MINISTERIO DE SALUD

LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD HANSEN (LEPRA)

Documento Derogado

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

San Salvador, Marzo 2016

Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Enfermedades Infecciosas

LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPRA

San Salvador, marzo 2016

Documento Derogado

AUTORIDADES

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Documento Derogado

FICHA CATALOGRÁFICA

2016 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Tiraje: 1ª. Edición. 2016.

Edición y Distribución
Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Enfermedades Infecciosas

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 22 05 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv

Diseño de proyecto gráfico:
Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Enfermedades Infecciosas. **Lineamientos técnicos para prevención y control de la lepra.** El Salvador. C A.

Documento Derogado

EQUIPO TÉCNICO

Dr. Eduardo Suárez Castaneda.	Dirección de Enfermedades Infecciosas
Dra. Alexandra Portillo de Juárez.	
Licda. Silvia Chile Ama	Laboratorio de Referencia Nacional
Dra. Deysi Pinto	Dermatóloga UCSF San Jacinto
Dra. Jeannie Sánchez	Dermatóloga Unidad Médica de Atlacatl ISSS.
Lic. Roberto García Bracamonte	Dirección de Medicamentos, equipo y dispositivos médicos.
M.Cs. Luis Francisco López Guzmán	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dra. Silvia Marroquín.	
Lic. Víctor Manuel Martínez.	

Documento Derogado

INDICE

	N° de página
Introducción.	7
I. Base Legal.	8
II. Objetivos.	9
III. Ámbito de aplicación.	9
IV. Promoción y educación en salud.	9
V. De la búsqueda de casos y contactos.	10
VI. Diagnóstico.	11
VII. Tratamiento.	14
VIII. Manifestaciones agudas.	17
IX. Manejo de discapacidades.	19
X. Monitoreo y seguimiento	20
XI. Del registro y evaluación.	22
XII. Disposiciones finales.	22
XIII. Vigencia.	25
Anexos	

Documento Derogado

INTRODUCCIÓN

En El Salvador desde 1996 a enero de 2014, se han reportado un total de 102 casos acumulados de lepra y su tasa de prevalencia ha sido casi constante, manteniéndose en el rango de 0.01 a 0.02 por 10,000 habitantes, siendo los departamentos más afectados: Santa Ana, San Salvador, Chalatenango, Morazán, San Miguel y La Unión.

Con la promulgación de la Política Nacional de Salud 2009-2014, se ha impulsado una profunda Reforma de Salud, que entre otros asume la atención integral e integrada en los servicios de salud, aspecto que requiere el seguimiento de las enfermedades históricamente desatendidas entre las que se encuentran la lepra. Además se impulsa el ordenamiento de los instrumentos técnicos jurídicos que le dan el soporte legal a la Reforma de Salud, por lo anterior, temas desarrollados anteriormente en Normas Técnicas Sanitarias de manera general, ahora se ubican en Lineamientos técnicos que permiten un mayor desarrollo del tema.

Los presentes Lineamientos técnicos, incorporan y adoptan las acciones de detección de casos en la comunidad y la prescripción de tratamiento multimedicamentoso, principios básicos de la "Estrategia Mundial Mejorada de la OMS, para reducir la carga de morbilidad debida a lepra: 2011-2015", así como las disposiciones establecidas en el "Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendidas (2014)", facilitando la orientación al personal de salud para el abordaje, diagnóstico y manejo de la lepra de forma integral, ya que la situación existente a nivel país, nos obliga a todos los trabajadores de salud a conocer sobre la misma, proporcionándonos la información necesaria, para diagnosticar, tratar y detectar oportunamente la enfermedad y prevenir la discapacidad, a fin que la enfermedad sea abordada con enfoque de derechos y de manera integral y facilitando la toma del control de los procesos políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales que en su conjunto constituyen el proceso de determinación social de la salud.

Documento Derogado

I. BASE LEGAL

a) Constitución.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

b) Código de Salud

Art. 40.- El Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Por su parte los artículos 129, 131, 133, 136, 148 y 152, prescriben que es de interés público las acciones permanentes contra las enfermedades transmisibles en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y obligatoriedad de toda persona de someterse a tratamiento y vigilancia.

c) Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud:

2.- Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

d) Política Nacional de Salud 2009-2014

La Estrategia 8 plantea "El Sistema Nacional de Salud proveerá a toda la población, a través de la red pública de servicios, un conjunto de prestaciones con cuyo número y calidad tendrá progresivamente a la integralidad".

e) Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendidas

Ubica a la lepra como enfermedad infecciosa desatendida, además de los desafíos para el abordaje en El Salvador.

Documento Derogado

II. OBJETIVOS

a) General

Proporcionar al personal de salud las disposiciones técnicas y de atención en salud que faciliten la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de los casos y contactos de la lepra.

b) Objetivos específicos

1) Fortalecer las competencias técnicas del personal que labora en las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud en adelante RIISS, en la detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de los casos y contactos de lepra.
2) Impulsar la participación comunitaria para la identificación de casos de lepra, a fin de incrementar la corresponsabilidad social en la prevención y control de la enfermedad.
3) Fortalecer la coordinación de las instituciones del sector salud para la atención de la lepra en el país.
4) Estandarizar el tratamiento de las personas afectadas con lepra, así como las prácticas de autocuido para la prevención de las discapacidades.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Están sujetos al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos, toda persona natural o jurídica de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, que incluye al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); establecimientos de salud privados y los profesionales de la medicina en el ejercicio de su función.

IV. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

El director(a) del establecimiento de salud debe elaborar el plan de educación y promoción en salud para el personal y la comunidad, que contemple la información suficiente y necesaria sobre la lepra, para contribuir a la detección temprana y al tratamiento oportuno de las personas que padecen la enfermedad, prevenir las discapacidades y evitar el avance en las ya existentes.

Así también, se debe propiciar la participación social y comunitaria para el apoyo de las acciones de prevención y promoción de la lepra, aprovechando todos los espacios disponibles que se tengan con grupos organizados de madres, adolescentes, adultos mayores, brigadas médicas, entre otros, para que las personas busquen la atención integral en salud ante la sospecha de padecer la enfermedad.

Documento Derogado

El personal de salud debe proporcionar información y educación a la persona con lepra y su grupo familiar, en el establecimiento de salud o en visita domiciliar, a través de consejerías o entrevistas sobre:

1. Medidas preventivas de las discapacidades, autocuidado, eliminación de prácticas erróneas en su vida cotidiana, importancia de controles médicos, el seguimiento de caso y sus contactos.
2. Propiciar la adherencia al tratamiento e informar de los problemas que podrían presentarse al no cumplirlo.
3. Los efectos no deseados de los medicamentos y la búsqueda de atención oportuna cuando se presenten.
4. Apoyo psicológico con el objeto de fortalecer la dignidad de la persona, borrar estigmas y no permitir discriminación por razón de la enfermedad, para que el paciente no se excluya de la sociedad.

Los establecimientos de salud deben informar, preferentemente en formato electrónico, en el mes de octubre de cada año, sobre la implementación y evaluación del plan de educación y promoción para la atención integral de la lepra al SIBASI, para la consolidación de la información, que será remitida a la Región de Salud respectivamente en la primera quincena de noviembre, la Región de Salud consolida la información recibida y remite a la Dirección del Primer Nivel de Atención en la segunda quincena de noviembre, una vez recibida por dicha Dirección se remite a la Unidad de Promoción de Salud para la evaluación conjunta con la Dirección de Enfermedades Infecciosas, en la primera quincena de diciembre; en dicho mes se organizará el evento de evaluación convocada por la Dirección de Enfermedades Infecciosas en coordinación con Unidad de Promoción de Salud del Nivel Superior, con la presencia de las instancias involucradas y que permita programar acciones para el siguiente año.

