



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Control de la Lepra



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Vivir Mejor

Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Control de la Lepra



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Agradecimiento

Agradecimiento a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) por el apoyo con la impresión de este Manual en beneficio del personal de salud para la mejora en los procesos de atención al enfermo de lepra.

Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención de la Lepra

ISBN: 978-607-460-256-2

Primera edición, 2011

© Secretaría de Salud

Lieja 7, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600,
México, D.F.

El material contenido en este documento se puede reproducir parcial o totalmente por métodos manuales, fotográficos o digitales siempre y cuando se cite la fuente.

www.gobiernofederal.gob.mx

www.salud.gob.mx

www.cenavece.salud.gob.mx

Hecho en México

Made in Mexico

Se terminó de imprimir el Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Control de la Lepra en el mes de octubre de 2011. En Rentopress S.A. de C.V. San José 71 Colonia San Martín Xochinahuac C.P. 02120 México, D. F. La edición consta de 2,000 ejemplares.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Laura Martínez Ampudia

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Carlos Amado Olmos Tomasini

Director General de Comunicación Social

Lic. Bernardo Emilio Fernández del Castillo

Coordinador de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos

y Control de Enfermedades (CENAPRECE)

Dr. Carlos H. Álvarez Lucas

Director General de Programas Preventivos (CENAPRECE)

Dra. Celia Mercedes Alpuche Aranda

Directora General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia

Epidemiológicos (InDRE)

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Director General de Epidemiología

Participaron en la elaboración del Manual

Dr. Martín Castellanos Joya

Director de Micobacteriosis

Dra. Martha Angélica García Avilés

Subdirectora de Micobacteriosis

Dra. María Cristina Carreño Martínez

Jefa del Departamento de Lepra

Dr. Eduardo Camarena de la Cruz

Coordinador del Programa de Lepra

Dra. Ma. de Lourdes Martínez Olivares

Supervisora del Programa de Lepra

ÍNDICE

Presentación	8
Objetivo	9
Base legal	10
A. Procedimientos de control en la identificación de casos de lepra	12
Objetivos	
Políticas y normas de operación	
Descripción de actividades	
A. a. Examen de contactos	15
A. b. Consulta dermatológica	23
A. c. Examen de población general	30
Formularios	35
B. Procedimientos para el diagnóstico de casos de lepra	37
Objetivos	
Políticas y normas de operación	
Descripción de actividades	
B. a. Estudio clínico / epidemiológico	40
Formato	50
B. b. Estudios de laboratorio y confirmación de caso	54
B. c. Leprominorreacción (estudio inmunológico)	59
B. d. Evaluación de discapacidades	63
Formato	72
C. Procedimientos para el tratamiento de casos de lepra	73
Objetivos	
Políticas y normas de operación	
Descripción de actividades	
C. a. Tratamiento de la lepra con Poliquimioterapia (PQT)	75
C. b. Tratamiento del estado reaccional	82
C. c. Prevención y tratamiento de discapacidades	89
D. Procedimientos para la vigilancia y evaluación del tratamiento	95
Objetivos	
Políticas y normas de operación	
Descripción de actividades	
D. a. Vigilancia y evaluación del tratamiento	97
Formato	105
E. Procedimientos para la vigilancia postratamiento	108
Objetivos	
Políticas y normas de operación	
Descripción de actividades	
Formato	

PRESENTACIÓN

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades en cumplimiento de sus atribuciones de establecer las normas nacionales relativas a la atención a la salud, de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, realizó la revisión y actualización del presente *Manual de procedimientos operativos para la prevención y control de la lepra* con el fin de reglamentar la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y control de la lepra y facilitar la aplicación de las estrategias del Programa de Prevención y Control de la Lepra.

El Manual es un documento técnico normativo destinado a uniformar los criterios para el manejo del problema y la aplicación de técnicas y procedimientos de control por parte del personal en las unidades de instituciones que conforman el Sector Salud, de acuerdo con sus recursos y marco jurídico. Está destinado asimismo a proporcionar al personal de salud los elementos técnicos para elevar la calidad en la atención de los enfermos de lepra y favorecer con ello el tratamiento con poliquimioterapia, con la cual se logra el control de la lepra en los niveles municipal y local.

Para fines prácticos, los procedimientos se han dividido en dos secciones: Control e Información. En cada procedimiento se describe el objetivo, las políticas y normas de operación y las actividades, complementadas con un diagrama de flujo y los formatos requeridos para realizarlas.

Para facilitar la correlación entre líneas de acción y actividades se incorporaron algoritmos por cada una de ellas.

OBJETIVO

Contribuir a orientar al personal de salud sobre las actividades requeridas para el control de la lepra, constituyéndose en una guía que permita alcanzar los objetivos del programa.

BASE LEGAL

Ley General de Salud

Artículo 3°—En los términos de esta ley, es materia de salubridad general:

I.- La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV de esta ley.

II.- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.

XIII.- La educación para la salud.

Artículo 13—La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

I. Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.

Artículo 34—Para los efectos de esta ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

I. Servicios públicos a la población general.

Artículo 133—En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes, y sin perjuicio de lo que dispongan las leyes laborales y de seguridad social en materia de riesgos de trabajo, corresponde a la Secretaría de Salud:

I. Dictar las normas oficiales mexicanas para la prevención y control de enfermedades y accidentes.

Artículo 134—La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

IX. Lepra y mal del pinto.

Artículo 140—Las autoridades no sanitarias cooperarán en el ejercicio de la acción para combatir las enfermedades transmisibles, estableciendo las medidas que estimen necesarias, sin contravenir las disposiciones de esta ley, las que expida el Consejo de Salubridad General y las normas oficiales que dicte la Secretaría de Salud.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Artículo 8°—Los subsecretarios tienen dentro del ámbito de su competencia las siguientes facultades genéricas:

I.- Acordar con el Secretario el despacho de los asuntos a su cargo y los de las unidades administrativas adscritas a su responsabilidad.

Artículo 45—Corresponde al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades:

VI. Elaborar y proponer normas oficiales mexicanas, así como vigilar su cumplimiento.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra

Artículo 1—Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios que permitan elaborar los procedimientos para la prevención y control de la lepra.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

A. Procedimientos de control en la identificación de casos de lepra

Objetivos

- Identificar con oportunidad los casos nuevos de lepra que ocurren en la población.
- Identificar manchas hipopigmentadas y trastorno de la sensibilidad en casos incipientes.
- Identificar manchas eritematosas, placas, nódulos e infiltrados con o sin trastorno de la sensibilidad.

Políticas y normas de operación

La identificación de enfermos de lepra se realiza a través de la búsqueda (pesquisa) constante y sistemática de lesiones incipientes de lepra, en personas con mayor exposición a la infección por *Mycobacterium leprae*.

El personal de las Unidades de Atención Primaria de la Secretaría de Salud, así como sus equivalentes de otras instituciones, tienen la responsabilidad de realizar la búsqueda, es decir, sin esperar a que los posibles enfermos existentes en el área de influencia acudan espontáneamente para atención.

Para realizar un diagnóstico se requiere identificar, dentro del área de responsabilidad de las Unidades, las localidades que han sido foco de la enfermedad, ya que son en las que existe mayor probabilidad de descubrir casos nuevos de lepra. El personal de los Centros de Salud realizará periódicamente (en fechas definidas) las actividades de pesquisa de casos de lepra en localidades del área de influencia, con casos o contactos registrados.

Descripción de actividades

Las actividades de detección se realizan orientadas a la población más expuesta al riesgo, el cual existe en diferentes grados, según la relación con un enfermo:

- Familiares consanguíneos convivientes.
- Familiares consanguíneos no convivientes.
- Parientes políticos convivientes.
- Compañeros de trabajo y otras amistades.
- Vecinos con domicilio cercano.
- Amistades con domicilio alejado pero que se visitan con frecuencia.

El examen de las personas con mayor riesgo, como son los familiares y otros convivientes intradomiciliarios, está plenamente justificado y se logra con una adecuada educación para la salud.

Los compañeros de trabajo y vecinos, por motivos de confidencialidad, no pueden ser incluidos en la pesquisa mediante actividades de examen de contactos.

Para ello se establece la búsqueda a través de otros mecanismos precedidos de campañas de promoción dirigidas a población abierta y a grupos organizados; entre ellas, está la oferta de consulta especializada programada periódicamente (con apoyo de especialista y/o de personal jurisdiccional) y el examen a consultantes dermatológicos en la consulta general y mediante encuestas de morbilidad (dermatológica).

Se deben considerar tres procedimientos para identificar y detectar casos de lepra:

- a) Examen de contactos.**

- b)** Consulta dermatológica.
- c)** Examen a población abierta.

A. a. Examen de contactos

Contactos de lepra son las personas que conviven o han convivido con un enfermo de lepra en los últimos cinco años antes de la fecha de inicio de la enfermedad y hasta la fecha del diagnóstico, sean o no familiares.

Los contactos de los enfermos de lepra son los individuos más expuestos al riesgo de adquirir la infección. La convivencia estrecha de un contacto, aunado a sus características hereditarias, tiene mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad.

Es importante destacar a aquellos que han convivido con un caso multibacilar, puesto que éstos expulsan al ambiente gran cantidad de bacilos viables.

Entre las formas de lepra existen algunas en las que no se puede demostrar la presencia de bacilos; los convivientes de estos enfermos deben ser vigilados de igual forma, ya que pueden haber estado en contacto con una fuente de infección común.

Todo contacto de lepra debe ser examinado con metodología dermatológica, como parte del estudio epidemiológico del caso.

El enfermo participará haciéndose acompañar por uno o varios de sus contactos para su examen cuando acudan mensualmente a recibir los medicamentos en la Unidad de Salud.

Los contactos de lepra deben ser examinados cada seis meses o por lo menos una vez al año durante un periodo de cinco años, a partir de la fecha del diagnóstico del caso.

Descripción de actividades

Para una mejor comprensión de las *Actividades*, véase también **DIAGRAMA A. a.** en página 22.

- Anotar y actualizar periódicamente el registro de contactos de los enfermos en el reverso de la Tarjeta de Registro y Control de Lepra (SIS-SS-19-P), incluyendo a aquellos que en el momento del diagnóstico ya no vivan con el enfermo, pero que se encuentran en el área de influencia de la Unidad.
 - Elaborar o actualizar la relación nominal de contactos si el Centro de Salud está a cargo de más de un caso de lepra.
 - Anotar los resultados de cada examen de los contactos en la Tarjeta de Registro y en la Hoja de Registro y Seguimiento de Casos (Hoja 3 de 3).
 - De los contactos registrados en la Tarjeta se identifica si residen o no en el área de influencia de la Unidad.
1. Si el contacto no reside en el área de influencia se informará a la Jurisdicción Sanitaria para que se registre y controle por otro Centro de Salud.
 2. Una vez realizado el reporte por escrito a la jurisdicción, el o los contactos que residen fuera del área de influencia se eliminan de la Tarjeta de Registro y Control de Lepra (reverso) y se anota en el expediente clínico.
- Los contactos que viven en el área de influencia del Centro de Salud, con la participación del enfermo, se valora si pueden ser entrevistados en el consultorio o en su domicilio.
3. Con el enfermo se envía una invitación verbal y por escrito a los contactos al momento de establecer el diagnóstico de caso y dos semanas antes de cumplirse los seis meses después del último examen.
 4. Si el contacto se presenta a la entrevista en el consultorio, el personal del Centro de Salud procederá como sigue:

- Explicará las características de la lepra, apoyándose en carteles, volantes o rotafolios, destacando que:
 - La lepra se manifiesta principalmente en la piel.
 - Es poco infecciosa y transmisible.
 - Es curable, pero puede haber complicaciones.
 - No es hereditaria, ni se caen partes del cuerpo.
 - El tratamiento no sólo requiere de medicamentos, también se necesita del apoyo de familiares para asegurar la toma regular y completa de los medicamentos, así como el cuidado de la piel para evitar daño consecutivo a la falta de sensibilidad.
- Realizar el examen dermatológico como sigue:
 - Se procurará que el sitio esté bien iluminado.
 - Se asegurará la privacidad en el lugar donde se examina el contacto.
 - Se realizará un examen completo de la piel (Figura 1). Para respetar el pudor natural de algunas personas, se les pide que descubran una a una las áreas a examinar.



■ Figura 1.

Hacer una exploración mediante palpación de los siguientes nervios:

■ **Gran auricular,**

al girar la cabeza en dirección al hombro, se busca en la parte media del trayecto del músculo esternocleidomastoideo.



■ **Cubital,**

se puede palpar en la cuenca epitroclear, en la parte interna e inferior del brazo.



■ **Radial,**

se busca en el tercio medio del húmero, detrás de la inserción del músculo deltoides.



■ **Mediano,**

se palpa en la parte anterior de la muñeca, entre los tendones del palmar y del flexor radial.



- **Ciático poplíteo externo**, con el paciente sentado, se palpa el nervio detrás de la cabeza del peroné.



