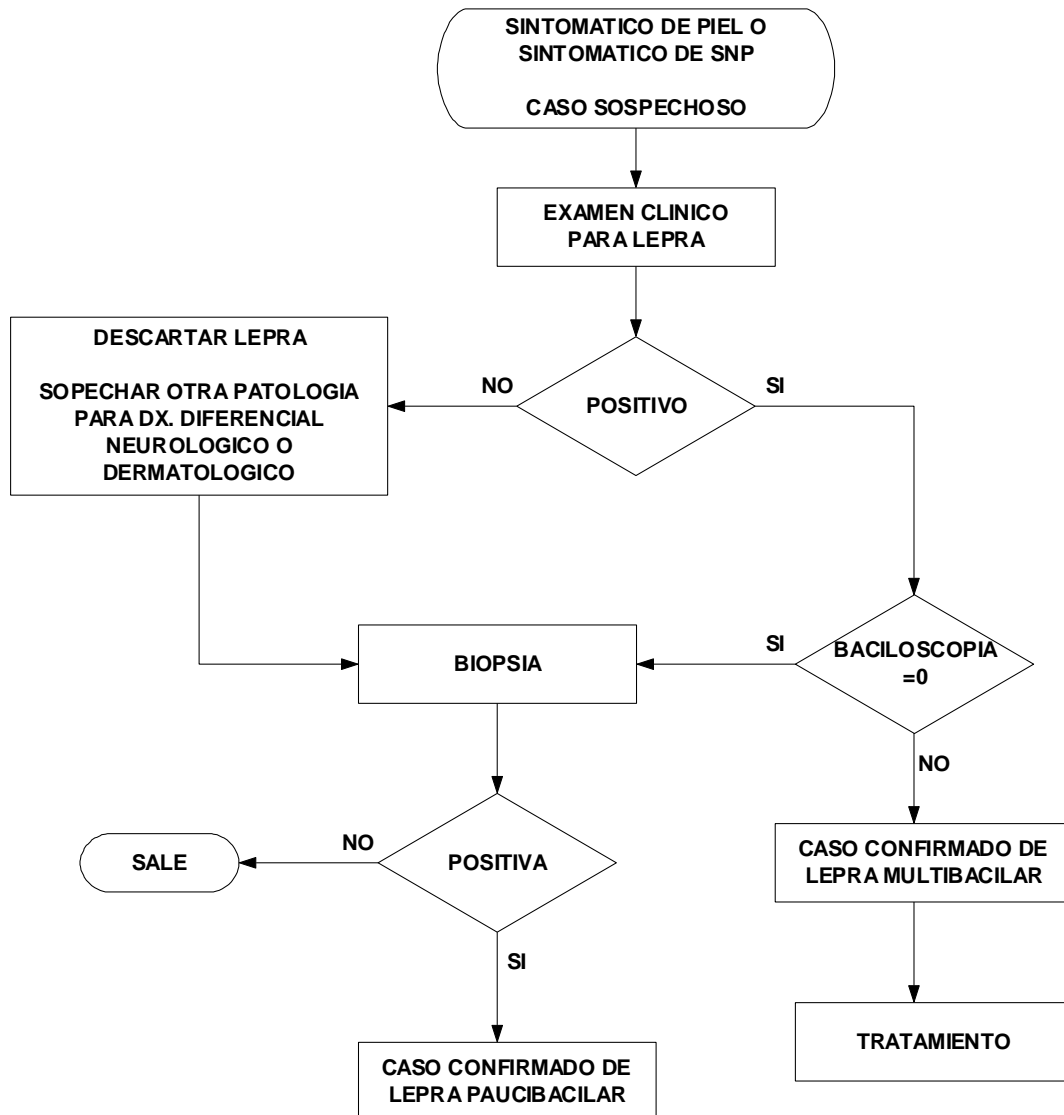
] Proporción de convivientes de casos nuevos examinados:

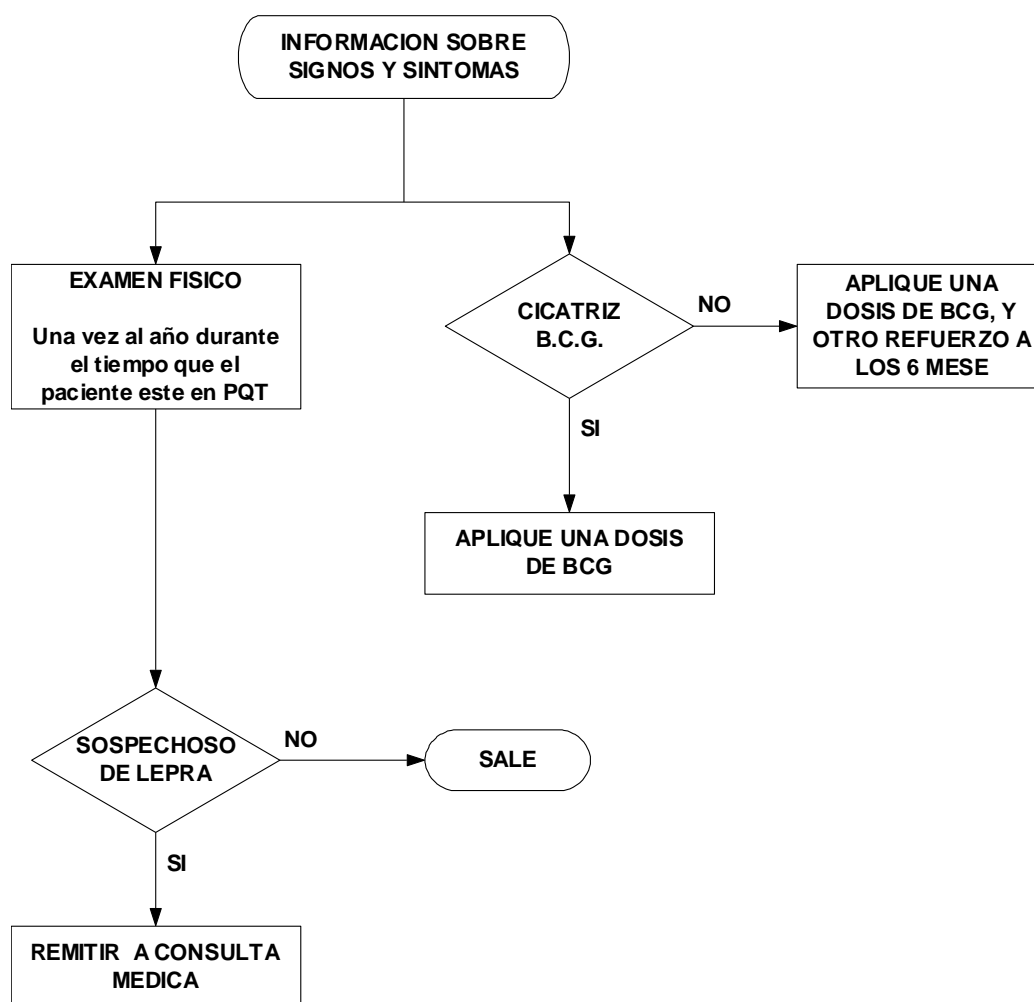
Convivientes de casos nuevos examinados en el año x 100

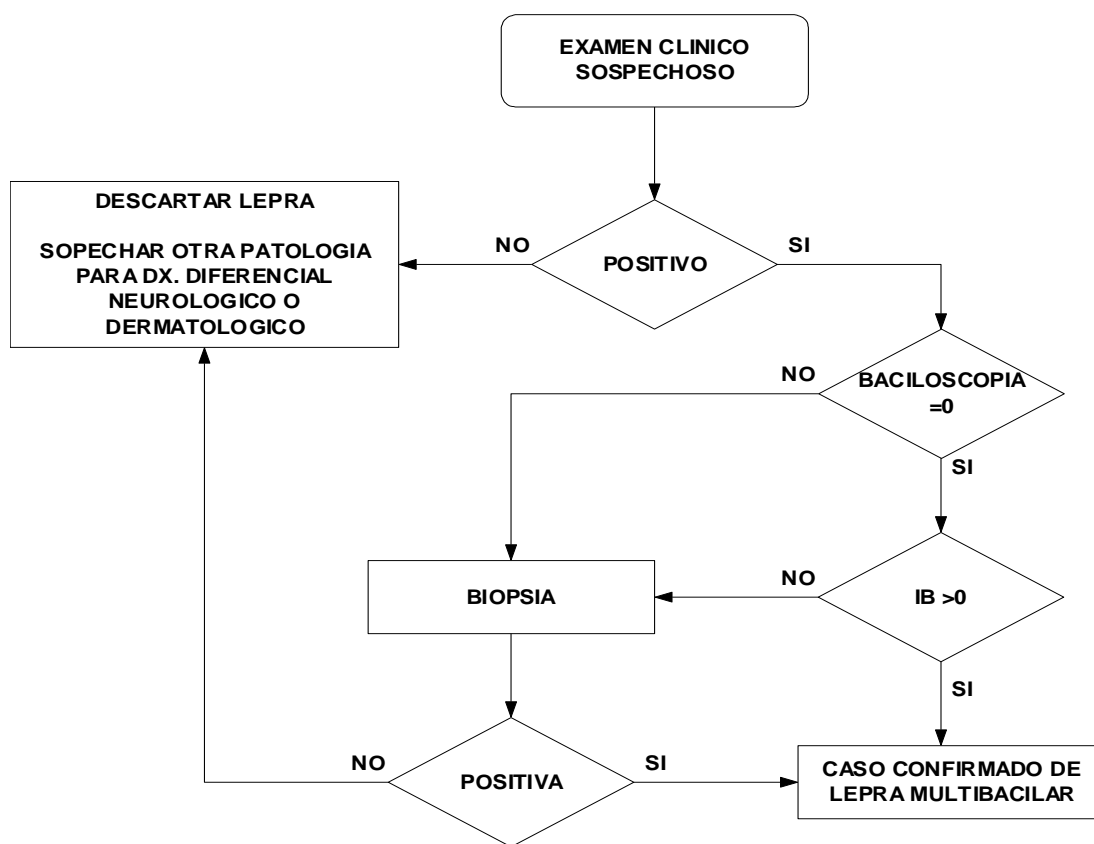
Total convivientes de casos nuevos inscritos