V. DE LA BÚSQUEDA DE CASOS Y CONTACTOS

El personal de salud, debe realizar la búsqueda de casos y contactos de lepra en su área de responsabilidad, ya sea de forma activa o pasiva para detectar, prevenir la enfermedad y garantizar la curación.

Las actividades que el personal de salud debe realizar en la comunidad para la búsqueda activa de casos, que incluye a los contactos de personas que adolecen de lepra, particularmente los multibacilares, son:

1. Examen clínico de piel, troncos nerviosos y ojos.
2. Toma de baciloscopía a sospechoso y sus contactos.
3. Realizar censo de todos los contactos domiciliarios, para que sean examinados cada año.
4. En comunidades dispensarizadas o bien delimitadas, debe realizarse un examen a cada persona e identificar aquellas que presenten signos tales como:

Documento Derogado

a) Manchas hipocrómicas, eritematosas, pigmentadas, nódulos o infiltraciones con alteraciones de la sensibilidad.
b) Pérdida de la sensibilidad.
c) Engrosamiento de nervios periféricos.
d) Zonas de anestesia cutánea.
e) Infiltración de pabellones auriculares.
f) Alopecia de la cola de ceja.
g) Mutilación o deformidades de manos y pies.

El personal del establecimiento de salud debe de realizar la búsqueda pasiva, particularmente entre los(as) usuarios(as) que demandan atención por problemas de piel, que presenten manchas o nódulos, problemas neurales, adormecimientos, epistaxis, falta de sensibilidad, entre otros.

Al realizar la búsqueda de casos y contactos, el personal de salud debe utilizar y llenar completamente los instrumentos establecidos por el MINSAL, de acuerdo a:

1. La ficha clínica para atención de casos de lepra, de acuerdo a formato establecido en el **anexo 1.**
2. Solicitud de examen bacteriológico de lepra, de acuerdo a formato establecido en el **anexo 2.**
3. Hoja de registro de investigación de baciloscopía en pacientes con lepra, de acuerdo a formato establecido en el **anexo 3.**

VI. DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico precoz de lepra, se debe identificar por lo menos dos de los signos cardinales siguientes:

1. Presencia de lesiones en la piel: manchas o nódulos, que pueden ser únicos o múltiples, hipo o hiperpigmentados, aplanadas o elevadas por completo o sólo en los bordes y dentro de la mancha no existe la presencia de vellos; sin sensibilidad táctil, térmica ni dolorosa, ni prurito y anhidrosis.
2. Pérdida de la sensibilidad en la piel aparentemente normal, presencia de parestesias u hormigueo y falta de sensibilidad en alguna área de nervio periférico.
3. Engrosamiento de los nervios periféricos particularmente: nervio cubital, rama cutánea del nervio radial, nervio poplíteo externo y el nervio tibial posterior.

Sin embargo el diagnóstico de lepra debe ser determinado con certeza basado en tres criterios:

- Clínico: debe incluir el examen físico e interrogatorio para conocer el nexo epidemiológico.
- Bacteriológico: baciloscopías para linfa de lesión y tabique nasal.
- Histopatológico: biopsias de la lesión.

Documento Derogado

Ante la sospecha de que una persona adolezca de la enfermedad, el personal de salud debe solicitar el diagnóstico bacteriológico. La muestra debe tomarla personal de laboratorio clínico capacitado, del lóbulo de la oreja, tabique nasal o de lesiones de piel, ya que estas zonas donde se encuentra el *Mycobacterium leprae* y de cada área debe tomarse tres muestras.

Luego del diagnóstico del caso y de indicar tratamiento ya sea multi o paucibacilar al paciente y a los contactos que lo ameriten, se debe realizar la baciloscopía cada seis meses mientras dure el tratamiento

El reporte del estudio bacteriológico debe ser cualicuantitativo utilizando la escala logarítmica de Ridley para establecer el índice bacteriológico y morfológico, descrito en el **anexo 4.**

Para el diagnóstico histopatológico, el médico(a) tratante debe apoyarse en los resultados de las biopsias, las cuales las realizarán un dermatólogo o patólogo a nivel hospitalario y que pueden tomarse de las lesiones de la piel o del nervio sural, peroneo superficial y radial, y que permite un diagnóstico preciso de los diferentes tipos de lepra, los cuales se describen en el cuadro resumen descrito en el **anexo 5.**

Cada persona en quien se establezca el diagnóstico clínico de lepra, debe estar sujeto a las actividades descritas en el flujograma para el manejo de la lepra a**nexo 6,** para garantizar su curación.

La clasificación de la lepra es la siguiente:

1. Lepra indeterminada.
2. Lepra tuberculoide.
3. Lepra dimorfa.
4. Lepra lepromatosa.

Se considera caso de lepra indeterminada, si cumple las características siguientes:

a) Sólo está afectada la piel y los nervios periféricos (no es sistémica),
b) Baciloscopías negativas.
c) La fisiopatología es específica es muy frecuente al inicio de la enfermedad, es un caso inmaduro, no es transmisible, y puede evolucionar a lepromatosa o tuberculoide.

Se debe clasificar como caso de lepra tuberculoide, si cumple con las siguientes características:

a) Sólo está afectada la piel y los nervios periféricos (no es sistémico),
b) Presenta manifestaciones dermatológicas características, tales como: placas anestésicas o hipo anestésicas infiltradas eritematosas de bordes bien definidos y trastornos de la sensibilidad, engrosamiento de nervios periféricos, de carácter destructivo a nivel de los nervios periféricos y parálisis muscular.

Documento Derogado

c) No es transmisible.
d) Sus baciloscopías rara vez dan resultados positivos.
e) Histológicamente, la biopsia reporta granuloma tuberculoide con células gigantes de tipo Langerhans.

Se debe considerar caso de lepra dimorfa, si el usuario presenta:

a) Lesiones sistémicas y se encuentra afectado el estado general.
b) Inestabilidad en la respuesta inmunológica: inmunidad celular contra el bacilo a veces se acerca al polo T y otras al polo L (caso BT ó BL).

c) La imagen histopatológica: variable, podría presentar una imagen más tuberculoide o lepromatosa según el sitio del espectro.
d) Sus manifestaciones son en piel y nervios periféricos, pero pueden existir lesiones en las mucosas en otros órganos o presentar alopecia. La hipoestesia y debilidad en el crecimiento del pelo son característicos y las baciloscopías generalmente son positivas.

Se debe clasificar como caso de lepra lepromatosa, al usuario que presente:

a) Baciloscopía positiva: es trasmisible.
b) Histológicamente las lesiones presentan macrófagos ocupados por los bacilos (histiocitos vacuolas o células de Virchow),
c) Nervios periféricos engrosados y dolorosos a la presión.
d) Manifestaciones tempranas de rubor facial, secreciones nasales sanguinolentas y obstrucción nasal, es frecuente la ulceración de la mucosa y el aplastamiento de la punta de la nariz; afecta todo el organismo excepto el sistema nervioso central, en adelante SNC. Puede presentar ginecomastia, esterilidad, complicaciones oculares e impotencia sexual.

Este tipo de lepra puede presentarse en dos formas:

1. Lepra lepromatosa nodular: con lesiones nodulares o lepromas en orden de frecuencia: en pabellones auriculares, regiones superciliares, glúteos, miembros superiores e inferiores. Hay engrosamiento de la piel, caída de la cejas y pestañas, aumento del tamaño de orejas, obstrucción nasal y presenta hemorragias nasales.