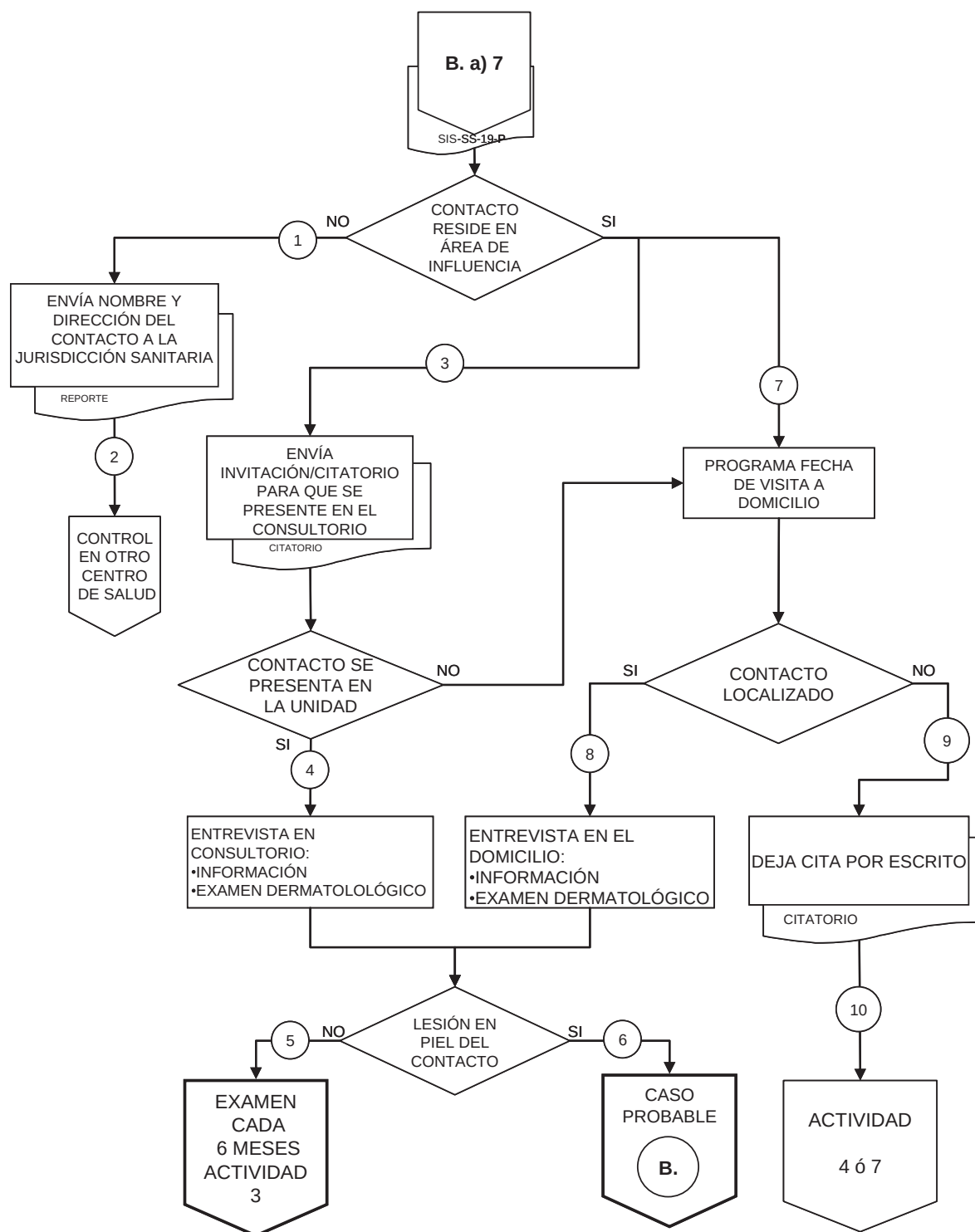
- **Tibial posterior**, puede localizarse detrás del maleolo interno.



- Si el contacto no se presenta en la Unidad de Salud en la fecha en que se le citó, se programa la realización de una visita domiciliaria (VÉASE ACTIVIDAD 7).
5. Si al final de la entrevista con el contacto se concluye que no tiene lesiones sugestivas de lepra, se le pide regresar luego de seis meses después del examen o antes, si presenta alguna duda sobre la lepra o nota en la piel manchas,

disestesias o áreas insensibles. Cercana la fecha, procédase como se indica en la **ACTIVIDAD 3**.

6. Al contacto en el que se identifique una o más lesiones sugestivas de la enfermedad, se le considera **CASO PROBABLE** y se le realizan las actividades descritas en **B: PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CASOS DE LEPRAS**.
7. Si el contacto al que se envió invitación/citatorio no acude al examen, el personal programará una visita al domicilio, estableciendo fecha, de acuerdo a los compromisos pendientes a realizar en campo.
8. Al momento de realizar la visita domiciliaria y establecer la entrevista con el contacto pendiente de examen, se procederá a conocer los motivos por los cuales no acudió. Si la explicación justifica plenamente que el contacto no puede acudir a la Unidad, se realiza el examen; si no se ha recibido entrenamiento para examen de contactos, se proporciona información respecto a la lepra, tal y como se indica en la **ACTIVIDAD 4**, de tal modo que acuda a la Unidad de Salud para ser examinado. Dependiendo de los resultados del examen, se procederá de acuerdo a las **ACTIVIDADES 5 y 6**.
9. Si al realizar la visita no se logra entrevistar al contacto pendiente de examen, se dejará una nueva invitación/citatorio con fecha y hora precisa para ser recibido por el médico de la Unidad.
10. De acuerdo a la respuesta del contacto, se realizará lo que se indica en las **ACTIVIDADES 4 y 7**.

A. PROCEDIMIENTOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE LEPROA**a). EXAMEN DE CONTACTOS**

A. b. Consulta dermatológica

Otro grupo poblacional en el que se deben buscar lesiones de lepra es el de los sintomáticos dermatológicos, debido a que las principales manifestaciones de la enfermedad se encuentran en piel y nervios periféricos.

Para fines del control de la lepra entenderemos como consulta dermatológica a la atención que imparte un médico general o un dermatólogo a un paciente con patología en piel y anexos.

La consulta dermatológica se imparte por: médico general, dermatólogo o leprólogo.

Consulta dermatológica por médico general

- Durante la consulta general, el médico debe estar alerta para investigar las características de cualquier lesión dermatológica y descartar el diagnóstico de lepra, particularmente en Unidades ubicadas en áreas endémicas.
- Un enfermo puede acudir a solicitar atención por diversos motivos antes que por lesiones de lepra, cuya presencia deja de mencionar al médico voluntaria o involuntariamente, en particular si son incipientes, perdiéndose la oportunidad de realizar un diagnóstico temprano; por ello, durante la atención de cualquier problema de salud se debe observar la piel para identificar la presencia de lesiones sugestivas.
- El personal de enfermería, con la debida capacitación, participará en la pesquisa durante las actividades habituales (curaciones, inyecciones, toma de presión arterial, peso y talla, etc.). Particularmente se espera su participación en la exploración a la población femenina.

- Cuando se identifica una persona con lesiones sugestivas de lepra, se considerará como caso probable de lepra.
- El caso probable identificado por personal de enfermería se canalizará con el médico para su revisión meticulosa, de tal manera que pueda practicar los exámenes requeridos para el diagnóstico de lepra.

Consulta por especialista dermatólogo o leprólogo

- Para fines del Programa, la consulta por especialista se divide en la que se imparte diariamente en consultorios de hospitales y clínicas y en la que se programa para búsqueda de casos de lepra en localidades seleccionadas. En esta consulta participan especialistas en dermatología o en leprología.
- Como ya se mencionó, por motivos de confidencialidad, los compañeros de trabajo y vecinos cercanos de un caso de lepra no pueden ser incluidos en la pesquisa mediante actividades de examen de contactos. Se requiere realizar la búsqueda de casos probables ofreciendo a la población la consulta dermatológica.
- Para ello, el epidemiólogo jurisdiccional y el coordinador del Programa de Micobacteriosis habrán establecido en su programa de actividades la búsqueda de casos nuevos de lepra en localidades y áreas seleccionadas por presentar un mayor problema, según la estrategia de focalización en municipios y localidades.
- Al recibir el aviso por parte de la Jurisdicción Sanitaria de la fecha y hora en que se realizará la actividad, el personal del Centro de Salud, a través de promoción con apoyo de autoridades y organizaciones locales, y el uso de volantes, carteles, perifoneo, recados escolares, etc., informará a la

población la fecha, hora y lugar en que el especialista dará consulta gratuita para enfermedades de la piel.

- La consulta será impartida por un dermatólogo o por personal estatal o jurisdiccional con entrenamiento en leprología.
- La frecuencia y lugar de la consulta dermatológica estará determinada por las características de la endemia y la programación de los recursos para cumplir con esta actividad.

Nota: Las actividades en consulta especializada sólo difieren con la del médico del Centro de Salud en que la confirmación diagnóstica se puede realizar con elementos clínicos, sin que por ello deje de completarse el estudio como se indica en la NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y control de la lepra.

Descripción de actividades

Véase también **DIAGRAMA A. b.** en página 29.

La consulta general constituye una oportunidad de búsqueda de enfermos de lepra; para ello, se realizan las siguientes actividades:

1. El médico recibe al solicitante de atención médica, realiza el interrogatorio y determina si el problema por el que acude el enfermo es dermatológico o de otra índole. Si presenta problema dermatológico, se explora como se describe en la **ACTIVIDAD 4** del procedimiento **A. a. EXAMEN DE CONTACTOS**. Es de interés verificar si existen signos de que se rasca y se indaga durante el interrogatorio sobre la presencia de prurito.
 2. Si el enfermo manifiesta prurito o a la exploración presenta ronchas, pápulas, excoriaciones o costras hemáticas, lesiones correspondientes a dermatosis pruriginosa, el médico descarta el diagnóstico de lepra.
- El médico establece el diagnóstico de la dermatosis, elabora historia clínica, la incorpora al expediente clínico y lo

registra en la Hoja Diaria de Consulta Externa. Si establece diagnóstico final, da tratamiento y cita para verificar la curación.

3. Si no es posible establecer el diagnóstico definitivo, o no se cuenta con los insumos para el diagnóstico y tratamiento, se realiza la referencia del paciente a un servicio de dermatología, con el correspondiente llenando del formato específico de referencia/contrarreferencia y se archiva una copia.
4. Si el enfermo con dermatosis niega la presencia de prurito y el médico observa en la exploración ausencia de signos de rascado y presencia de anhidrosis, alopecia (cejas o vello), manchas, nódulos, infiltrado difuso, placas, se debe probar la sensibilidad en estas lesiones.
 - La exploración de la sensibilidad para fines de diagnóstico de lepra, se debe realizar en estas lesiones, explicando al paciente cómo se va a realizar y lo que debe responder. La pérdida sensorial es gradual, ocurriendo primero la térmica, siguiendo la del tacto, del dolor y a la presión. En el diagrama del cuerpo humano de la Cédula de Registro - Estudio Epidemiológico, se señalarán las áreas con pérdida de la sensibilidad.
 - Para explorar la sensibilidad térmica se emplean dos tubos de ensayo, uno con agua caliente (38 a 40 °C) y otro con agua fría (6 a 8 °C). Sin que el paciente vea la maniobra, el extremo inferior de cada tubo se pone en contacto con la lesión, alternando el de agua fría y el de agua caliente. El paciente debe contestar “frío” o “caliente”, según la sensación que percibe.
 - La sensibilidad al tacto se explora por medio del uso de un trozo de algodón. Existen filamentos de nylon graduados por su resistencia para doblarse al hacer presión contra la

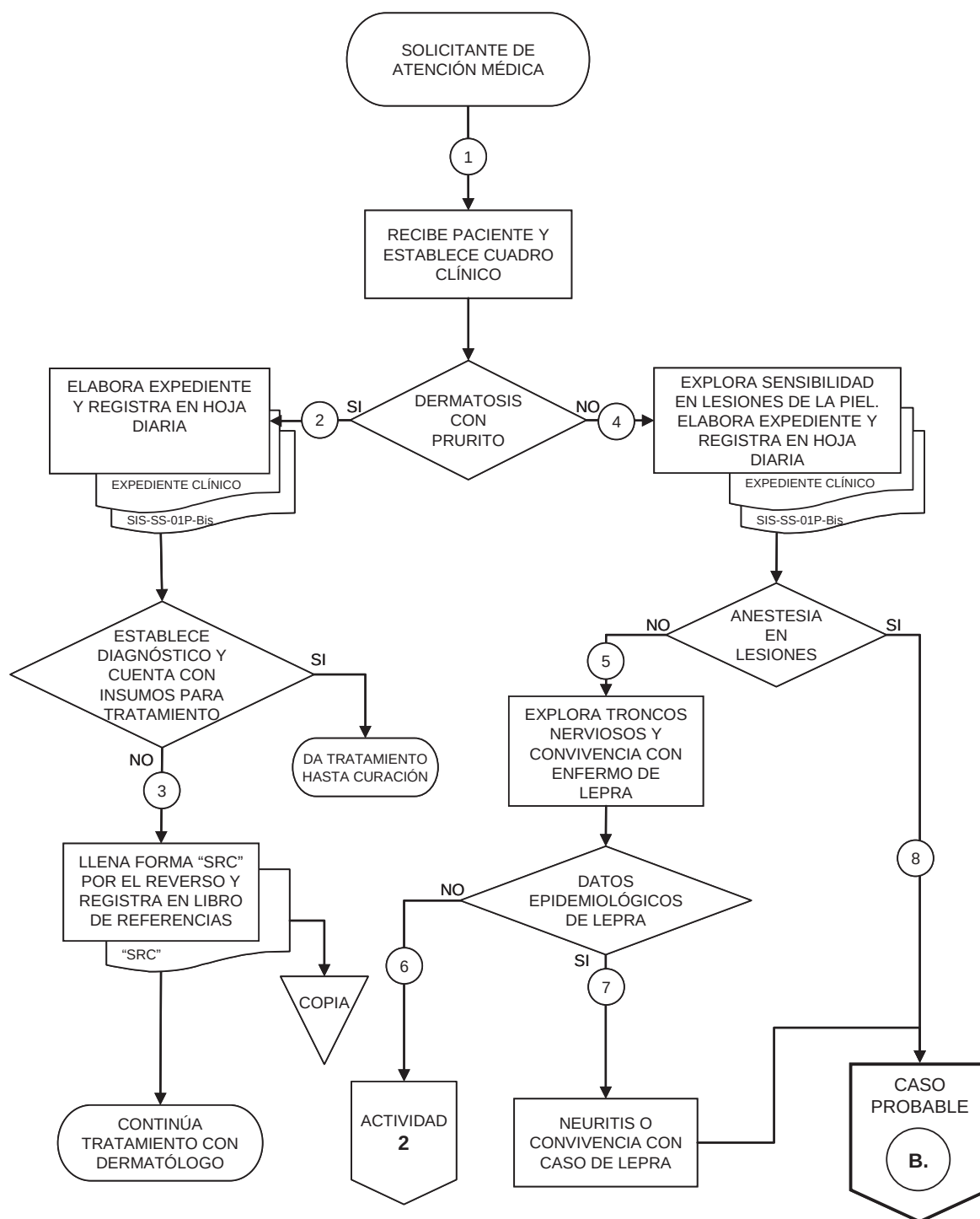
piel, que se describen en la **ACTIVIDAD 8** del procedimiento **B.**

d. EVALUACIÓN DE DISCAPACIDADES.