“Mide la eficiencia de las medidas de vigilancia epidemiológica”

6. FLUJOGRAMAS







7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 ALBORNOZ G.. Fisiopatología y rehabilitación en lepra - AYU 1989.
- 2 ALTAMAR O F, CASTILLO T, OROZCO LC, SARMIENTO C. Ayuda alemana para los enfermos de lepra, allen I. Control de la Lepra. Normas Técnicas y Procedimientos. 1990.
- 3 BRAND P. Leprosy today - insensitive feet - A practical handbook on foot problems in leprosy - The Leprosy Misión International 1996.
- 4 BRYCESON A, PFALTZGRAFF R. Leprosy. 2ª.Ed. Churchill Livingstone. Edinburgh 1979.
- 5 COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN LEPROSIA, Sexto Informe, Serie de Informes Técnicos 768, OMS, Ginebra, 1988.
- 6 COURTRIGHT P, LEWALLEN S, guide to ocular leprosy for health workers - A Training Manual for Eye Care in Leprosy - World Scientific- Singapore - New Jersey - Hong Kong- 1993.
- 7 GUINTO S. R, ABALOS M. R, CELLONA V. R, FAJARDO T.T. An atlas of leprosy, sasakawa memorial health foundation. Ed. 1994.
- 8 HARRIS J. Techniques - For The Care Of Leprosy Patients, A Workbook for students - The Leprosy Mission International - 1993.
- 9 ILEP. Normas para escribir un manual de control de la lepra para personal sanitario.
- 10 ILEP. Prevención de incapacidades. 1995.
- 11 LEO J. YODER- J M H. PEARSON W. Essentials of leprosy. Chaper by Dr. E. ZIJP Ed. 6. 1996.
- 12 MARGARET B. CARE OF THE EYE in HANSEN'S DISEASE - Londres 1993.
- 13 Medical Comission, Leprosy Control Discipline. Prevention of disability- Guidelines for Leprosy Control Programmes, ILEP- 1993.
- 14 Ministerio da Saude, Fundação Nacional da Saude. Guía de controle da hanseníase, República Federal del Brasil, Brasilia, 1994.
- 15 Ministerio da Saúde, Fundação Nacional de Saúde/CENEPI. Guía de vigilancia epidemiológica - Brasilia, 1994.

- 16 Ministerio de Salud - República de Colombia. Control de la lepra - Normas Científico - Administrativas - - 1990.
- 17 OMS. Quimioterapia de la lepra. Serie de Informes Técnicos - 847 Ginebra 1994.
- 18 Organización Mundial de la Salud - OMS. PQT - Preguntas y Respuestas- Revisión 1997. Programa de Acción para la Eliminación de la Lepra- HO/LEP/97.8.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública, Programa de Acción para la Eliminación de la Lepra. Ginebra, Primera Edición - 1995.
- 20 P.J.NEVILLE. A guide to health education in leprosy - TALMILEP- 1992.
- 21 PEARSON J M. Aspectos Básicos sobre la Lepra. 4ª. Ed. Ayuda Alemana para los Enfermos de Lepra. Bogotá, Colombia. 1987.
- 22 RENZO S. PANCIERA C. Early surgery for hansen´s disease, 1992.
- 23 RIDLEY S. D. La biopsia de piel en la lepra, Documenta Geigy. 2ª. Ed. Basilea - Suiza, 1987.
- 24 RODRÍGUEZ G, OROZCO L C, Eds - Lepra, Santafé de Bogotá, D.C. 1996.
- 25 SARMIENTAN C, PINTO R. Guía práctica para eliminación de la lepra, AYU, 1994.
- 26 SRINIVASAN H. Prevención de discapacidades en los enfermos de lepra, O.M.S. 1994.
- 27 TALHARI S. GARRIDO NEVES R. Hanseníase, Dermatología Tropical, 2a. Edición, Instituto Superior de Estudios Amazónicos, Manaus-Brasil-1989.
- 28 TALMILEP. Cuidados para evitar complicaciones - hanseníase, Río de Janeiro - 1995.
- 29 THANGARAJ R.H, YAWALKAR S.J. La lepra, para médicos y personal sanitario, Traducción española de la tercera edición inglesa revisada, CIBA - GEIGY S.A., Basilea - Suiza, 1988.
- 30 WATSON J, OBE, GRAD DP, FCSP. Essential action to minimise disability in leprosy patients - The Leprosy Mission International-1994.