2. Lepra lepromatosa difusa: hay infiltración difusa generalizada, dando a la cara aspecto de luna llena, pabellones auriculares turgentes que posteriormente se alargan, piel lisa y brillante.

Para el seguimiento de las personas luego de tener el diagnostico de Lepra, se procederá de la siguiente manera:

1. Si está en tratamiento:
a) Debe ser evaluado cada seis meses por dermatólogo.
b) En pacientes multibacilares se debe realizar baciloscopía a las seis, doce, veinticuatro meses después del diagnostico , y continuar anualmente el seguimiento

Documento Derogado

durante cinco años.

c) En pacientes paucibacilares se debe realizar baciloscopía a los seis meses después del diagnostico.

2. Si ha concluido el tratamiento, el paciente debe:
   a) Ser evaluado cada año por dermatólogo
   b) Realizarse baciloscopía cada año, durante cinco años después de finalizado el tratamiento.
   c) El medico general debe realizar una detallada exploración física; e informar al paciente que debe acudir a control en cualquier momento que los síntomas se repitan o aparezcan nuevas lesiones.

VII. TRATAMIENTO

La poliquimioterapia (PQT), que debe ser utilizada en todos los establecimientos de salud para tratar los casos de lepra, es la combinación de tres medicamentos: dapsona, rifampicina y clofazimina. Previo a su prescripción, el médico (a) debe asegurarse que las pruebas hepáticas y renales se encuentren normales. Los esquemas de tratamiento de acuerdo al tipo de lepra, se describen en la tabla siguiente:

Régimen	**Lepra paucibacilar**	**Lepra Multibacilar BB, BL, LL**
Régimen	DIA 1 rifampicina 300 mg. 2 tabletas vo **una vez al mes,** **Dapsona 100mg** Bajo supervisión médica.	DIA 1 2 tabletas rifampicina 300 mg 3 capsulas clofazimina 300 mg. 1 tableta dapsona 100 mg. T omado en casa, bajo supervisión de un trabajador de salud o familiar.
	Días 2- 28 Dapsona 100 mg. 1 tableta vo cada día.	DIAS 2-28 1 capsula de clofazimina (50mg) 1 tableta de dapsona (100mg) .
Duración del tratamiento.	- 6 meses a 9meses	24 meses Por lo menos durante dos años preferentemente hasta que el frotis cutáneo BK de un resultado negativo.

Fuente: Guía de manejo integral de la lepra en la región de las Américas y el Caribe, OPS/OMS 2014.

En población adulta, existen tres regímenes unificados para el tratamiento de la lepra, de acuerdo a si la persona tiene intolerancia algún medicamento de PQT, los cuales se describen a continuación:

Documento Derogado

A. Régimen unificado de tratamiento de lepra en pacientes que no pueden tomar rifampicina.

Duración del Tratamiento	Lesión multibacilar en adultos		
	Nombre del medicamento		
	Clofazimina	**Claritromicina**	
Primeros 6 meses*	50m vo cada/día.	500 mg vo cada día	
Siguientes 18 meses	50 mg/día.	500 mg vo cada día	

Fuente: Guía de manejo integral de la lepra en la región de las Américas y el Caribe, OPS/OMS 2014

B. Régimen unificado para tratamiento de lepra en pacientes que no pueden tomar clofazimina

Tipo de Lesión	Dapsona	Rifampicina
Lesión Paucibacilar en adultos. Tratamiento 12 meses.	100 mg/día.	600 mg una vez por mes.

Pacientes que no toleren Dapsona por toxicidad:
En el régimen para lepra multibacilar se debe de eliminar la dapsona.
En el régimen para lepra paucibacilar de debe de incluir Clofazimina. (cuadro 3)

C. Régimen unificado para tratamientos de pacientes con lepra paucibacilar que no toleran dapsona.

Medicamento y Dosis	Adultos (50-70 KG)	Niños (10-14 años)
Rifampicina.	600 mg una vez por mes.	450 mg una vez por mes.
Clofazimina.	50 mg/ día + 300mg una vez por mes.	50 mg/día + 150 mg una vez por mes.

Fuente: Guía de manejo integral de la lepra en la región de las Americas y el Caribe, OPS/OMS 2014

En la niñez, los regímenes de tratamiento de lepra, van en relación a si es paucibacilar o multibacilar, estos se describen a continuación:

A. Régimen unificado de tratamiento para niños y niñas con lepra paucibacilar.

Edades	Dapsona (Mg), dosis diaria no supervisada	Rifampicina (Mg) dosis mensual supervisada
3 a 5 años.	25	150 a 300
6 a 14 años.	50 a 100	300 a 450
15 años y más.	100	600

Fuente: Guía de manejo integral de la lepra en la región de las Américas y el Caribe, OPS/OMS 2014

Documento Derogado

B. Régimen unificado de tratamiento para niños y niñas con lepra multibacilar

Edades	Dapsona (Mg) dosis diaria sin supervisión medica	Rifampicina (Mg) dosis mensual supervisada.	Clofazimina (Mg) dosis sin supervisión	Clofazimina (Mg) dosis mensual supervisada.
3 a 5 años.	25	150 a 300	100una vez /semana.	100
6 a 14 años.	50 a 100	300 a 450	150 una vez/semana.	150 a 200
15 años y más.	100	600	50 diariamente.	300

Fuente: Guía de manejo integral de la lepra en la región de las Américas y el Caribe, OPS/OMS 2014.

Tanto en población adulta como en la niñez, se debe iniciar tratamiento inmediatamente se confirme el diagnóstico y el caso sea clasificado por el(la) médico(a) tratante. Mensualmente el personal de salud debe instruir sobre el tratamiento prescrito al paciente y desarrollar las siguientes actividades:

1. El primer día del tratamiento la dosis debe administrarse estrictamente supervisada, observando que el paciente trague el medicamento; para garantizar que continúe el tratamiento de forma correcta y prevenir la drogo resistencia, además debe observar y examinar al paciente en busca de complicaciones.

2. Informar al paciente, que debe tomar diariamente su medicamento durante veintiocho días, hasta finalizar el régimen recomendado por el médico(a).

3. El medicamento debe ser entregado y registrado cada veintiocho días en la ficha de tratamiento del paciente, descrita en el a**nexo 7.**

El paciente debe entregar el blíster vacío, para verificar el cumplimiento del tratamiento.

Algunas situaciones especiales:

1. En niños(as) con diagnóstico de lepra, la dosis debe ser acorde con la edad por el médico(a) tratante, sin embargo, la duración debe ser igual que en adultos, dependiendo de la clasificación de la enfermedad. Se debe de informar a la madre, cuidadora o responsable del niño(a), la importancia de tomar cada día el medicamento indicado.

2. El (la) médico(a) debe indicar a toda embarazada y a su recién nacido en tratamiento con dapsona, los estudios para diagnóstico de deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa para evitar complicaciones.

3. En las mujeres con diagnóstico de lepra, el(la) médico(a) debe prohibir la lactancia materna, ya que el *Mycobacterium leprae* está presente en el calostro.

Documento Derogado

4. El (la) médico(a) del establecimiento de salud, debe manejar los pacientes con diagnóstico de lepra y tuberculosis, dando el tratamiento para ambos padecimientos de forma simultánea, con el régimen de rifampicina establecido en la Norma de prevención y control de la tuberculosis, aunque la persona corra el riesgo de desarrollar resistencia a dicho medicamento, al continuar el tratamiento para lepra.

5. El (la) médico(a) debe monitorear a los pacientes con infecciones por micobacterias, ya que la talidomida puede enmascarar los síntomas de la tuberculosis y retardar su diagnóstico.