- La lesión dermatológica se estimula con el trozo de algodón y se solicita al paciente que responda “**si**” cuando sienta el toque.
 - La sensibilidad al dolor se explora mediante el estímulo de la piel con una aguja hipodérmica, colocando en el área en forma alternativa y aleatoria la punta (cuidando de no perforar la piel) o el extremo opuesto de plástico. Se instruye al enfermo de lo que se va a realizar, pidiendo que responda sólo con las palabras “**pica**” o “**toca**”. Si la respuesta al estímulo con la punta es “**toca**”, se evalúa como pérdida de la sensibilidad o anestesia.
 - La disminución de la sensibilidad táctil profunda o a la presión ocurre en casos avanzados de daño a nervios periféricos. Se explora con un objeto romo como un bolígrafo, se toca ejerciendo una leve presión, esperando que el paciente responda si siente o no.
- 5.** En el paciente que a la exploración no presenta alteración de la sensibilidad y que al interrogatorio se conoce que ha convivido con enfermo de lepra, se realiza palpación de troncos nerviosos en los sitios que se describe en la **ACTIVIDAD 4** de **A.**
- a. EXAMEN DE CONTACTOS.**
- 6.** Si el paciente no presenta alteración de troncos nerviosos, se pasa a la **ACTIVIDAD 2** de este procedimiento, para el manejo de un paciente con prurito y con otras dermatosis.
- 7.** Si al interrogatorio el paciente afirma que vive o ha vivido con un enfermo de lepra o a la exploración presenta uno o más troncos nerviosos engrosados y dolorosos a la palpación, se identifica como **CASO PROBABLE** de lepra y pasa a **B. PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CASOS DE LEPRAS.**

8. El paciente con lesiones sugestivas que presenta anestesia comprobada en la exploración, se identifica como **CASO PROBABLE** de lepra y pasa a **B. PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CASOS DE LEPRAS**.

A. PROCEDIMIENTOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE LEPROA
b). CONSULTA DERMATOLÓGICA



A. c. Examen a población general

Este procedimiento para la búsqueda de casos de lepra es el menos efectivo y se reserva para áreas donde se identifica a) ocurrencia de dos o más casos nuevos asociados entre sí o uno o más casos en áreas donde no existía lepra, y b) prevalencia mayor a un caso por 10,000 habitantes.

- Las actividades de pesquisa por examen de población se realizan como resultado del análisis de la situación a nivel jurisdiccional, con la participación del coordinador de lepra y la aportación de recursos necesarios, además del personal del Centro de Salud y voluntarios de la comunidad.
- Los grupos organizados (obreros, campesinos, conscriptos y otros), son un buen universo para realizar la pesquisa; en caso necesario, se puede practicar en la población general mediante censos o encuestas según las dimensiones de las localidades a explorar. Este mecanismo da oportunidad asimismo de aplicar algunas acciones de educación y promoción para la salud.

Descripción de actividades

Véase también **DIAGRAMA A. c.** en página 34.

1. Como resultado de la estratificación que realiza el coordinador de epidemiología de la jurisdicción, se programa y se organiza la visita a una de las localidades del área de influencia del Centro de Salud; se debe contar con información del número de habitantes en la localidad seleccionada para determinar el tipo de actividad a realizar.
2. Si la localidad es mayor de 500 habitantes, la pesquisa se dirige a grupos organizados o a población abierta, dependiendo del tipo de exposición que ha existido con los enfermos de la localidad.

3. Si existen contactos no familiares dentro de grupos organizados como obreros, ejidatarios, grupos religiosos, militares, etc., se gestionará con los dirigentes una reunión con el grupo, en la que se realizará una exposición simplificada de las características de la lepra y que incluya los siguientes temas:

- Causas.
 - Transmisión.
 - Resistencia.
 - Clínica (lesiones iniciales, avanzadas y discapacidades).
 - Método diagnóstico.
 - Curabilidad.
 - Gratuidad en el tratamiento.
 - Participación de las personas de la comunidad para iniciar tratamiento oportuno a los enfermos existentes.
 - Oferta del examen a las personas asistentes en el mismo local o en el Centro de Salud.
 - Examen dermatológico individual que se ofrecerá a todo el grupo al terminar la presentación. El examen se realizará con apego a las recomendaciones descritas para la ACTIVIDAD 4 de A.
- a. EXAMEN DE CONTACTOS.

4. El hallazgo de lesiones dermatológicas con pérdida de la sensibilidad se considera como caso probable de lepra y pasa a

B. PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CASOS DE LEPRAS.

5. En localidades con población mayor a 500 habitantes, donde no se identifican grupos o no se logra su participación, se realiza una encuesta de morbilidad con las siguientes recomendaciones:

- De acuerdo al tamaño de la población y a los recursos, se determina el número de casas a visitar. Se recomienda cubrir

10% de las viviendas; así, una población de 1,000 habitantes se puede esperar que existan 200 viviendas, de las cuales se visitarían 20 en una sola jornada por un encuestador. Si la población es de 5,000 habitantes, un solo encuestador cubrirá 10% de las viviendas, es decir, cien casa en una semana laboral.

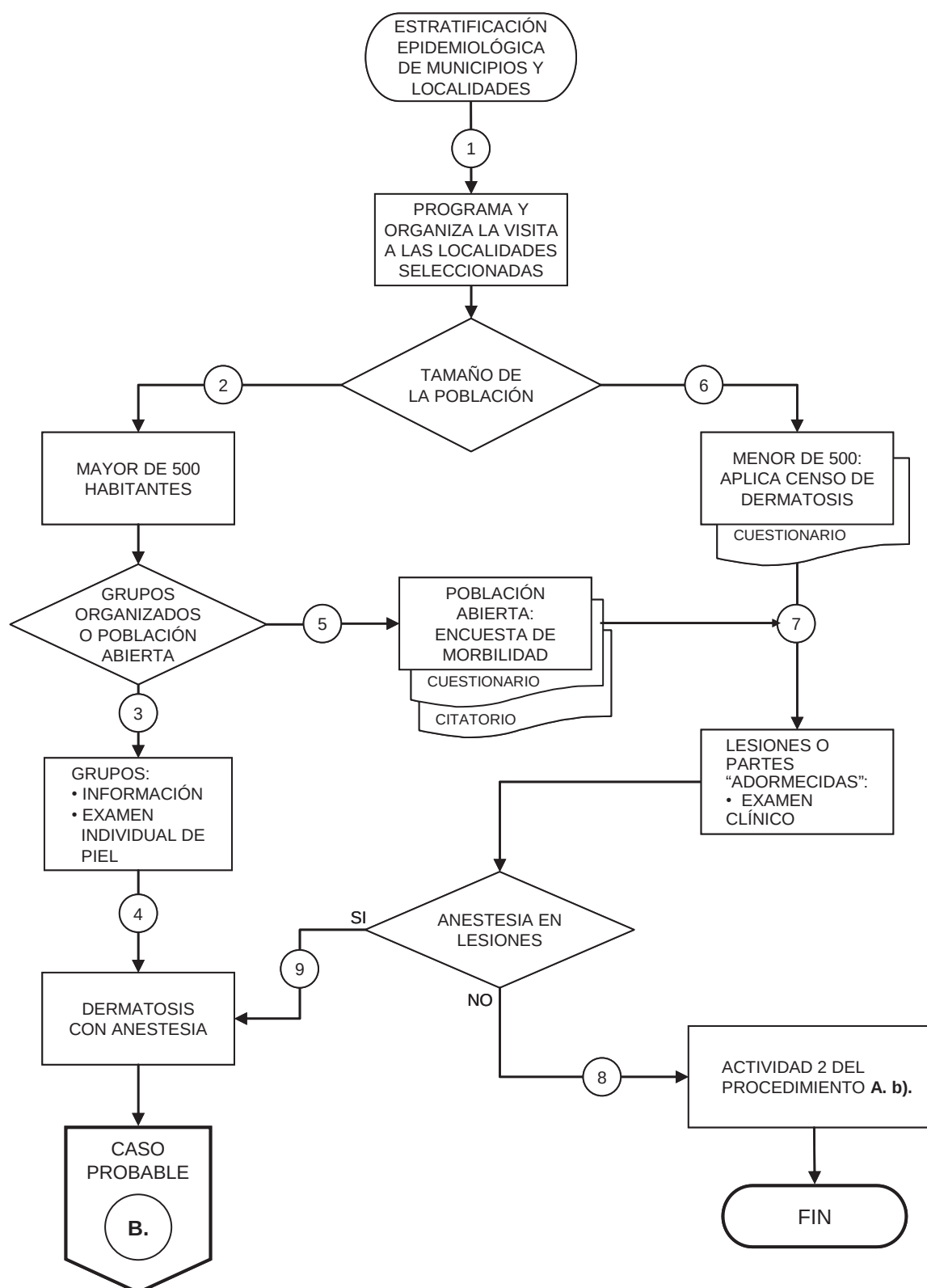
- Por procedimientos aleatorios se seleccionan las casas a visitar (ejemplo: una de cada 5, 10 o 15, según el tamaño de muestra) ubicándolas previamente en un croquis de la localidad.
- Aplicar un cuestionario a las personas que habitan en los domicilios seleccionados para la identificación las que tengan dermatosis o “partes entumidas o adormecidas” en piel (véase ejemplo de cuestionario en Anexos).
- Las personas que presenten las manifestaciones señaladas en el cuestionario, se les da cita para que sean examinadas por el médico del Centro de Salud o en un domicilio de la localidad previamente acordado (véase ejemplo de citatorio en Anexos). **ACTIVIDAD 7.**

6. En una localidad con menos de 500 habitantes, en la que resida por lo menos un enfermo de lepra, todos se consideran como contactos; por ello, con fines de búsqueda de personas con lepra, se realiza **censo de dermatosis** siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Se visita el total de las casas habitadas en la localidad, en las que puedan existir alrededor de 100 casas, considerando que en cada domicilio habitan 5 personas.
- Se aplica el cuestionario de morbilidad de dermatosis o con **“partes entumidas o adormecidas”**, tal y como se explicó para la encuesta.

- El médico del Centro de Salud evaluará clínicamente a las personas citadas por los encuestadores en el Centro de Salud (véase ejemplo de citatorio en Anexos) o en un domicilio de la localidad previamente acordado.
7. A los pacientes citados por manifestar “partes adormecidas” o lesiones dermatológicas sugestivas, se les realiza examen clínico, tal y como se describe en la ACTIVIDAD 4 del procedimiento A. b. CONSULTA DERMATOLÓGICA.
- Si en el examen clínico no se comprueba la presencia de lesiones de lepra o anestesia, se procede como se indica en la ACTIVIDAD 8 DE ESTE PROCEDIMIENTO.
 - Las personas con posible anestesia, identificadas durante la encuesta o el censo y que no acudan a la cita, son objeto de una visita médica para descartar un caso probable de lepra.
 - Ante cualquier duda en el diagnóstico, se debe solicitar la asesoría del coordinador de lepra en la jurisdicción o canalizar a los enfermos con un dermatólogo.
8. Si durante el examen clínico se identifican lesiones sin anestesia se descarta el diagnóstico de lepra, se imparte la información correspondiente y el tratamiento para la dermatosis o se refiere a un servicio de dermatología.
9. Los enfermos con lesiones sugestivas de lepra con o sin anestesia pasan a B. PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CASOS DE LEPRAS.

A. PROCEDIMIENTOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE LEPRO
c). EXAMEN A POBLACIÓN GENERAL



Formularios

CUESTIONARIO PARA CENSO O ENCUESTA
(Propuesta)

Localidad _____ Colonia _____
Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____

1. Número de personas que viven en este domicilio _____

2. alguna de ellas tiene:

- ¿Manchas o bolitas en la piel?
- ¿Partes de piel entumida o que no siente?
- ¿Tiene granos o úlceras?

3. En caso afirmativo, anote los datos de:

Persona entrevistada:

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Número	Nombre	Persona (s) con lesiones en piel	
		Apellido paterno	Apellido materno
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____

4. Entrevista a las personas con lesiones:

(Verifique la presencia de las lesiones y señale con una X el tipo de ellas según su observación)

Tipo de lesiones	Número de la persona		
	1	2	3
Manchas hipocrómicas			
Manchas rojas			
Nódulos			
Partes entumidas			
Otras: (prurito...)			

5. A la persona o personas con lesiones de la piel se les invitará al Centro de Salud para realizar examen gratuito para complementar su estudio. Se les dejará un Citatorio.

Citatorio

SECRETARÍA DE SALUD			
CENTRO DE SALUD DE _____			
_____	a _____	de _____	de 20 _____.
Lugar	d í a	m e s	a ñ o

Nombre y apellidos del paciente			
Con el fin de tratar un asunto relacionado con su salud y la de sus familiares, se le extiende la presente invitación para que el día ____ de _____ se presente con ____ Dr. _____, quien lo atenderá a las ____ horas.			
Atentamente			

Director del Centro de Salud			

B. Procedimientos para el diagnóstico de casos de lepra

Objetivos

- Confirmar el diagnóstico de lepra con base en el análisis del resultado de estudios clínico, de laboratorio y epidemiológico.
- Establecer la clasificación de lepra para que permita la toma de decisiones respecto a las medidas de control que se llevarán a cabo con el enfermo, la familia y la comunidad.

Políticas y normas de operación

La confirmación del diagnóstico de lepra y la clasificación la establece el médico con entrenamiento específico, ambas se realizan mediante la verificación de la presencia de lesiones típicas por el estudio clínico y se apoya en los resultados de los estudios bacteriológico, histopatológico, inmunológico y evaluación de las discapacidades.

El criterio clínico se establece con el estudio del enfermo con metodología dermatológica; el criterio bacteriológico se obtiene por los resultados de la baciloscopia de linfa de lóbulo de oreja y lesión cutánea; el histopatológico por los resultados de biopsia de lesión; el epidemiológico por la relación con uno o varios enfermos de lepra o vivir o haber vivido en un área endémica, el inmunológico por la leprominorreacción, y la evaluación de discapacidades por el estudio neurológico funcional específico para enfermos de lepra.

La baciloscopia se debe realizar en todos los casos probables, tal y como se establece en el *Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra* del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).

El diagnóstico de casos multibacilares se confirma sólo con baciloscopia positiva, el de los paucibacilares con la presencia

de lesiones clínicas, histopatología y los antecedentes epidemiológicos.

El estudio histopatológico se debe de realizar en todos los casos probables de lepra, el cual consiste en obtener una biopsia de piel de una lesión sospechosa, con la metodología que establece el InDRE. El resultado del estudio histopatológico confirma el diagnóstico y la clasificación del tipo de lepra. Un reporte que no es compatible con lesiones de lepra no descarta el diagnóstico, especialmente en casos incipientes.

La leprominorreacción permite establecer la clasificación de algunos pacientes de lepra en los que no se puede concluir por otros métodos si se trata de un caso **multibacilar** o **paucibacilar**. Es de utilidad para decidir el tipo de tratamiento; no es una prueba diagnóstica.

La evaluación de discapacidades se debe realizar desde que se confirma el diagnóstico de lepra y durante el periodo de control; permite establecer la efectividad de las acciones de control del caso, ya que una vez establecidas, no deben presentar nuevas discapacidades ni avanzar las que se identificaron en la primera evaluación.

El diagnóstico de lepra debe establecerse sólo cuando existen evidencias absolutas analizadas por personal médico capacitado.

Descripción de actividades

Para efectos del presente Manual, los procedimientos y actividades para confirmar el diagnóstico de casos de lepra y establecer la clasificación se agrupan como sigue:

- Estudio clínico epidemiológico.
- Estudios de laboratorio y confirmación de caso.

- Leprominorreacción (Estudio inmunológico).
- Evaluación de discapacidades.

B. a. Estudios clínico / epidemiológico

Son las actividades necesarias para la integración de datos del enfermo a través de la propedéutica médica con metodología dermatológica y epidemiológica.

Debido a que la lepra se manifiesta particularmente por lesiones dermatológicas, trastornos motores y de la sensibilidad como efecto de las lesiones neurológicas, se describirán las lesiones cardinales relacionándolas con cada uno de los tipos y de los grupos existentes de acuerdo a la clasificación internacional. En la práctica los enfermos pueden no presentar estas lesiones como se describen, pudiendo tener variaciones o estar combinadas, esto es, dependen del tipo de lepra o del grado de avance de la enfermedad.

Las lesiones de lepra pueden ser confundidas con las de otras enfermedades y viceversa, especialmente por personal con poca experiencia en leprología; por ello, se mencionarán con las que debe establecerse el diagnóstico diferencial.

Neuritis. Los nervios periféricos están afectados en diverso grado en las diferentes formas de lepra. En el caso indeterminado pueden no estar afectados; en las otras formas uno o varios troncos nerviosos se hipertrofian uniformemente o en forma nodular. Algunos casos pueden iniciar presentando esta lesión como única manifestación de la enfermedad; a la palpación se encuentran engrosados y dolorosos. El diagnóstico diferencial se realiza con el de neuropatía periférica, de origen diverso: carencia del complejo vitamínico B, diabetes mellitus, alcoholismo, iatrogénicas (isoniazida, barbitúricos, fenitoina, cloroquina, talidomida, etc.), neoplasias (carcinoma broncogénico, linfoma, mieloma) y autoinmune.

Manchas hipopigmentadas. Se presentan en los casos de lepra indeterminados. El tamaño, forma y número son variables, mal limitadas y generalmente son anestésicas. También pueden presentar anhidrosis. Se localizan habitualmente en cara, tronco, glúteos y otros sitios. Se deben descartar los diagnósticos de tiña, impétigo seco, pitiriasis versicolor y dermatitis por contacto.

Manchas eritematosas. Corresponden al tipo lepromatoso de la lepra. Son numerosas, con diferente grado de evolución, mal definidas, extensas; de forma anular o de formas variadas, siempre anestésicas; algunas veces las manchas hipopigmentadas presentan un borde infiltrado y eritematoso. Se presentan de manera diseminada, es decir, afectan a más de un segmento del cuerpo, de localización bilateral, con tendencia a la simetría. Se deben diferenciar con las manchas del lupus eritematoso, vitiligo y psoriasis.

Nódulos. Son otro tipo de lesiones de lepra lepromatosa. Su número y tamaño es variable, desde el de la cabeza de un alfiler hasta 3 cm aislados o en grupos, llegan a formar grandes placas que deforman la región; el color de la piel que los cubre puede no variar o tomar una coloración más oscura, cobriza o violácea, con superficie lisa y brillante. Son indoloros, no producen prurito y no siempre puede demostrarse trastornos de la sensibilidad en ellos. En ocasiones llegan a ulcerar. Se localizan en cualquier parte de la piel, a excepción de piel cabelluda, palmas y plantas, son frecuentes en pabellones auriculares, regiones ciliares, mejillas, nariz, cara externa de brazos, antebrazos, muslos y piernas. Algunas enfermedades con las que se debe diferenciar son la tuberculosis cutánea, leishmaniasis cutánea, las micosis profundas, la neurofibromatosis o enfermedad de Von Recklinghausen y otras.

Placas infiltradas. Se presentan tanto en los tipos lepromatoso y tuberculoide, como en el grupo dimorfo, con variantes morfológicas que permiten presumir la clasificación por la vía clínica.

En la lepra lepromatosa casi siempre son precedidas por manchas eritematosas, las cuales se elevan o abultan en relación al resto de la piel, bien limitadas, de color rojo violáceo, superficie lisa o con finas escamas; su tamaño varía entre 1 a 30 cm, asintomáticas o con trastornos de la sensibilidad. Son diseminadas, de localización bilateral, con tendencia a la simetría.

Las placas de la lepra tuberculoide son poco numerosas, aunque puede llegar a observarse en número de 30 lesiones en un enfermo. Son de forma circular, oval, anular o formando figuras caprichosas, de bordes netos, bien delimitados, dan la apariencia de actividad en la periferia y de curación con una zona de atrofia en el centro; su tamaño varía de 1 a 30 cm; en los niños puede adoptar la forma semiesférica, como nódulos de 1 a 2 cm. La característica siempre presente en estas placas es la hipo o anestesia, indispensable para el diagnóstico de lepra tuberculoide. Las lesiones tuberculoides pueden verse en cualquier parte del cuerpo, pero son comunes en cara, tronco y glúteos, siempre asimétricas. Se deben descartar los diagnósticos de tiña del cuerpo, lupus eritematoso discoide y eritema pigmentado fijo.

Las placas en la lepra borderline o dimorfa son eritematoescamosas muy realzadas, numerosas, pueden ser circulares, anulares o en herradura; a diferencia de las lesiones tuberculoides, el borde externo está mal definido pero su borde interno está bien limitado; son lesiones de aparición brusca, en un corto periodo. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y ser simétricas; las placas de la lepra borderline pueden presentarse en palmas y plantas, lo que permite diferenciarla de otras formas de lepra.

Infiltrado difuso. Se presenta en la lepra lepromatosa difusa. Es la manifestación de una reacción inflamatoria del total de la piel, sin que existan manchas, nódulos o placas infiltradas. La piel aparece lisa, brillante, con apariencia “saludable”, en manos y pies da el aspecto de edema; cuando involuciona, la piel se atrofia y aparece plegada, seca y escamosa. Diferénciese del mixedema.

Alopecia. Es la ausencia de pelo o vello del cuerpo. En la lepra puede haber alopecia en cejas, pestañas y el vello del cuerpo, no se afecta ni el axilar ni el pubiano. El pelo de la cabeza muy rara vez se pierde, si ocurre es en áreas, nunca por completo. En la forma lepromatosa nodular sólo se pierde el pelo donde hay nódulos. En la mayoría de los casos de lepra lepromatosa difusa se puede presentar alopecia de cejas en diferentes grados hasta la alopecia total, lo mismo ocurre en pestañas. El diagnóstico diferencial se establece con sífilis, tricotilomanía, alopecia areata y algunas dermatosis que por rascarse se rompe el pelo corporal, en ellas, la existencia de prurito establece la diferencia.

Descripción de actividades

Véase **DIAGRAMA B. a.** en página 49.

Este procedimiento puede ser desarrollado en forma simultánea con las actividades de identificación de caso probable de lepra cuando los procedimientos de pesquisa los realiza personal médico capacitado o hasta que éste recibe por vez primera un enfermo remitido para confirmación del diagnóstico.

- 1.** El enfermo con diagnóstico probable de lepra identificado por los procedimientos de pesquisa **A. a. EXAMEN DE CONTACTOS; A. b. CONSULTA DERMATOLÓGICA y A. c. EXAMEN DE POBLACIÓN GENERAL**, pasa a la fase de diagnóstico, para ello el equipo de salud:

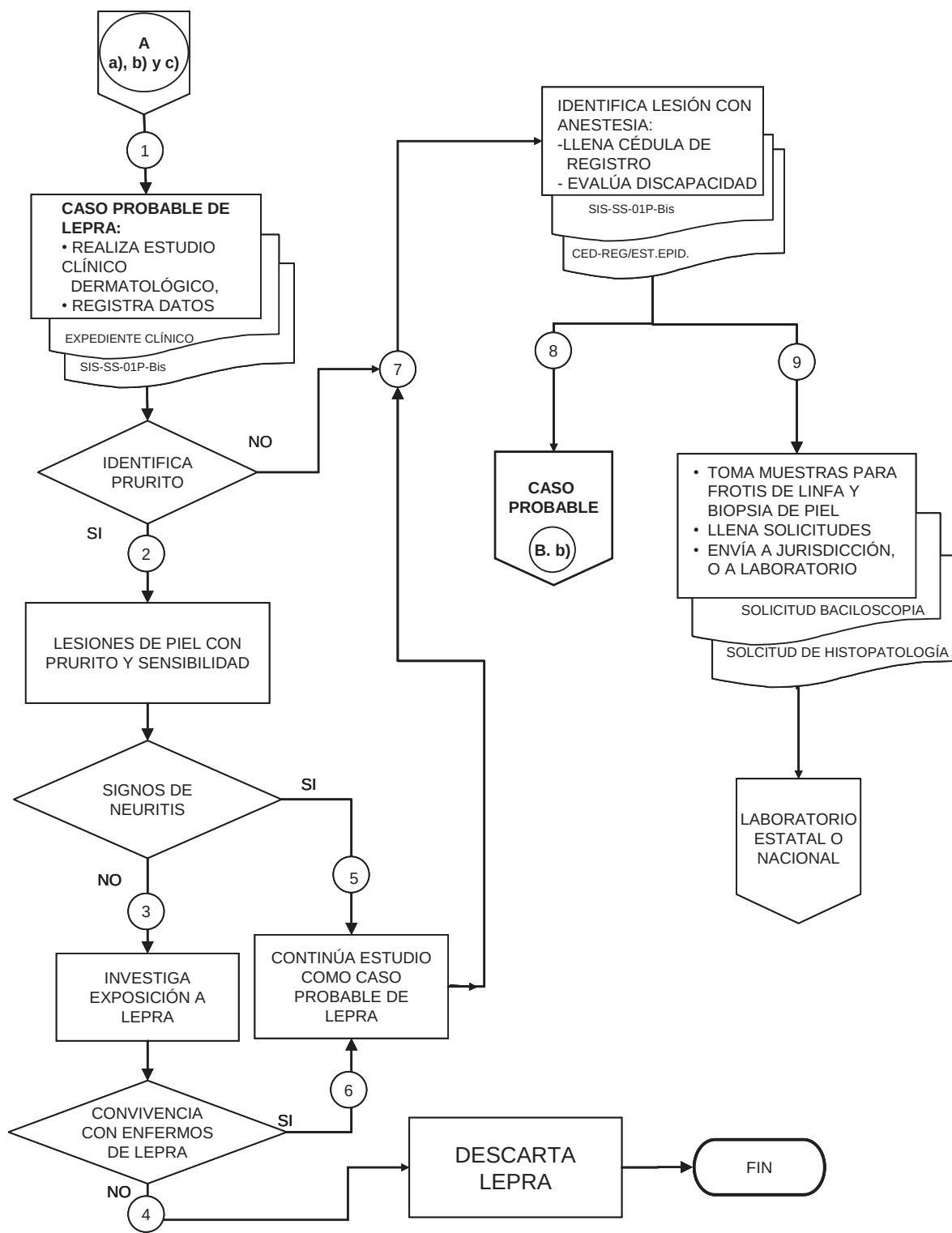
- Realiza el estudio clínico del enfermo con la metodología dermatológica que consiste en:
 - Exploración física con examen dirigido a las lesiones que manifiesta el paciente y extiéndase la exploración al total de la piel, porque pueden existir lesiones, de las cuales el enfermo no se ha percatado o que por pudor no ha referido. Para examinar conviene contar con una buena fuente de luz, de preferencia natural. Las zonas sospechosas se verán directa y oblicuamente para identificar la posible ausencia de vello en las lesiones y si existen relieves que indiquen infiltrados poco perceptibles.
 - Evaluación de la sensibilidad cutánea, tal y como se describe en la ACTIVIDAD 4 del PROCEDIMIENTO A. b. CONSULTA DERMATOLÓGICA.
 - Interrogatorio para establecer los síntomas, primeras manifestaciones, orden de presentación de las lesiones, tiempo de evolución, tratamientos recibidos y si alguien en la familia o en la comunidad tiene el mismo tipo de lesiones, entre otros datos epidemiológicos.
- Elabora el expediente clínico, el cual debe contener: Historia Clínica, Cédula de Registro - Estudio Epidemiológico, Hojas de Evolución y resultados de laboratorio. El expediente debe estar integrado al archivo con el resto de expedientes clínicos de la Unidad.
- Elabora una nota de ingreso en la Hoja de Evolución, con una descripción detallada de los hallazgos en el Estudio Clínico.
- Registra la actividad en la hoja diaria de consulta externa (formulario SIS-SS-01-P-Bis) y le dará el manejo como se indica en el instructivo correspondiente.