6. Las personas con VIH y lepra deben ser manejados por el(la) médico(a) del servicio de salud, dando el tratamiento para ambos padecimientos de forma simultánea. A todo recién nacido de una madre con diagnóstico de lepra, se debe indicar la vacunación con BCG, dado a la predisposición de adquirirla.

El personal de salud, debe clasificar la resistencia a los fármacos de la PQT en:

1. **Resistencia primaria:** la presentan individuos infectados con bacilos resistentes, no tratados o que no responden al tratamiento.

2. **Resistencia secundaria:** la que se presenta en individuos que se encuentran en tratamiento y que han dejado de responder a éste e incluso presentan nuevas lesiones (monitorear por observación del índice morfológico y bacteriológico).

VIII. DE LAS MANIFESTACIONES AGUDAS

El personal de salud debe conocer que las manifestaciones agudas de la lepra están íntimamente ligadas a la respuesta inmunológica del paciente y debe clasificarlas para facilitar el manejo de la enfermedad, en dos grupos:

1. Exacerbación de las lesiones preexistentes: si es caso de lepra lepromatosa o tuberculoide con pocas manifestaciones sistémicas.

2. Reacciones: con aparición de nuevas lesiones y ataque importante al estado general del paciente, a su vez pueden dividirse en dos grupos: tipo I y II. Estos pacientes deben ser referidos al dermatólogo de las RIISS.

Reacción tipo I

Es aquella donde participa la inmunidad celular y que debe clasificarse en:

a) Reacción de reversa: cuando un caso BL se acerca al polo T. sucede cuando existe mejoramiento de la inmunidad celular y se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias.

b) Degradación o empeoramiento inmunológico: cuando un BT se acerca al polo L; hay aumento de bacilos en los granulomas.

Documento Derogado

Reacción tipo II

Se divide tanto nodular como difuso:

a) Eritema nodoso**:** si el paciente presenta nudosidades que evolucionan en semanas, se presentan en extremidades superiores y cara, es recidivante, el eritema nodoso es extenso y las lesiones se presentan en diferentes grados de evolución, algunas inician y otras en vías de desaparición.

b) Eritema polimorfo**:** producido por muchas causas, las lesiones son indistinguibles, son manchas eritemasos con pápulas y ampollas que producen ardor en tronco y extremidades, evolucionan de diez a quince días y desaparecen sin dejar huella, en ocasiones se mezclan con las nudosidades del eritema nodoso.

c) Eritema necrosante o fenómeno de Lucio**:** reacción cutánea exclusiva de los casos difusos, se caracteriza por manchas en las extremidades de color rojo vinoso, acompañada de calor, que puede evolucionar a una ampolla que se abre y deja una erosión o una escara que al caerse queda una ulcera y deja cicatriz. Aparecen en piernas y es ascendente. La evolución es de tres a cuatro semanas.

Los esquemas de tratamiento establecidos para el manejo de las Reacciones Leprosas son los siguientes:

i. Esquema de tratamiento para el manejo de la reacción tipo I

Medicamento	Dosis	Duración
Clofazimina y	Inicial: 200 a 300 mg por día. Obtenida la mejoría, la dosis se reduce gradualmente.	Hasta obtener mejoría.
Prednisolona	Inicial: 0.5 a 1mg/Kg. de peso por día. Una vez cede el cuadro la dosis se reduce gradualmente 5 mg por día.	Hasta su mejoría.

Fuente: Guía de manejo integral de la lepra en la región de las Américas y el Caribe, OPS/OMS 2014

ii. Esquema de tratamiento para el manejo de la reacción tipo II

Medicamento	Dosis	Duración
Talidomida* Tab. 100mg	200 a 600 mg. diarios	Hasta obtener mejoría
	Al obtener mejoría, continuar así:	
	- 100 mg / día	10 días
	- 50 mg./ día	10 días
	- 25 mg./ día	10 días

Fuente: Guía de manejo integral de la lepra en la región de las Américas y el Caribe, OPS/OMS 2014

Documento Derogado

* En la niñez se le administrará la mitad de la dosis, no debe administrarse durante el embarazo o sospecha de éste por ser teratogénico, una alternativa será el uso de clofazimina 200mg diarios hasta la mejoría.
Las mujeres de edad fértil deben recibir consejería de planificación familiar y usar dos métodos anticonceptivos cuatro semanas antes, durante y por lo menos cuatro semanas después de completar la terapia. Así también la pareja deben usar un condón de látex durante y por lo menos cuatro semanas después de que la paciente complete la terapia con talidomida.

Los efectos colaterales de la PQT y que se deben informar al paciente y cuidadores son:

a) Coloración rojiza en la orina: debido a la rifampicina, de poca duración y se presenta luego de la ingesta del medicamento.

b) Oscurecimiento de la piel y manchas color violáceo, debido a clofazimina, es reversible, desaparece poco tiempo después de completado el tratamiento.

c) Alergia: prurito y manchas rojo oscuro.

Estas deben reportarse a la jefatura inmediata, utilizando el Formulario de información de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) establecida por la Dirección de Medicamentos Equipos y Dispositivos Médicos en Farmacovigilancia.

IX. EL MANEJO DE LAS DISCAPACIDADES

El personal de salud debe reconocer de forma temprana las deficiencias nerviosas producidas por la lepra en el usuario, para evitar el aparecimiento de discapacidades después del diagnóstico de la enfermedad o el agravamiento de las ya existentes.

Para ello, el(la) médico(a) tratante debe realizar en la primera consulta y al final del tratamiento, una exploración nerviosa detallada para evaluar la progresión de la lesión nerviosa, la cual debe incluir las actividades siguientes:

a) Explorar la sensibilidad térmica, táctil y dolorosa, delimitando las zonas de déficit sensitivo.
b) Evaluar la fuerza muscular, identificando la debilidad muscular si hay dificultad para manejar las manos o caminar, presencia de deformidad y atrofia.
c) Palpar los nervios.
d) Realizar estudios de los trastornos tróficos.

En el paciente paucibacilar, si existe algún grado de afección nerviosa al inicio del tratamiento, la evaluación debe realizarse en cada control. Para los multibacilar la evaluación debe realizarse al inicio y cada tres meses durante los dos años que dure el tratamiento, si existe afección neurológica, deben de ser referidos al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral en adelante ISRI o a la Unidad Médica Física y Rehabilitación del ISSS, utilizando los formatos establecidos en los Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en la RIISS.

Documento Derogado

El personal de salud debe ser capacitado para asesorar al paciente con lepra y su grupo familiar, en las técnicas del autocuidado sobre todo en personas que tienen pérdida de sensibilidad en manos y pies, así como con problemas oculares.

Las actividades que deben desarrollar para la prevención de las lesiones por lepra son:

a) Observación de manos y pies.
b) Hidratación de manos y pies.
c) Dar masajes y realizar ejercicios.
d) Protección de manos y adaptar los instrumentos que faciliten su trabajo diaria.
e) Protección de pies durante la marcha.
f) Uso de lentes oscuros, sombrero o visera para protección de ojos.
g) Realizar ejercicio de músculos faciales y parpadeo.
h) Limpieza e hidratación de conjuntivas.

El(la) médico(a) tratante debe evaluar y clasificar el grado de discapacidad producida por la enfermedad en el usuario(a), definir la condición del paciente al momento del diagnóstico, durante el tratamiento al ser detectadas o en cualquier visita del paciente al establecimiento de salud.