2. Si el paciente manifiesta prurito o sus lesiones presentan signos de que se rasca, el diagnóstico de lepra se descarta. En el caso de que las lesiones sean asintomáticas y no se identificó anestesia por la evaluación de la sensibilidad, se exploran los troncos nerviosos como se describe en la **ACTIVIDAD 4** del **PROCEDIMIENTO A. a. EXAMEN DE CONTACTOS**.
3. Si no se identifican nervios engrosados o hipersensibles, por interrogatorio se investiga si ha convivido o convive con enfermos de lepra, utilizando términos usuales en la región.
4. En el caso de que el paciente niegue conocer o haber convivido o convivir actualmente con enfermos de lepra o que provenga de área endémica, se descarta el diagnóstico de lepra, se realiza diagnóstico diferencial o se refiere al dermatólogo.
5. Cuando las lesiones de piel no tienen prurito ni anestesia y en la exploración se encuentran troncos nerviosos inflamados o hipersensibles, se continúa el estudio como caso probable (**ACTIVIDAD 7**).
6. Cuando las lesiones de piel no tienen prurito ni anestesia y en el interrogatorio se encuentra positivo el dato de convivencia con enfermos de lepra o procedencia de zona endémica, continúa el estudio como caso probable (**ACTIVIDAD 7**).
7. Los casos cuyas lesiones presentan anestesia comprobada durante la evaluación de la sensibilidad y los mencionados en las **ACTIVIDADES 5 y 6** de este procedimiento, continúan su estudio como caso probable:
 - Se inicia tratamiento con poliquimioterapia multibacilar (MB) o paucibacilar (PB), de acuerdo a la clasificación clínica o utilizando el número de lesiones como criterio de decisión: 5 lesiones o más es MB; menos de cinco lesiones es PB.

- Llenado de la Tarjeta de Registro y Control de Lepra (SIS-SS-19-P), ver Anexos de acuerdo a su instructivo y que debe ser archivada en original en el tarjetero.
 - Llenado de la Cédula de Registro - Estudio Epidemiológico para casos de lepra.
 - Se reportan en el Informe Semanal de Casos (SUIVE-1-2004) como lo establece la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica.
 - Se realiza lo procedente para obtener los estudios de laboratorio requeridos para la confirmación diagnóstica.
8. El caso probable debe ser clasificado y confirmado mediante el **PROCEDIMIENTO B. b. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y CONFIRMACIÓN DE CASOS.**
9. El médico tratante llena las solicitudes para los estudios baciloscópico e histopatológico, toma las muestras y los envía en empaque adecuado al laboratorio en forma directa o a través de la jurisdicción sanitaria correspondiente.
- La muestra para baciloscopia consiste en:
 - Preparar la laminilla portaobjetos, marcando las iniciales del enfermo en un extremo.
 - Asepsia e isquemia del lugar seleccionado (lesión de piel y lóbulo de oreja); en casos que presentan rinitis crónica, se toma una muestra en mucosa nasal.
 - Con una hoja de bisturí del número 15 se hace una incisión de 5 mm de largo por 2 mm de profundidad.
 - Raspando en las paredes de la incisión para obtener tejido y linfa.
 - En fosas nasales, previa limpieza, se frota el tabique nasal con un aplicador para obtener linfa y tejido, evitando producir sangrado.

- Extender sobre la laminilla el material obtenido, en forma circular (frotis de aproximadamente 5-7 mm de diámetro).
- Colocar el material obtenido de lóbulo de la oreja en el tercio inferior de la laminilla, arriba de las iniciales del enfermo.
- Colocar el material de lesión de piel en el tercio medio de la laminilla.
- El material de mucosa nasal se coloca en el tercio superior de la laminilla quedando en el orden: iniciales del enfermo, lóbulo de oreja, lesión cutánea y mucosa nasal.
- Dejar secar el frotis a temperatura ambiente por 10 a 15 minutos.
- Fijar el frotis tomando la laminilla por los bordes, pasándola brevemente sobre una flama 2 o 3 veces.
- La muestra para el estudio histopatológico se realiza en la Unidad de Salud y consiste en tomar un fragmento de lesión de piel como se explica a continuación:
 - Preparar un frasco con capacidad suficiente para 50 a 100 ml de solución acuosa de formol al 10%, etiquetado con nombre y apellidos del paciente y fecha de toma.
 - Seleccionar la lesión más representativa. Si es nódulo tomar la muestra de la parte central; si se trata de una mácula o placa con borde elevado tomar la muestra del borde; no es necesario incluir piel sana.
 - Asepsia de la región.
 - Infiltrar con anestésico local alrededor de la lesión, nunca sobre ella.

- Sobre la lesión hacer dos cortes curvos para formar un ojal de 1 cm de largo por 0.6 cm de ancho, abarcando hasta el tejido celular subcutáneo.
- Evitar pinzar el tejido.
- Colocar la muestra con el tejido graso sobre la superficie de un cartoncillo cuadrado de 15 mm, e introducir al formol la muestra adherida al cartoncillo después de un minuto de secado.
- Cerrar bien el frasco para evitar derrame de formol, empacar debidamente con la solicitud anexa y enviar al laboratorio estatal o nacional a través de la jurisdicción sanitaria. En las entidades federativas donde no hay laboratorio para histopatología de piel, la muestra se enviará al laboratorio de histopatología del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) con domicilio en Prolongación de Carpio, 470, Col. Sto. Tomás, México, D.F.
- Estos procedimientos están descritos con más detalle en el Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra (InDRE).

B. PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CASOS DE LEPRAS**a). ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO**

Formato



SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Y CONTROL DE ENFERMEDADES
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPRO
Cédula de Registro - Estudio Epidemiológico

Expediente:

1. Tipo de paciente:

☐ 1 Nuevo

☐ 2 Conocido

☐ 3 Referido

DATOS GENERALES

2. Nombre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

3. Fecha de Nacimiento:

d d m m a a a a

4. Sexo:

☐ 1 Masculino

☐ 2 Femenino

5. Ocupación:

6. Lugar de Nacimiento:

6.1 Estado

6.2 Municipio

7. Domicilio Actual:

Calle

Nº Exterior

Nº Interior

Colonia

7.1 Localidad

7.2 Municipio

7.3 Estado

7.4 Tiempo de radicar en el domicilio actual

 Años

 Meses

8. Unidad notificante

8.1 Estado

8.2 Jurisdicción Sanitaria

8.3 Municipio

8.4 Clave

8.5 Tipo de Unidad

8.6 Nombre de la Unidad

8.7 Nivel de Atención en la Unidad

8.8 Institución

☐ 1 SSA

☐ 2 IMSS Ord

☐ 3 ISSSTE

☐ 4 OTRAS*

☐ 5 IMSSSol.

☐ 6 DIF

☐ 7 PEMEX

☐ 8 SDN

☐ 9 SEDEMAR

☐ 10 PRIV

☐ 11 IGNOR

*Especifique:

9. Derechohabencia del paciente:

☐ 1 SSA

☐ 2 IMSS Ord

☐ 3 ISSSTE

☐ 4 OTRAS*

☐ 5 IMSSSol.

☐ 6 DIF

☐ 7 PEMEX

☐ 8 SDN

☐ 9 SEDEMAR

☐ 10 PRIV

☐ 11 IGNOR

*Especifique:

10. Forma de detección del caso:

1 Consulta

☐

—

2 Exámen de contactos

☐

3 Exámen de población

☐

DATOS CLÍNICOS

11. Fecha de inicio del padecimiento:

m m a a a a

13.1 Fecha de notificación

d d m m a a a a

13.2 Semana de notificación

12. Fecha del diagnóstico:

d d m m a a a a

14. Fecha de inicio de la PQT

d d m m a a a a

(Describir tipo de lesiones dermatológicas y/o neurológica, los sitios que afectan, así como el número, extensión y características)

[illegible]

Cédula de Registro - Estudio Epidemiológico (Hoja 3)

16. Estudios complementarios iniciales:			
Estudio	Fecha de realización	Resultados	
16.1 Baciloscopia	 d d m m a a a a	16.2 Negativo:	IB 1+ 2+ 3+ 4+ 5+ 6+
16.3 Histopatología	 d d m m a a a a	16.4 L D	IM % T I N/E

17. Grado de discapacidad:			
17.1 Ojo Izq.	0 1 2	17.3 Mano Izq.	0 1 2
17.1 Ojo der.	0 1 2	17.4 Mano der.	0 1 2
		17.5 Pie Izq.	0 1 2
		17.6 Pie der.	0 1 2
		17.7 General	0 1 2

18. Estado reaccional:	No presenta	Tipo I Reversa o Degradación	Tipo II Eritema nudoso Eritema polimorfo Eritema necrosante (Fenómeno de Lucio)			Otras	
	18.1 Anterior	 1	 2	 3	 4	 5	 6
	18.2 Actual	 1	 2	 3	 4	 5	 6

19. Si hubo reacción anterior, ¿Desde cuándo?	20. Diagnóstico/Clasificación:
19.1 Tipo I m m a a a a	1 Lepromatosa (MB)
19.2 Tipo II m m a a a a	2 Dimorfa (MB)
	3 Tuberculoide (PB)
	4 Indeterminada (PB)

21. Estado del paciente:	
Clave: 1 Prevalente s/trat.; 2 Prevalente c/trat.; 3 Curado en Vig Post.; 4 Curado término de Vig. Post.; 5 Reingreso PQT; 6 Reingreso Vig. Post.; 7 Emigró; 8 Falleció; 10 Recaída; 11 Perdido; 12 Abandono; 13 Traslado	

22. Lugar probable donde adquirió la enfermedad:
22.1 Localidad
22.2 Municipio
22.3 Estado

23. Otros casos de Lepra relacionados con el presente (Antecedentes, colaterales o consecuentes)

Nombre	Parentesco ó relación (1)	Tiempo de convivencia	Situación a la fecha de este registro (2)

1) Parentesco ó relación: 1 Padre, 2 Madre, 3 Hermano (a), 4 Abuelo (a), 5 Tío (a), 6 Primo (a), 7 Cónyuge, 8 (hijo) (a), 9 Otro pariente consanguíneo, 10 Otro pariente político, 11 Vecino (a), 12 Amigo (a), y 13 Empleado (a).

2) Situación actual del antecedente: 01 Término de Vigilancia, 02 Vig. Postratamiento, 03 en PQT, 04 Sin tratamiento, 05 Emigró/Falleció.

[illegible]

25. Manejo del caso

25.1 Tratado(a) en la Unidad Notificante Referido a/por:

25.1 Estado 25.2 Jurisdicción Sanitaria 25.3 Municipio

25.4 Clave 25.5 Tipo de Unidad 25.6 Nombre de la Unidad 8.7 Nivel de Atención en la Unidad

25.8 Institución

1 SSA 2 IMSS Ord 3 ISSSTE 4 OTRAS* 5 IMSSSol. 6 DIF 7 PEMEX 8 SDN 9 SEDEMAR 10 PRIV 99 *Especifique:

Supervisó la elaboración
Nombre y firma del Coordinador Jurisdiccional y/o Estatal

B. b. Estudios de laboratorio y confirmación de caso

Caso confirmado de lepra al caso probable con baciloscopia positiva; si fuera negativa, con evidencia epidemiológica y resultado histopatológico compatible con lepra.

Estudio baciloscópico. El laboratorio, una vez procesada la muestra con la técnica de Ziehl-Neelsen y examinada al microscopio con objetivo de inmersión por lo menos en 100 campos por cada frotis, reporta los siguientes resultados de una baciloscopia de lepra:

- a) **Índice bacteriológico (IB).** Es una forma cuantitativa, que nos indica el número de bacilos observados en el extendido, el resultado :

Negativo

o Positivo de 1+ a 6 +

- b) **Índice morfológico (IM).** Corresponde al porcentaje de bacilos uniformemente coloreados (presuntamente vivos), en relación con el número total de bacilos observados en el frotis.