La clasificación que debe utilizarse a las lesiones de manos, pies, ojos y otros, debe ser:

a) Grado 0: no se detecta discapacidad.
b) Grado 1: existe pérdida de sensibilidad en mano o pie.
c) Grado 2: existe daño o discapacidad visible en ojos, que se manifiesta con dificultades para cerrar ojo, disminución de visión o enrojecimiento conjuntival por úlcera de córnea o uveitis; en manos y pies hay lesiones, úlceras, deformidades por debilidad muscular, pérdida de tejido o reabsorción parcial de dedos.
d) Grado 3: pérdida de visión o ceguera, mano o muñeca caída o dedos en garfio, articulaciones rígidas y mutilaciones en dedo.

X. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

Todo el personal que brinda atención en salud o da servicios de salud debe conocer de la existencia de casos de lepra en su área de responsabilidad, y si existen, debe involucrar a las municipalidades, organizaciones comunitarias, espacios de coordinación intersectorial para que las acciones sean integrales y continuas. Sin embargo, es imprescindible dar respuesta a los desafíos planteados en el Plan Nacional para la Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendida, para ello, cada establecimiento de salud debe elaborar anualmente un plan de educación continua y permanente para el personal de salud, personas que demandan atención o buscan algún servicio y para la comunidad, a fin de:

a) Fortalecer la capacidad de respuesta del personal de salud en un entorno integrado en cuanto a la detección temprana de la enfermedad, incluyendo el personal de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, para la búsqueda activa de casos y contactos para la curación de la enfermedad o evitar discapacidades.

Documento Derogado

b) Elaborar un plan de educación continua para el desarrollo de actividades educativas y de sensibilización en la comunidad para reducir la discriminación y el estigma de las personas y las familias afectadas por la lepra.

c) Fortalecer los componentes de monitoreo y supervisión del sistema de vigilancia de lepra, en la RIISS.

d) Capacitar al personal de laboratorio para el diagnóstico bacteriológico de la lepra y realizar el control de calidad en el Laboratorio de Referencia Nacional.

e) Fomentar la promoción de la investigación básica y operativa encaminada a mejorar los conocimientos vinculados con la lepra y su control.

f) Presentación epidemiológica de la lepra, a nivel nacional, departamental y específicamente a nivel local, en el Consejo de la Gestión de la Microred para aunar esfuerzos de proporcionar atención integral a las personas con lepra.

g) Involucrar a las municipalidades, a partir de la coordinación tanto en el Consejo de Gestión de la Microred, para el mejoramiento de las condiciones de la vivienda de las personas con lepra, asi como el solicitar audiencia en reunión del Concejo Municipal para presentar el plan de acción y gestionar apoyos.

h) Apoyo intersectorial para la familia de las personas con lepra, con énfasis en el acceso a educación, alimentación y empleo, a partir de la Mesa de Salud Local o su similar, definiendo los apoyos por cada institución. Priorizar en las niñas, niños y adolescentes de la familia de la persona con lepra.

i) Mejorar las actividades para evitar la discriminación o el estigma de las personas y las familias afectadas por la lepra, a través de la visita domiciliar y la capacitación en iglesias y centros escolares.

j) Fortalecer las actividades de promoción de la salud con participación del paciente, familia y comunidad, involucrando en actividades de capacitación comunitaria, visita a personas afectadas y sus familias, realización de actividades de salud mental con los familiares.

k) Suministrar información exacta sobre la enfermedad, curación y los servicios con que se cuenta en los establecimientos de salud.

l) Inclusión de la lepra, en los programas de estudios de las escuelas formadoras de recursos en salud con el fin de mantener los servicios de control de esta enfermedad en el futuro.

Documento Derogado

XI. DEL REGISTRO Y EVALUACIÓN

Toda persona a quien se le haga el diagnóstico de lepra debe ser registrada por el(la) médico(a) tratante en el establecimiento de salud utilizando el formato establecido en **anexo 7**, lo que permite conocer la distribución de casos y contactos a nivel regional o nacional.

El(la) director(a) del establecimiento de salud debe evaluar semestralmente las actividades realizadas en pacientes con lepra, utilizando los indicadores epidemiológicos y operacionales establecidos en el **anexo 8,** y enviarla, con el análisis correspondiente, a la jefatura inmediata superior.

El Nivel Superior y Regional, debe anualmente calcular la prevalencia real de lepra en su Región y a nivel nacional, utilizando el procedimiento en **el anexo 9**.

XII. DISPOSICIONES FINALES

a) Coordinación sectorial

El personal de salud debe desarrollar coordinación y alianzas con los proveedores de servicios de salud, para optimizar la atención integral a la persona con lepra.

b) Del incumplimiento

Todo incumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos será sancionada de acuerdo a lo prescrito en las Leyes administrativas pertinentes.

c) De lo no previsto

Lo que no esté previsto en los presentes Lineamientos técnicos, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de la Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

d) Anexos

Forman parte del presente lineamientos técnicos, los anexos siguientes:

1. Ficha clínica para atención de casos de lepra.

2. Solicitud de examen bacteriológico de lepra.

3A. Investigación de baciloscopías en pacientes con lepra y 3B Reporte patológico.

4. Tabla de resultado de índice bacteriológico y morfológico.

5. Cuadro resumen para diagnóstico de los diferentes tipos de lepra.

Documento Derogado

6. Flujograma para manejo de casos de lepra.

7. Registro de pacientes en tratamiento por lepra.

8. Matriz de operativización de indicadores para evaluar lepra.

9. Procedimiento para calcular la prevalencia de lepra.

e) Terminología

Para efectos de los presentes Lineamientos técnicos se entenderá por:

1. **Abandono:** cuando el paciente ha suspendido su tratamiento durante más de seis meses si es multibacilar y tres meses si es paucibacilar. Se inscribirán de nuevo en la lista de activos para reiniciar la Poliquimioterapia(PQT).

2. **Área de riesgo:** es aquella en la que existen o han existido enfermos de lepra.

3. **Baciloscopía negativa**: ausencia de bacilos ácido alcohol resistentes en la lectura de cien campos de un frotis.

4. **Baciloscopía positiva:** presencia de uno o más bacilos ácido alcohol resistentes en la lectura de cien campos de un frotis.

5. **Caso:** es toda persona, niño, niña, adolescente o adulto, de cualquiera de los dos sexos, que presenta por lo menos dos de los signos cardinales de lepra, con o sin bacteriología positiva.

6. **Caso sospechoso de lepra:** toda persona que presente manchas hipopigmentadas o eritematosas (rojizas o cobrizas) con trastorno de la sensibilidad; o bien placas infiltradas, nódulos, infiltración difusa, úlcera o zonas con trastornos de la sensibilidad sin lesiones dermatológicas, alopecia de la cola de las cejas, engrosamiento del pabellón auricular.

7. **Caso confirmado de lepra:** persona que tiene signos y síntomas clínicos, con confirmación baciloscópica e histológica del diagnóstico, o con baciloscopía negativa pero con examen histopatológico positivo.

8. **Caso nuevo:** persona a quien se le establece el diagnóstico por primera vez.

9. **Contacto de lepra intradomiciliar:** persona que habita en el mismo domicilio del paciente, aquella persona con la que tiene contacto íntimo y prolongado.

10. **Contacto extradomiciliar:** toda persona que mantenga un contacto prolongado con el caso de lepra que no habita en el mismo domicilio.

11. **Curado:** paciente que ha recibido la totalidad del esquema de tratamiento PQT, que ha cumplido con el período de vigilancia y su índice bacteriológico es igual a cero,

Documento Derogado

además no presenta fenómenos de Reacción Leprótica.

12. **Dosis auto administrada:** dosis de los fármacos de la PQT que el enfermo toma diariamente sin supervisión directa del personal de salud.

13. **Dosis supervisada:** dosis de los fármacos de la PQT que toma el enfermo bajo la observación directa del personal de salud para confirmar su ingesta.