Es un reporte cualitativo que indica las características morfológicas y tintoriales de los bacilos, estrechamente ligadas a su metabolismo. A menor porcentaje de IM con respecto al anterior, significa respuesta favorable al tratamiento, y viceversa. (De acuerdo con el Manual de Laboratorio de Lepra vigente.)

Estudio histopatológico. Es un recurso que proporciona datos para confirmar el diagnóstico de lepra y establecer la clasificación.

La observación de los cortes histológicos de lesiones de lepra permite identificar cuatro procesos inflamatorios crónicos que, al

teñir con variantes de las técnicas de Ziehl Neelsen y Fite Faraco, se puede identificar la presencia del bacilo de Hansen:

- a) Inflamación crónica inespecífica, con infiltrado de células mononucleares (linfocitos, monocitos e histiocitos) alrededor de vasos sanguíneos, anexos epidérmicos y nervios. Los bacilos ácido-alcohol resistentes están ausentes o son muy escasos.
- b) Granuloma lepromatoso, se observa aplanamiento de las papilas dérmicas, banda clara (de Unna) que separa a la dermis del granuloma, linfocitos escasos o ausentes, células grandes de citoplasma claro, células espumosas de Virchow que contienen abundantes bacilos. Estos también pueden observarse en nervios, músculos erectores del pelo y entre las fibras colágenas de la dermis.
- c) Granuloma tuberculoide, son tubérculos que agrupan células epitelioides y células gigantes tipo Langhans rodeadas por linfocitos. El infiltrado puede erosionar el estrato basal de la epidermis y destruir nervios y anexos epidérmicos. No se encuentran bacilos ácido-alcohol resistente.
- d) Estructura histológica mixta, es la combinación de granuloma tuberculoide y lepromatoso, cuyo predominio de cualesquiera de las dos orienta a la subclasificación de lepra dimorfa (borderline lepromatosa, borderline-borderline o borderline tuberculoide).

Descripción de actividades

Véase también **DIAGRAMA B. b.** en página 58.

1. Al caso probable de lepra identificado por el **PROCEDIMIENTO B. A. ESTUDIO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO**, se le clasifica presuntamente como paucibacilar (PB) o multibacilar (MB) con base en el número de lesiones de lepra para seleccionar el tratamiento a seguir por el enfermo.

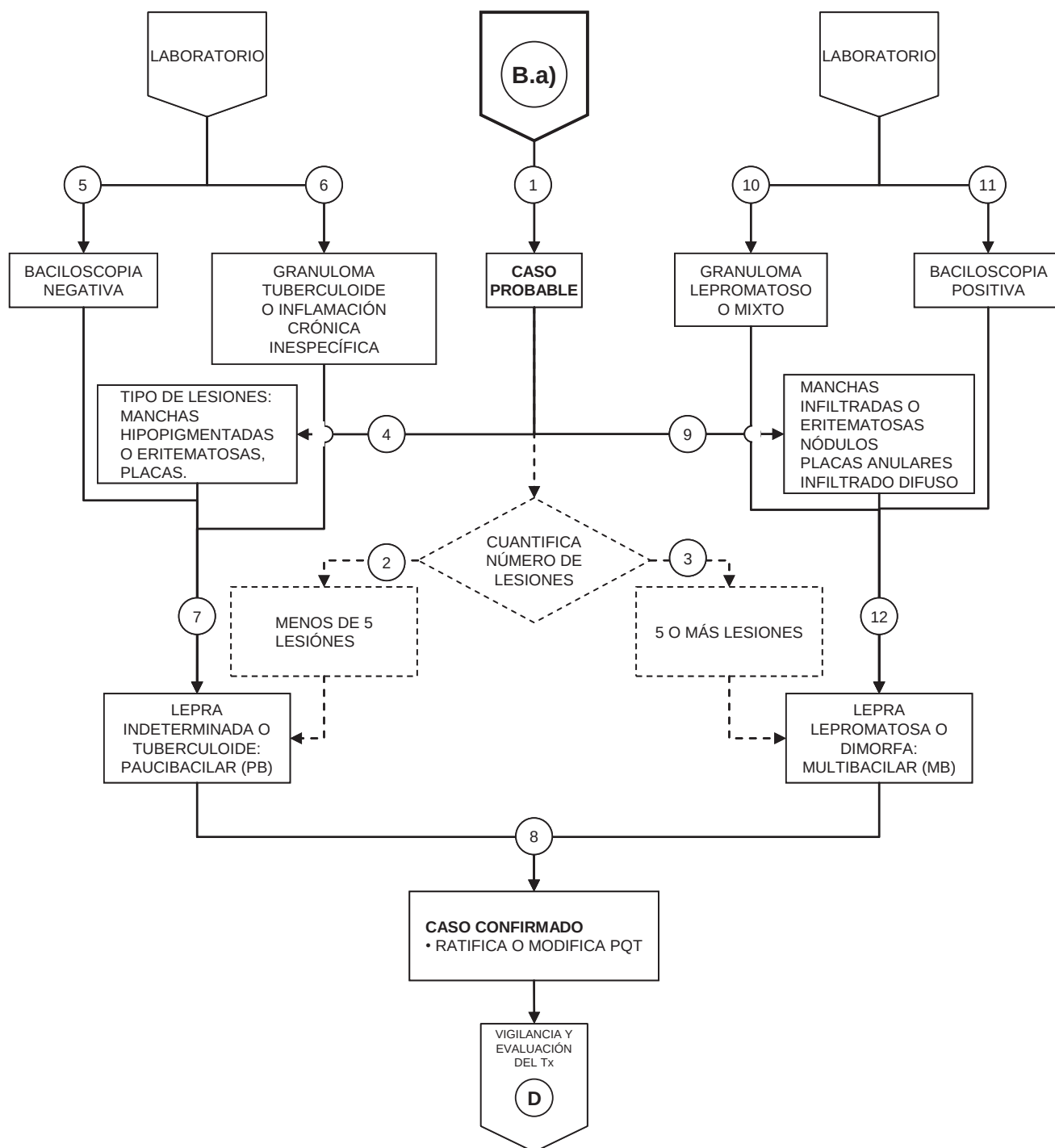
2. Con la identificación de una a cuatro lesiones cardinales, se considera que se trata de una forma poco invasiva, característica del tipo tuberculoide y del grupo indeterminado, en los que por los procedimientos de laboratorio disponibles no se encuentran bacilos o son muy escasos, pasando a ser clasificado como se indica en la ACTIVIDAD 7 de este procedimiento.
3. Si el enfermo en estudio presenta cinco o más lesiones de lepra, por estar más diseminada, se considera que el organismo ha permitido mayor invasión del agente, lo cual ocurre en el tipo lepromatoso y el grupo dimorfo o borderline, en los que se puede encontrar al bacilo en cantidades variables y se clasifica como se indica en la ACTIVIDAD 12 de este procedimiento.
4. Con la observación de manchas hipopigmentadas, manchas eritematosas o placas redondas u ovaladas, bien limitadas, descritas en el PROCEDIMIENTO B. a. ESTUDIO CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO, un enfermo de lepra puede ser clasificado presuntamente como caso indeterminado o tuberculoide.
5. Si el reporte de laboratorio indica que la baciloscopia es negativa, no se descarta el diagnóstico de lepra, es indicativa de que las condiciones del enfermo no han permitido el desarrollo de bacilos, lo que ocurre en los casos tuberculoide y en los indeterminados, especialmente si sus condiciones inmunológicas permiten limitar la infección.
6. Si el laboratorio reporta que la biopsia presenta una estructura histopatológica compatible con granuloma tuberculoide o de inflamación crónica inespecífica, aunque no son estructuras patognomónicas de lepra, pasa a ser clasificado como indica la ACTIVIDAD 7 de este procedimiento.
7. Con la asociación de los datos obtenidos por los estudios clínico, epidemiológico y los de laboratorio, se establece la

clasificación de **lepra paucibacilar**, que incluye el grupo indeterminado y el tipo tuberculoide.

8. En esta forma se ratifica la clasificación del caso de lepra. Pasa al **PROCEDIMIENTO C. a. TRATAMIENTO DE LA LEPRAS (PQT)**.
9. Con la observación de manchas infiltradas, manchas eritematosas, nódulos o placas descritas en el **PROCEDIMIENTO B. a. ESTUDIO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO**, un enfermo de lepra puede ser clasificado presuntamente como lepromatoso o como dimorfo.
10. Si el laboratorio reporta que la biopsia presenta una estructura histológica compatible con granuloma lepromatoso, el procedimiento de laboratorio realiza tinción para búsqueda de BAAR, el resultado positivo es confirmatorio de lepra; en el caso que se reporte estructura histológica lepromatosa y tuberculoide en la biopsia, puede haber bacilos escasos o estar ausentes, situación que ocurre en casos dimorfos.
11. Si el reporte de laboratorio indica que la baciloscopia es positiva con índice bacteriológico (IB) de 3+ a 6+, se apoya la clasificación de lepra lepromatosa, y es indicativa de que el enfermo está transmitiendo la infección. La baciloscopia con IB de 1+, 2+ o negativa se trata de un caso dimorfo o cuando un enfermo lepromatoso ha recibido tratamiento; esta condición debe ser concordante con un índice morfológico (IM) bajo.
12. La asociación de estos datos, obtenidos por los estudios clínico, epidemiológico y los de laboratorio, establece la clasificación de **lepra multibacilar**, que incluye el tipo lepromatoso y el grupo dimorfo y pasa a la **ACTIVIDAD 8** de este procedimiento.

B. PROCEDIMIENTOS PARA DIAGNÓSTICO/CLASIFICACIÓN DE CASOS DE LEPRO

b). ESTUDIOS DE LABORATORIO Y CONFIRMACIÓN DE CASO



B. c. Leprominorreacción (estudio inmunológico)

La leprominorreacción es una prueba intradérmica auxiliar para definir la clasificación de algunos casos de lepra.

Es una prueba por medio de la cual se observa la manera de reaccionar del organismo contra la inoculación intradérmica de una suspensión de *M. leprae* muertos por el calor denominada lepromina.

Revela los antecedentes de exposición a *M. leprae* y la resistencia inmunológica mediada por células que un individuo presenta.

No es una prueba para el diagnóstico de lepra, permite establecer el pronóstico y definir la clasificación en algunos casos.

Descripción de actividades

Véase también **DIAGRAMA B. c.** en página 62.

A los enfermos con diagnóstico confirmado de lepra a través de **B. a. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO** y **B. b. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y CONFIRMACIÓN DE CASO** y que corresponden a los grupos Indeterminado (I) o Dimorfo (D o B) se les realiza la leprominorreacción si se dispone de lepromina.

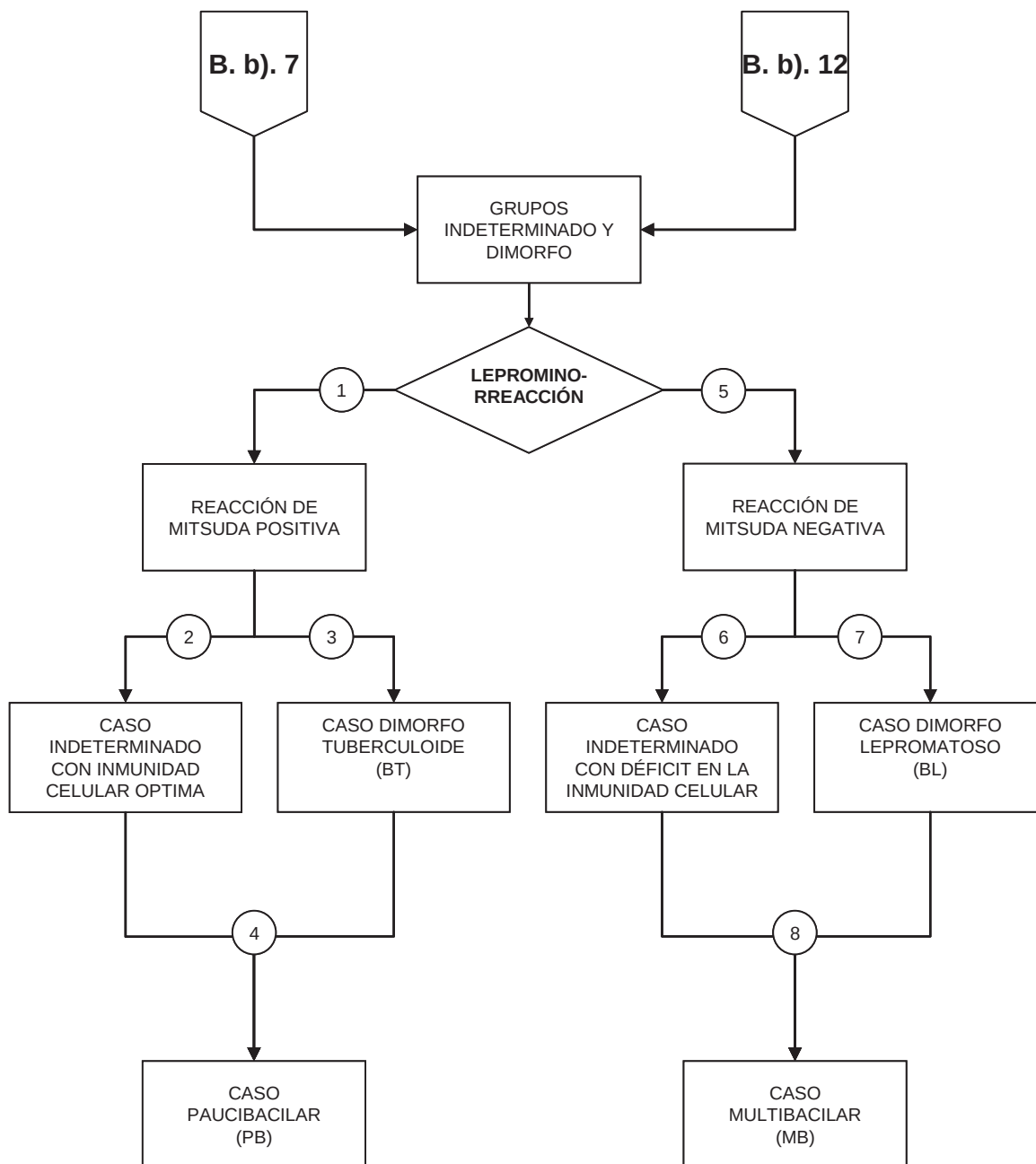
- Se introduce en la dermis una décima de ml de lepromina, de preferencia con jeringa para tuberculina o insulina, previa asepsia de la cara anterior del antebrazo o en la región interescapulovertebral.
- La aplicación correcta del antígeno produce en la dermis una pápula de más o menos 1 cm de diámetro con superficie en “piel de naranja”.
- El resultado se obtiene tres semanas después de la aplicación del antígeno; es cualitativo con sólo dos respuestas: positivo o negativo.