14. **Estados reaccionales:** conjunto de signos y síntoma de evolución aguda, que presenten algunos pacientes de lepra y se clasifican en reacción tipo I y II.

15. **Fracaso:** paciente que habiendo recibido su tratamiento completo, sus baciloscopías permanecen positivas si es multibacilar o sus lesiones no mejoran y persisten si es paucibacilar.

16. **Índice bacteriológico:** cantidad de bacilos encontrados en una preparación de material proveniente del lóbulo de la oreja, tabique nasal o de lesión cutánea y que puede variar de 0 a 6+ (más de mil bacilos por campo).

17. **Índice morfológico:** la proporción de los bacilos uniformemente teñidos que se observan en una lámina.

18. **Madrosis:** caída total de cejas y pestañas.

19. **Paucibacilar:** será todo paciente con menos de cinco lesiones y baciloscopía inicial negativa.

20. **Poliquimioterapia(PQT):** la combinación de dos o más fármacos para el tratamiento de la lepra.

21. **Reacción tipo I:** estado reaccional que se presenta en el grupo dimorfo debido a la inestabilidad de la inmunidad celular; si aumenta va al polo tuberculoide: reacción de reversa; si disminuye progresa al polo lepromatoso: reacción de degradación.

22. **Reacción tipo II:** (lesión leprosa) que se presenta en los pacientes lepromatosos, debido al aumento de la inmunidad humoral; se clasifica en eritema nodoso, eritema polimorfo y eritema necrosante.

23. **Recaída:** cuando el paciente ha completado de manera satisfactoria su tratamiento con PQT y posteriormente desarrolla nuevos síntomas y signos de la enfermedad independientemente del tiempo de haber terminado su tratamiento y ser declarado curado.

24. **Traslado:** cuando el paciente ha estado recibiendo tratamiento en un establecimiento y por cambio de domicilio u acceso, lo continua en otro servicio de salud.

Documento Derogado

XIII. VIGENCIA

Los presentes Lineamientos técnicos son de obligatorio cumplimiento a partir de su oficialización.

San Salvador, 31 del mes de marzo del año dos mil dieciséis.

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Documento Derogado

25

ANEXOS

Documento Derogado

ANEXO 1
Ministerio de Salud
Ficha clínica para atención de caso de lepra

Establecimiento_____ Región_____ SIBASI_____
Departamento_____ Expediente N°_____
Fecha de Llenado_____ Fecha de información_____

I. Datos de identificación
Nombres:_____ Primer apellido_____ Segundo apellido_____
Edad_____ Sexo_____ Estado familiar _____ Ocupación_____
Nacionalidad_____ Dirección al nacimiento _____
Departamento _____ Municipio_____ Lugar de trabajo_____

II. Datos epidemiológicos
Últimos lugares de residencia, sin incluir el lugar de nacimiento.
De año al año Departamento Municipio Dirección
_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____
Dirección actual_____ Urbano___ Rural ____
Municipio _____ Departamento_____

III. Posible fuente de contacto

Nombre	Parentesco	Residencia	Es conocido
			Si No
			Si No
			Si No

Número de contactos_____ Contactos examinados ____ Contacto con Dx Lepra _____

IV. Iniciación y evolución
Hace cuanto tuvo las primeras manifestaciones? _____
Cuales fueron? _____
Ha estado en tratamiento? Si___ No___ Fecha_____ Establecimiento _____
Causa de cese de tratamiento_____ Fecha cese_____
Ha tenido reacción leprosa? Si____ No_____

V. Actividades que permitieron su hallazgo
En el establecimiento Si ____ No ____ Control de contactos Si___ No____
Brigadas médicas Si ___ No ____ Hospital Si ___ No ___
Otro: _____

VI. Datos clínicos
Descripción de las manifestaciones clínicas encontradas al examen físico:
Lesiones cutáneas Si____ No ____ (se debe evaluar manchas, anhidrosis,alopecia, anestesia)
indique donde se localizan _____
Pérdida de sensibilidad Si___ No___ Indique donde _____
Engrosamiento de nervios periféricos Si ___ No____ Indique cual: _____
Discapacidad (incluye lesione ocular) Si___ No____
Indique si hay amputación de miembros superiores, inferiores y cualquier aspecto que considere sea causa de discapacidad y minusvalía _____
_____

Documento Derogado

VII. Registro de discapacidad

Manos (síntomas)	**D**	**I**	**Pies** (síntomas)	**D**	**I**	**Ojos** (síntomas)	**D**	**I**
Anestesia			Anestesia			Conjuntivitis		
Ulceras y heridas			Perforan te plantar			Lagostalmos		
Dedos de garra móvil			Dedos en martillo			Iritis o queratitis		
Reabsorción de una falange			Pie caído			Opacidad cornea Cataratas		
Reabsorción de dos o mas falanges			Anquilosis articular cuello de pie			Solo distingue luz y sombra		
Paralisis radial			Reabsorción de dos o mas tercios			Ceguera		

VIII. Diagnóstico de laboratorio e histopatológico

Bacteriología			**Histopatología**
Material	Resultado	Fecha	
Tabique nasal			Lepromatosa _____ Tuberculoide _____ Indeterminada _____ Dimorfa _____
Lóbulo oreja derecha			
Lóbulo oreja izquierda			
Lesión cutánea			
Nódulos			
Indice bacteriológico			
Indice Morfológico			

IX. Diagnóstico

Fecha de diagnóstico _____

Clínico			**Terapéutico**		
Lepra Lepromatosa	Si ____	No ____	Paucibacilar	Si ____	No_____
Lepra Indeterminada	Si ____	No ____	Multibacilar	Si ____	No_____
Lepra Tuberculoide	Si ____	No____	Fecha de inicio de tratamiento: _____		
Lepra Dimorfa	Si ____	No___			

Nombre Médico _____ Firma y sello JVPM _____

Documento Derogado

ANEXO 2
Ministerio de Salud
Solicitud de Examen Bacteriológico de Lepra

Establecimiento de salud_____ Fecha de toma de muestra _____
Nombre completo _____ N° de Expediente_____ Edad_____ Sexo M__ F ___
Procedencia: Consulta Externa ____ Emergencia ____ Hospitalización _____

Dirección exacta: _____
Nombre y firma del Solicitante _____ Fecha de indicación _____

Tipo de muestra: Linfa lóbulo de oreja _____ Raspado tabique nasal _____ Raspado de lesión ___ Biopsia _____
Fecha de toma de última de muestra _____

Examen solicitado: baciloscopía inicial_____ Baciloscopía de control _____ Baciloscopía a contacto_____
Baciloscopía de lesión dérmica_____ Baciloscopía de Nervio Periférico _____

Examen para control de tratamiento actual: **Posit. Negat**
Ultimo resultado baciloscopía: Tabique nasal ____ ____ Tipo tratamiento MB _____
Lóbulo oreja ____ ____ PB ____
Raspado lesión ___ ____

Número de meses con tratamiento _____

RESULTADOS

Baciloscopia:	Positiva	Negativa
Tabique nasal	_____	_____
Lóbulo oreja	_____	_____
raspado lesión	_____	_____

Indice bacteriológico _____ Nombre y sello_____
Indice morfológico _____ Fecha de reporte _____

Observaciones: _____

Indicaciones de baciloscopías para investigar Lepra

1. Paciente con lata probabilidad de padecer lepra.
2. Paciente de lepra que se encuentra en cualquier etapa de tratamientos.
3. Paciente que se encuentra en vigilancia post tratamiento.
4. Sospecha de fracaso o abandono.
5. Contacto con lata sospecha de estar desarrollando lepra.

Marque con una X la indicación que corresponde:

1____ 2____ 3 ____ 4____ 5____

Documento Derogado

ANEXO 3 A

Ministerio de Salud
Laboratorio Nacional de Referencia
Sección de micología /lepra
Investigación de baciloscopía en pacientes con lepra

Nombre de la institución que ordena análisis:_____
Nombre completo del paciente: _____
Edad _____ Sexo_____ Expediente N° _____
Fecha de toma de muestra: _____
Fecha de recepción: _____
Fecha de reporte:_____

Examen solicitado: _____

Muestra: (determinar numero de láminas y el tipo de muestra que contiene cada una de ellas, ejemplo 3 Laminas de baciloscopía: linfa de lóbulo oreja derecha, secreción tabique nasal y de lesión).

Resultado Baciloscopía

Baciloscopía	Resultado
Tabique nasal	Negativo o positivo
Lóbulo oreja derecha	Negativo o positivo
Lesión	Negativo o positivo

Indice Bacteriológico: _____
Indice Morfológico: _____
Globias: _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Responsable, Firma y sello profesional

Documento Derogado

ANEXO 3B
Ministerio de Salud
Reporte patológico

Nombre completo paciente: _____ Edad _____
Nombre Hospital _____ Fecha _____
Médico que envía muestra _____ N° de estudio _____

Estudio de (especificar tipo y lugar de donde se extrajo la pieza) _____
_____

Descripción Macroscópica: _____
_____
_____

Descripción Microscópica: _____
_____
_____

Diagnostico: _____

Nombre, Firma y Sello del profesional que dio reporte:

Documento Derogado

ANEXO 4

Ministerio de Salud
Tabla de resultados

INDICE BACTERIOLÓGICO

INDICE BACTERIOLÓGICO	BACILOS POR CAMPO
0	No hay BAAR en ninguno de 100 campos
1+	1-10 BAAR en promedio en 100 campos
2+	1-10 BAAR en promedio en 10 campos
3+	1-10 BAAR en promedio en cada campo
4+	10-100 BAAR en promedio en cada campo
5+	100 a 1000 BAAR en promedio en cada campo
6+	+ de 1000 BAAR en promedio en cada campo

INDICE MORFOLÓGICO

Índice Morfológico		
Valor S.F.G.	**Indice SFG**	**Viabilidad de Bacilos (%)**
2.0.0	10	75-100%
2.1.0	9	75-100%
2.2.0	8	50-75%
2.1.1	7	20-50%
2.2.1	6	20-50%
1.2.1	5	1-20%
1.2.2	4	1-20%
1.1.2	3	1-20% Menos de 1% Menos de
0.2.2	2	1% Menos
0.1.2	1	de 1%
0.0.2	0	de 1%
	0	