1. La respuesta es positiva si existe un nódulo de 5 mm o más y se llama Reacción de Mitsuda. La formación de un nódulo muy grande o ulceración en el sitio de la prueba no cambia, el resultado sigue siendo Reacción de Mitsuda positiva.
2. La Reacción de Mitsuda positiva en un caso Indeterminado indica que la inmunidad celular es óptima y ante la evolución natural de la enfermedad se definiría al tipo tuberculoide de la lepra cuyo pronóstico es bueno.
3. La Reacción de Mitsuda positiva en un caso dimorfo indica que la inmunidad celular es optima y debe ser considerado como dimorfo/tuberculoide con buen pronóstico. Durante la Reacción de Degradación el resultado puede ser pasajeramente negativo; al desaparecer el estado reaccional el resultado a una nueva prueba puede ser positivo.
4. Los casos de los grupos indeterminado y dimorfo con Reacción de Mitsuda positiva requieren tratamiento como paucibacilares (PB).
5. La ausencia de nódulo se interpreta como Reacción de Mitsuda negativa.
 - Si se produce un nódulo con un diámetro menor a 5 mm se interpreta como Reacción de Mitsuda dudosa y se requiere repetir el estudio en otro momento (casos en estado reaccional).
6. La Reacción de Mitsuda negativa en un caso indeterminado indica déficit en la inmunidad celular y ante la evolución natural de la enfermedad se definiría al tipo lepromatoso con mal pronóstico. Un contacto sano Mitsuda negativo si enferma responderá como caso multibacilar y requiere ser examinado como se indica en los **PROCEDIMIENTOS A. a. EXAMEN DE CONTACTOS y E. VIGILANCIA POSTRATAMIENTO, ACTIVIDAD 10.**

7. La Reacción de Mitsuda negativa en un caso dimorfo indica déficit en la inmunidad celular y debe ser considerado como BL (dimorfo/lepromatoso) con mal pronóstico. Durante la Reacción de Reversa el resultado puede ser pasajeramente positivo; al desaparecer el estado reaccional el resultado a una nueva prueba será negativo.
8. Los casos de los grupos indeterminado y dimorfo con Reacción de Mitsuda negativa requieren tratamiento como multibacilares (MB).

B. PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO/CLASIFICACIÓN DE CASOS DE LEPRO

c). LEPROMINORREACCIÓN (ESTUDIO INMUNOLÓGICO)



B. d. Evaluación de discapacidades

Desde la primera entrevista y periódicamente durante el seguimiento, se debe establecer en cada enfermo el grado de discapacidad por órganos y regiones susceptibles de ser afectados en su función como consecuencia de la lepra, para adecuar las medidas de prevención y tratamiento.

La evaluación de la discapacidad se realiza con un enfoque neurológico funcional específico para enfermos de lepra.

A diferencia de la exploración que se realiza al inicio del estudio clínico (sensibilidad en las lesiones dermatológicas para establecer el diagnóstico de lepra), la evaluación de discapacidad requiere que se exploren ojos, manos y pies, esto es, los sitios en los que la lepra produce mayor disfunción.

Descripción de actividades

Para una mejor comprensión de las Actividades, véase también **DIAGRAMA B. d.** en página 71.

- La discapacidad se evalúa una vez establecido el diagnóstico de caso probable en el **PROCEDIMIENTO B. a. ESTUDIOS CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO**, durante y al término de **C. PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CASOS DE LEPR**A y **E. PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA POSTRATAMIENTO DE LEPR**A y cuando se requiera.
- El resultado de la primera evaluación se registra en la Cedula Registro-Estudio Epidemiológico y en la Tarjeta de Registro y Control de lepra SIS-SS-19-P, de la segunda y tercera evaluación se registran en la columna de observaciones de la Tarjeta de Registro y Control de Lepra.

- Agregar al expediente el formato de Evaluación de Discapacidades y registrar en él los hallazgos en las siguientes actividades:

OJOS:

1. Examen y pruebas funcionales para identificar alteraciones en los ojos y su función:
 - Agudeza visual. Se establece con apoyo en la escala optométrica de Snellen (E). Con el paciente a 6 metros de distancia de la cartilla cubriendo un ojo con una tarjeta, se señala con una pluma una de las figuras en forma de "E" empezando por las figuras de la fila inferior; se le pide que indique con una mano la dirección que observa las "patas" de la "E". Un ojo normal puede distinguir la orientación de la figura a una distancia de 6 metros. La prueba se hará por separado para cada ojo. Si el enfermo no puede distinguir la figura más grande, se colocará a 1 metro más cerca cada vez, para determinar si la agudeza visual es de 6/60, 5/60, 4/60, etcétera.
 - Párpados. Observar si existe alguna lesión de lepra y la implantación de las pestañas. Pida al enfermo que cierre los ojos sin fuerza para medir su capacidad protectora.
 - Conjuntiva. Verifique si existe o no enrojecimiento y si se acompaña de secreción y/o dolor.
 - Iris y pupila. Explore la permanencia circular del iris y de la pupila, así como los reflejos a la luz.
 - Córnea. Determine si la córnea es transparente, lisa y brillante. Proyectando lateralmente la luz de una lámpara se revisa la circunferencia de ambas córneas. Determine la sensibilidad pasando sobre ella fibras de algodón. Si el paciente parpadea al poner en contacto el algodón con la córnea, la sensibilidad está presente.

- Síntomas. Interroque al enfermo para saber si presenta alguna molestia en ojos.
2. Al término del examen de ojos se concluye que el enfermo no presenta signos ni síntomas y si no hay indicios de disminución de la agudeza visual atribuible a lesiones de lepra, pasa a clasificación.
 3. El enfermo no tiene discapacidad en ojos por lepra, se clasifica como **Discapacidad Grado 0 (cero)**.
 - Se registran los resultados en los formatos: Valoración de Discapacidad, Tarjeta de Registro y Control de Lepra (SIS-SS-19-P) y en Hoja de Registro y Seguimiento de Casos de Lepra.
 - Continúan las actividades para prevenir la discapacidad de acuerdo al **PROCEDIMIENTO C. C. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DISCAPACIDADES**.
 4. En el examen de ojos se identifica:
 - Lagofthalmos (dificultad para cerrar los ojos).
 - Iritis (enrojecimiento pericorneal de la conjuntiva, dolor ocular, fotofobia, forma irregular de iris o pupila, reflejos alterados).
 - Anestesia de la córnea.
 - Queratitis (opacidad por úlcera o cicatriz).
 - Agudeza visual disminuida pero no gravemente afectada.
 5. Con una o más de las condiciones anteriores, se clasifica como **Discapacidad Grado 1**.
 - Se registran los resultados en los formularios: Valoración de discapacidad, Tarjeta de Registro y Control de Lepra (SIS-SS-19-P) y en Hoja de Registro y Seguimiento de Casos de Lepra.

- Continúa la atención para prevenir y dar tratamiento a la discapacidad, de acuerdo al **PROCEDIMIENTO C. C. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DISCAPACIDADES**.

6. Durante el examen de ojos se identifica grave déficit visual (no identifica la dirección de la "E" más grande de la escala a 2 metros o contar los dedos de la mano a la misma distancia), independientemente del tipo de lesiones por lepra observadas.

7. En caso de presentar deficiencia grave en la función visual y del globo ocular, se clasifica como **Discapacidad Grado 2**.

- Se registran los resultados en los formatos: Valoración de Discapacidades, Tarjeta de Registro y Control de Lepra (SIS-SS-19-P) y en Hoja de Registro y Seguimiento de Casos de Lepra.

- Continúa la atención como se indica en el **PROCEDIMIENTO C. C. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DISCAPACIDADES**.

MANOS:

8. Examen y pruebas funcionales para medir la sensibilidad e identificar neuritis y deformidad en manos.

- La exploración de la sensibilidad, para fines de evaluación de discapacidad, se debe realizar en manos, presenten o no lesiones de lepra, como una extensión del examen que se realizó para establecer el diagnóstico **PROCEDIMIENTO A. b. CONSULTA DERMATOLÓGICA, ACTIVIDAD 4**.

- En forma aleatoria se seleccionan diferentes puntos de cada mano para provocar estímulos que identifiquen la disminución (hipoestesia) o ausencia (anestesia) de sensibilidad.
- Para la determinación del nivel de la pérdida sensorial en la piel se utiliza el estensiómetro, el cual consiste en una serie de filamentos de nylon de diverso grosor. Al

presionar con la punta sobre la piel en forma perpendicular hasta que el filamento se dobla, produce una presión en gramos por centímetro cuadrado de acuerdo a su grosor.

- Se inicia la prueba con la explicación al enfermo de lo que se trata el estudio.
- Con los filamentos más delgados (0.05 y 0.2 g) se estimula sobre diversos puntos de la mano; debe tocarse 3 veces seguidas para asegurar que el paciente con sensibilidad perciba el toque.
- Con los siguientes filamentos se toca una sola vez.
- En los puntos en los que el paciente no sienta el estímulo con los filamentos más finos, se prosigue la evaluación con filamentos más gruesos: 2, 4, 10 y 300 gramos sucesivamente.
- Registrar las respuestas en el formato para Valoración de Discapacidades por Lepra (véanse formatos) coloreando cada punto de acuerdo a los siguientes criterios:

Filamento	Diámetro en mm	Código
0.05 g	0.05	Círculo verde
0.20 g	0.07	Círculo azul
2.00 g	0.12	Círculo lila
4.00 g	0.14	Círculo rojo
10.00 g	0.30	Equis (X)
300.00 g	0.45	roja
		Letra "0"
		roja

Si no hay respuesta a la presión profunda, se marca con círculo negro.

- La identificación de neuritis que afecta manos, se logra mediante palpación del trayecto de los nervios periféricos; los hallazgos se comparan con los del miembro superior opuesto.
- La neuritis por lepra que repercute en manos se identifica en los nervios cubital, radial y mediano; se exploran en los sitios que se describen en **PROCEDIMIENTO A. a. EXAMEN DE CONTACTOS, ACTIVIDAD 4.**
- El nervio afectado por lepra se puede expresar clínicamente por engrosamiento y dolor. El engrosamiento puede ser uniforme o irregular, a veces con nodulaciones en su trayecto. El dolor puede ser a la palpación o provocado por los movimientos del brazo correspondiente.
- La identificación de deformidad por lepra se realiza por inspección de ambas manos en sus caras anterior y posterior. Las alteraciones y deformidades que debemos considerar son:
 - Anhidrosis, expresada por una piel seca, sin brillo, con escamas finas.
 - Adelgazamiento o acortamiento del extremo distal de los dedos.
 - Abducción del meñique, es la separación del 5° dedo con relación al 4° dedo de la mano.
 - Flexión de uno o varios dedos en garra; mano en predicador, si predomina la flexión de 4° y 5° dedos.
 - Adelgazamiento de masas musculares en las eminencias ténar e hipoténar o en los espacios intermetacarpianos por atrofia de músculos interóseos y lumbricales.
 - Mano en péndulo o caída.
 - Lesiones traumáticas como hiperqueratosis, fisuras, ampollas, úlceras.