Documento Derogado

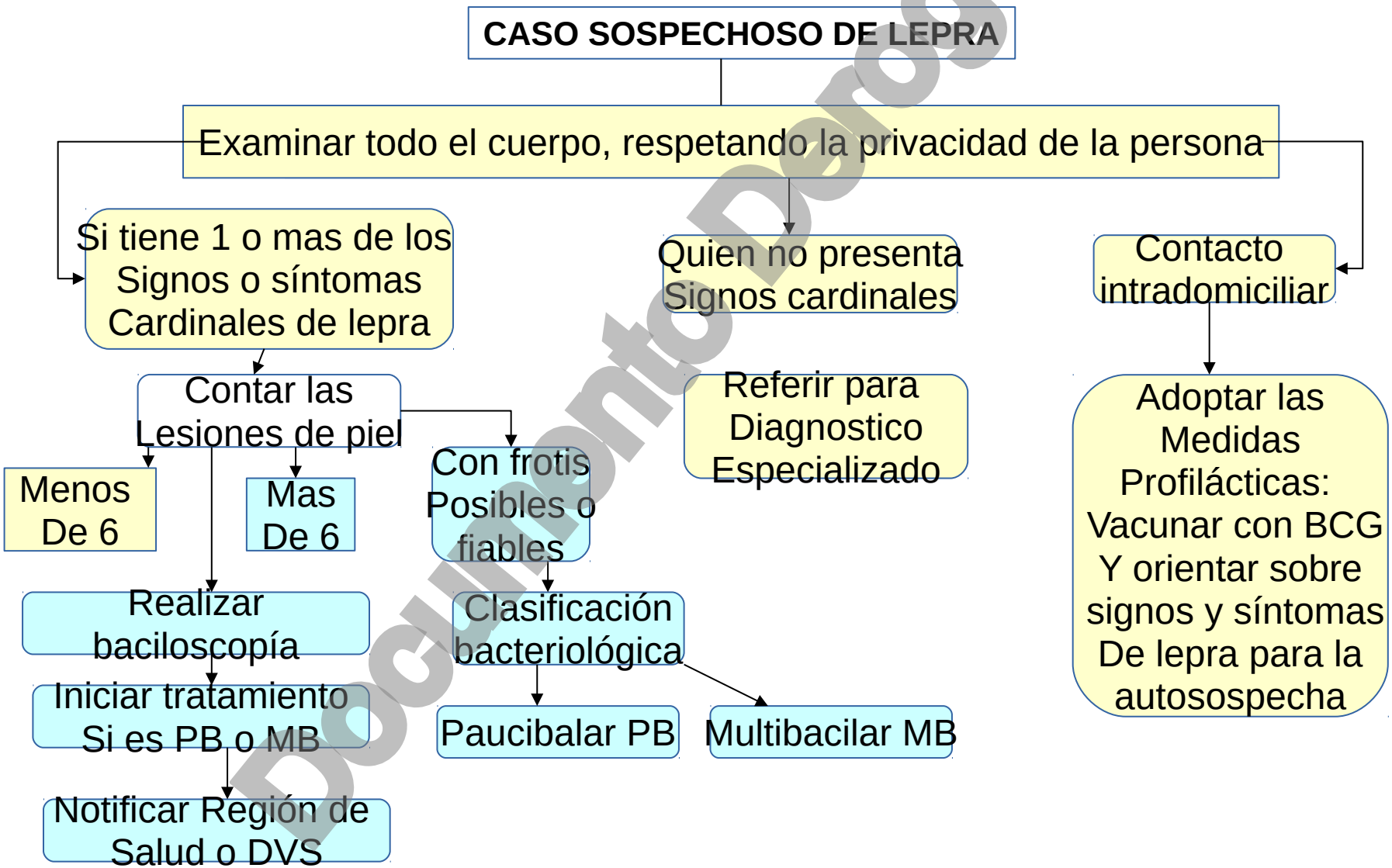
ANEXO 5

MINISTERIO DE SALUD
CUADRO RESUMEN PARA DIAGNÓSTICO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LEPRA

CARACTERÍSTICAS	TIPO LEPROMATOSO	TIPO TUBERCULOIDE	TIPO INDETERMINADO	TIPO DIMORFO
Evolución	Progresiva	Regresiva	Fase temprana de la enfermedad; si no es tratada evoluciona a los tipos lepromatoso o	Forma inestable que puede evolucionar a los tipos lepromatoso o tuberculoide
Lesiones Cutáneas	Placas Eritematosas, simétricas, nódulos ó infiltración	Placas asimétricas infiltradas eritematosas de bordes definidos y anestésicas	Manchas hipopigmentadas con trastornos de la sensibilidad	Placas eritematosas, cobrizas, nodulares, edematosas.
Alopecía	Cejas, pestañas y vello corporal	No hay	En las manchas	Puede existir
Lesiones Mucosas	Rinitis, ulceración, perforación del tabique nasal (porción cartilaginosa)	No hay	No hay	Puede haber congestión nasal
Alteraciones Neuríticas	Neuritis simétrica, trastornos de la sensibilidad y motores	Neuritis asimétrica, retracciones musculares	Trastornos de la sensibilidad en las manchas y/o retracciones musculares	Neuritis, puede haber o no trastornos de la sensibilidad en
Lesiones Oculares	Puede haber nódulos en la córnea, iritis,	Pueden existir consecutivas a logoftalmos por parálisis muscular	No hay	Puede haber afección conjuntival
Estados reaccionales	Reacción tipo II o reacción leprosa	No hay	No hay	Reacción tipo I, reacción de reversa o de
Baciloscopía	Positiva Multibacilarcilar	Negativa Paucibacilar ó Positiva	Negativa paucibacilar	Positiva ó Negativa Multibacilar BB y BL Paucibacilar BT
Histopatología	Granuloma lepromatosa (células de virchow)	Granuloma tuberculoide (células epiteliales y gigantes tipo langhans)	Infiltrado inflamatorio inespecífico	Estructura mixta células de virchow y tipo langhans
Leprominoreacción	Mitsuda negativa	Mitsuda positiva	Mitsuda positiva o negativa	Mitsuda positiva o negativa
Epidemiología	Antecedente de vivir o haber vivido con una persona con lepra o en una región endémica de la enfermedad			

Documento Derogado

ANEXO 7
FLUJOGRAMA DE MANEJO DE LEPRA



Documento Derogado

Documento Derogado

ANEXO 7

MINISTERIO DE SALUD
REGISTRO DE PACIENTE EN TRATAMIENTO POR LEPRA

Nombre completo paciente:_____ Edad_____ Sexo: M___ F___ N° de Expediente:_____
Dirección actual
:_____
Teléfono:_____
Otro domicilio (temporal)_____ Persona responsable: _____
Dirección persona responsable_____
Teléfono _____

Establecimiento_____ Región de salud_____ Municipio _____ Departamento_____
Clasificación Clínica: Lepra Lepromatosa _____ Lepra Tuberculoide_____ Lepra Dimorfa _____ Lepra Indeterminada _____
Clasificación Terapéutica: Multibacilar _____ Paucibacilar_____
Comprobación Baciloscópica: Fecha 1ª. Muestra _____ Resultado: Lob. Oreja_____ Tabique nasal _____ Raspado lesión_____ Biopsia_____ Fecha de inicio de tratamiento:_____ Caso nuevo_____ Abandono_____ Fracaso_____ Recaída _____

NUMERO DE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**1**	**11**	**12**
FECHA ENTREGA DE BLISTER Y PRIMERA DOSIS SUPERVISADA												
NUMERO DE BLISTER	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**
FECHA ENTREGA DE BLISTER Y PRIMERA DOSIS SUPERVISADA												

Fecha de Egreso: _____ Causa de Egreso: Curado_____ Abandono_____ Recaída _____ Fracaso_____ Fallecido_____

TN: Tabique nasal LO: Lóbulo oreja L: Raspado de lesión.

REGISTRO DE CONTACTOS RELACIONADOS CON EL CASO EN TRATAMIENTO

NOMBRE			**C**			
			PRIMER	**SEGUNDO**	**TERCER**	**CU**

Documento Derogado

		M	EXAMEN	BACILOSCOPIA	EXAMEN FÍSICO		BACILOSCOPIA		EX	BACILOSCOPIA	EXAMEN	BACILOSCOPIA	
	Fe	Resul.	Result.	Fec Result.	Fecha	Res	Fecha	Result.	Fech	Result.	Fecha	Res	Fech Result.

OBSERVACIONES :

VISITA DOMICILIAR

FECHA	OBJETIVO	RESULTADO	RESPONSABLE

Documento Derogado

ANEXO 8
Ministerio de Salud
MATRIZ DE OPERATIVIZACIÓN DE INDICADORES DE LEPRA

INDICADOR	PROPÓSITO	FORMULA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Tasa de detección de casos nuevos	Determinar la tendencia que sigue la enfermedad y la intensidad de las medidas de búsqueda de casos nuevos	Número de casos nuevos inscritos en el año/ población al 1 de julio de dicho año x 10 000	6 meses	Director(a) Regional DEI
Proporción de los casos nuevos multibacilar, entre los casos nuevos	Mide la eficiencia de las actividades para la detección precoz	casos nuevos de la forma MB/ total de casos x 100	6 meses	Director(a) Regional DEI
Proporción de paucibacilar entre los casos nuevos		casos nuevos de la forma PB/ total de casos x 100	6 meses	Director(a) Regional DEI
Tasa de prevalencia de casos de lepra	Mide la existencia de casos de lepra en una población y en períodos determinado	Total de casos de lepra existentes/ Total de población en el período X 10 000	6 meses	Director(a) Regional DEI
Proporción de Enfermos con discapacidad entre casos nuevos de lepra	Estima la eficacia de las actividades para la detección precoz	Casos nuevos con grado de discapacidad II y III/ total de casos nuevos X 100	6 meses	Director(a) Regional DEI
Proporción de casos multibacilares con baciloscopía positiva	Estima eficacia de PQT de los casos contagiantes y la prevalencia de la fuente de infección	Casos MB cuya última baciloscopía en el año fue (+)/Total de casos multibacilars con baciloscopía ultimo año X 100	6 meses	Director(a) Regional DEI
Proporción de pacientes curados con secuelas	Estima la capacidad que los servicios de salud tienen para curar a los pacientes con el mínimo de secuelas posible	Pacientes curados con grados II y III de incapacidad/total de pacientes tratados X 100	6 meses	Director(a) Regional DEI
Proporción de pacientes multibacilares sometidos a control bacteriológico en el año	Mide el seguimiento bacteriológico	Número de pacientes MB con baciloscopía en el año/Total de pacientes multibacilares en tratamiento. X 100	6 meses	Director(a) Regional DEI
Proporción de contactos investigados	Mide eficacia de las medidas de vigilancia epidemiológica	Contactos investigados/ Total de contactos registrados X 100	6 meses	Director(a) Regional DEI

Documento Derogado

ANEXO 9

PROCEDIMIENTO PARA CÁLCULO DE PREVALENCIA DE LEPRA

Cada Región de Salud y sus respectivos establecimientos de salud, deben calcular la prevalencia de lepra. El estimado de la prevalencia de lepra se obtiene sumando la prevalencia conocida o de registro más el estimado de prevalencia oculta.

Prevalencia = Prevalencia Conocida + Prevalencia Oculta

Para el año 2012 tendríamos a nivel país una prevalencia real
de 0.04 x10, 000 hab.

Real estimada
0.14 x 10,000 Hab = 19/ 6, 757408 + 5 / 6,071774 = 0.04 x 10,000 hab.
0.03 x 10,000 Hab. 0.008 x 10,000 Hab,

Para estimar la prevalencia oculta, aplicamos el % de pacientes nuevos con alguna discapacidad (entre los que fueron evaluados), al total de pacientes nuevos detectados. Este procedimiento se realiza de los cinco años anteriores al año que queremos estimar.

El cuadro que se presenta a continuación es el resumen de la propuesta para la recolección de la información necesaria y el procesamiento de la misma que el nivel Regional y SIBASIS utilizaran para conocer su prevalencia real de la enfermedad.

ESTIMADO DE LA PREVALENCIA OCULTA

Indicador/ año	2007	2008	2009	2010	2011	Total
a) Casos nuevos	8	5	4	1	1	19
b) Evaluados	8	5	4	1	1	19
c)Discapacitados grado I y II	2	1	1	1	0	5
d) % de discapacidades (c/b)%	25%	20%	25%	100%	0%	26.3%
e) Estimado de casos no detectados (d x a)/100	2	1	1	1	0	5

Documento Derogado

Documento Derogado