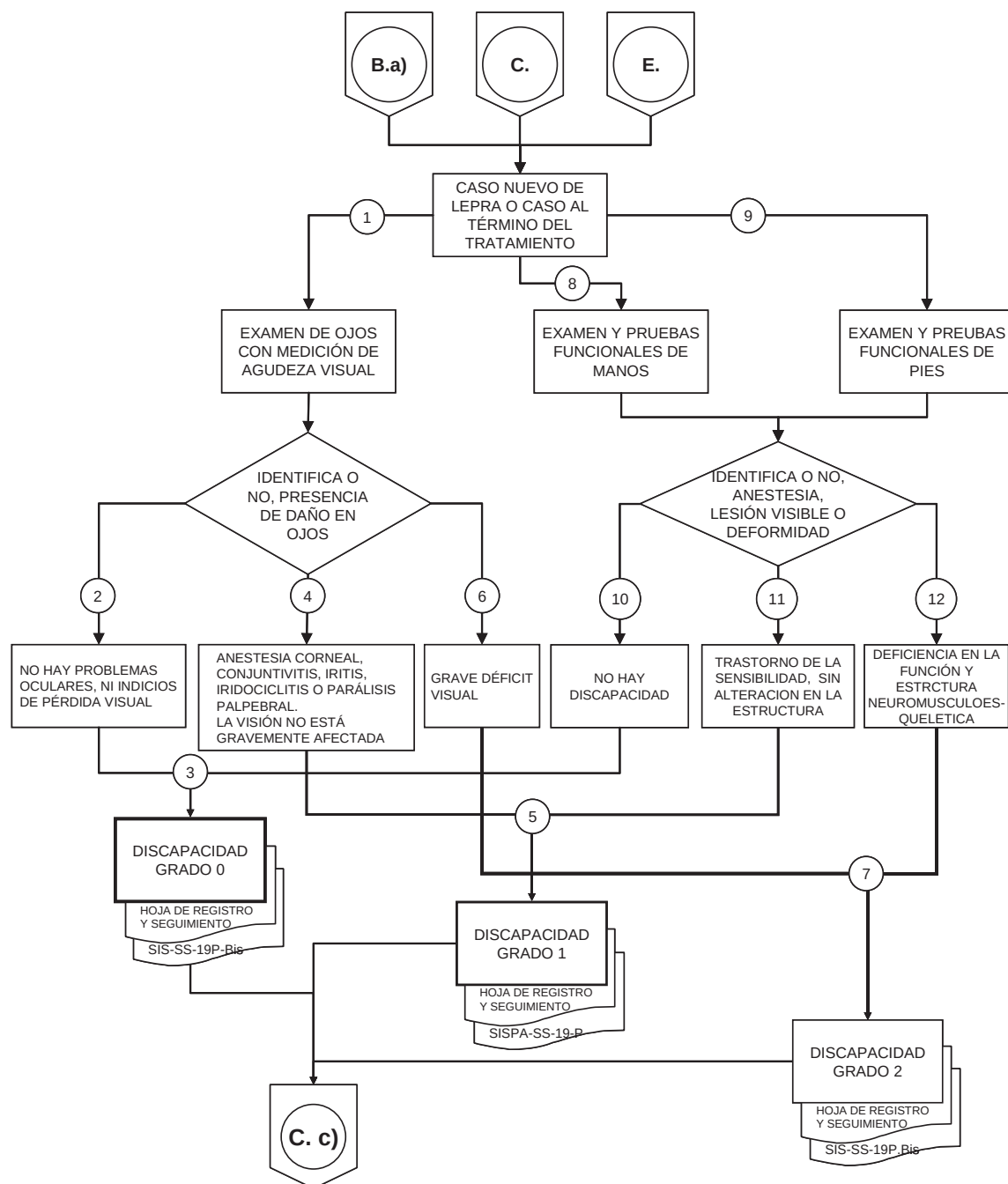
PIES:

9. Examen y pruebas funcionales para medir la sensibilidad e identificar neuritis y deformidad.
 - La exploración de la sensibilidad, para fines de evaluación de discapacidad, se debe realizar en pies, presenten o no lesiones de lepra, como se describe en la **ACTIVIDAD 8** de este procedimiento.
 - La identificación de neuritis que afecta pies se logra mediante palpación del trayecto de los nervios periféricos; los hallazgos se comparan con los del miembro inferior opuesto.
 - La neuritis por lepra que repercute en pies se identifica en los nervios ciático poplíteo externo y tibial posterior; se exploran en los sitios que se describe en **PROCEDIMIENTO A. a. EXAMEN DE CONTACTOS, ACTIVIDAD 4** y los hallazgos se valoran como se menciona para los nervios de las manos.
 - La identificación de deformidad por lepra se realiza por inspección de ambos pies en su dorso, cara plantar y espacios interdigitales. Las deformidades que debemos considerar son:
 - Anhidrosis.
 - Acortamiento del extremo distal de ortejos.
 - Acortamiento de pie por reabsorción ósea.
 - Flexión de uno o varios ortejos “ortejo en martillo o en garra”.
 - Pie caído, varus o valgus.
 - Úlcera con o sin hiperqueratoris (Mal perforante plantar).

10. Al término del examen en manos y pies se concluye que si en el enfermo no hay discapacidad, se clasifica con **Discapacidad Grado 0** de acuerdo a la **ACTIVIDAD 3** de este procedimiento.
11. Si en el examen de manos y pies se identifican trastornos de la sensibilidad y sin alteración visible en las estructuras, se clasifica como **Discapacidad Grado 1** y se procede de acuerdo a la **ACTIVIDAD 5** de este procedimiento.
12. Si durante el examen de manos y pies se identifica deficiencia en la función y estructura neuromusculoesquelética, se clasifica como **Discapacidad Grado 2** y se procede como se indica en la **ACTIVIDAD 7** de este procedimiento.

B. PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CASOS DE LEPRA

d). EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR LEPRA



Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Control de la Lepra

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD CENTRO NACIONAL PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LEPROSIS VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD POR LEPROSIS

NOMBRE DEL ENFERMO: _____ EDAD: _____ SEXO: M _____ F _____ N° DE REGISTRO: _____

GRADO	OJOS	Ev.	D	I	MANOS	Ev.	D	I	PIES	Ev.	D	I
0	Ningún problema en ojos debido a lepra	1ª			Ningún problema en manos debido a lepra	1ª			Ningún problema en pies debido a lepra	1ª		
1	Sensibilidad en córnea disminuida o ausente, Lagofalmo o ectropión, Triquiasis, Iridociclitis, Opacidad en córnea	2ª			Anestesia	2ª			Anestesia	2ª		
2	Pérdida grave de la visión. Agudeza visual menor que 0.1 (no cuenta dedos a 6 mts.)	3ª			Úlceras y lesiones traumáticas	3ª			Úlceras atroficas	3ª		
		1ª			Garra móvil	1ª			Garra en ortijos	1ª		
		2ª			Reabsorción	2ª			Pie caído	2ª		
		3ª			Reabsorción	3ª			Reabsorción	3ª		
		1ª			Mano caída	1ª			Contractura	1ª		
		2ª			Articulaciones anquilosadas	2ª			Contractura	2ª		
		3ª			Articulaciones anquilosadas	3ª			Contractura	3ª		
Grado Mayor		1ª				1ª				1ª		
		2ª				2ª				2ª		
		3ª				3ª				3ª		

CLASIFICACIÓN CLÍNICA: _____

FECHA DE DIAGNÓSTICO: ____/____/____

OBSERVACIONES: _____

Depresión de nariz
Parálisis facial

1ª	2ª	3ª

VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL

	D	I
1ª		
2ª		
3ª		

FECHA DE LA VALORACIÓN: _____

CASO NUEVO 1ª ____/____/____

TÉRMINO DE PQT 2ª ____/____/____

TÉRMINO DE VIG 3ª ____/____/____

Realizó la evaluación: _____

NOMBRE

FIRMA

CLAVES: Ev. = Evaluación
D = Derecha(o)
I = Izquierda(o)

Anverso

PRIMERA EVALUACIÓN:



EXPLORACIÓN FUNCIONAL	D	I	PALPACIÓN DE LOS NERVIOS	D	I	ESPECIFICAR:
Cerrar ojos levemente			Auricular			N=Normal C=Callo
Lagofalmo (mm)			Radial			F=Flácido U=Úlcera
Abducción del dedo 5º			Mediano			P=Parálisis F=Fisura
Posición intrínseca de los dedos 4º y 5º			Cubital			
Abducción del pulgar			Ciático popliteo externo			
Extensión del puño			Tibial posterior			
Dorsoflexión del pie			Educación/Orientación de autocuidado			
Extensión del 1º orjeo			Hidratación/Lubricación			
Extensión de los dedos			Ejercicios			
Eversión del pie			Adaptaciones			
ESPECIFICAR:			Cuidados de heridas			
N=Normal			Entrenamiento del modo de andar			
F=Flácido			Inmovilizaciones			
P=Parálisis			Canalización			
						CONDUCTA

SEGUNDA EVALUACIÓN:



EXPLORACIÓN FUNCIONAL	D	I	PALPACIÓN DE LOS NERVIOS	D	I	ESPECIFICAR:
Cerrar ojos levemente			Auricular			N=Normal C=Callo
Lagofalmo (mm)			Radial			F=Flácido U=Úlcera
Abducción del dedo 5º			Mediano			P=Parálisis F=Fisura
Posición intrínseca de los dedos 4º y 5º			Cubital			
Abducción del pulgar			Ciático popliteo externo			
Extensión del puño			Tibial posterior			
Dorsoflexión del pie			Educación/Orientación de autocuidado			
Extensión del 1º orjeo			Hidratación/Lubricación			
Extensión de los dedos			Ejercicios			
Eversión del pie			Adaptaciones			
ESPECIFICAR:			Cuidados de heridas			
N=Normal			Entrenamiento del modo de andar			
F=Flácido			Inmovilizaciones			
P=Parálisis			Canalización			
						CONDUCTA

TERCERA EVALUACIÓN:



EXPLORACIÓN FUNCIONAL	D	I	PALPACIÓN DE LOS NERVIOS	D	I	ESPECIFICAR:
Cerrar ojos levemente			Auricular			N=Normal C=Callo
Lagofalmo (mm)			Radial			F=Flácido U=Úlcera
Abducción del dedo 5º			Mediano			P=Parálisis F=Fisura
Posición intrínseca de los dedos 4º y 5º			Cubital			
Abducción del pulgar			Ciático popliteo externo			
Extensión del puño			Tibial posterior			
Dorsoflexión del pie			Educación/Orientación de autocuidado			
Extensión del 1º orjeo			Hidratación/Lubricación			
Extensión de los dedos			Ejercicios			
Eversión del pie			Adaptaciones			
ESPECIFICAR:			Cuidados de heridas			
N=Normal			Entrenamiento del modo de andar			
F=Flácido			Inmovilizaciones			
P=Parálisis			Canalización			
						CONDUCTA

Reverso

C. Procedimientos para el tratamiento de casos de lepra

Objetivos

*Curar a las fuentes de infección para cortar la cadena de transmisión de la lepra.

*Asegurar que el enfermo de lepra se adhiera a su esquema de tratamiento con poliquimioterapia (PQT) y logre la curación con el mínimo de complicaciones.

*Diagnosticar oportunamente y atender en forma adecuada los estados reaccionales que presenten los enfermos.

*Desarrollar actividades dirigidas a limitar el daño neurológico para que el enfermo recupere funciones perdidas por causa de la lepra.

Políticas y normas de operación

Todos los enfermos de lepra se clasifican según el criterio para seleccionar tratamiento con poliquimioterapia con base en la presencia o ausencia de bacilos como: **multibacilares** (casos lepromatoso, dimorfo lepromatoso y dimorfo dimorfo) o **paucibacilares** (casos indeterminado, tuberculoide y dimorfo tuberculoide) y en los grupos de edad de 0 a 14 años (**niños**) y de 15 o más años de edad (**adultos**).

La prioridad del programa es el tratamiento adecuado de las formas infectantes de la lepra o multibacilares, con el fin de curar a las fuentes de contagio e interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad.

El uso de un solo medicamento efectivo para el tratamiento de la lepra (monoterapia) es causa de resistencia si el medicamento se toma en forma irregular o en pequeñas dosis.

Para evitar la resistencia de *Mycobacterium leprae* a los fármacos, el tratamiento se realiza con la administración de dos o más medicamentos combinados (poliquimioterapia) que aisladamente han

demostrado efectividad para curar clínicamente y negativizar baciloscópicamente los casos de lepra.

La poliquimioterapia (PQT) antilepra es la principal estrategia para lograr la reducción de la prevalencia a menos de un caso por cada 10,000 habitantes, indicador que ha establecido la OMS para considerar la eliminación de la lepra como problema de salud pública.

La PQT, como estrategia, implica asegurar la disponibilidad de los medicamentos en las unidades de salud y el compromiso del enfermo para su toma diaria durante el tiempo necesario, así como de llevar a sus convivientes a la unidad de salud para su examen por lo menos una vez al año.

El tratamiento de la lepra es gratuito en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, lo prescribe el médico y lo administra personal de salud debidamente capacitado.

Descripción de actividades

Para efectos del presente Manual las actividades para el tratamiento de lepra y sus complicaciones son:

- a) Tratamiento de la lepra con Poliquimioterapia (PQT).
- b) Tratamiento del estado reaccional.
- c) Prevención y tratamiento de discapacidades.

C. a. Tratamiento de la lepra con Poliquimioterapia (PQT).

Son las actividades necesarias para lograr la destrucción del *Mycobacterium leprae* en el organismo de un enfermo, la involución y desaparición de las lesiones de lepra.

El tratamiento antilepra se inicia en aquellos casos que cumplen la definición de caso confirmado.

La poliquimioterapia consiste en la administración de dos o más fármacos durante periodos variables de acuerdo a la clasificación.

En la poliquimioterapia para lepra se incluye la administración de dapsona, clofazimina y rifampicina.

Descripción de actividades

Para una mejor comprensión de las actividades, véase también **DIAGRAMA C. a.** en página 81.

1. Al enfermo con diagnóstico confirmado de lepra (**B. B. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y CONFIRMACIÓN DE CASO**), que pasa a la fase de tratamiento, se verifican los datos anotados en los formatos de registro y seguimiento para que estén completos.
2. Se informa sobre posibles efectos secundarios a los medicamentos de la poliquimioterapia (PQT):

- **Dapsona** o 4,4 diamino-difenil-sulfona. Con acción bacteriostática por interferencia en la síntesis de ácido fólico, disminuye el índice morfológico de las baciloscopias hasta llegar a 0%.

A las dosis que se recomiendan actualmente, es bien tolerada; los efectos secundarios son raros: malestar general, debilidad, anemia hemolítica, metahemoglobinemia, dermatitis exfoliativa y psicosis aguda.

- **Clofazimina.** Medicamento con acción bacteriostática y débilmente bactericida, tiene además un efecto antiinflamatorio por estimular la síntesis de prostaglandina E_2 ; clínicamente útil en el tratamiento de estados reaccionales de la lepra.

Los efectos secundarios más comunes que se presentan cuando se administran dosis mayores a 100 mg diarios son: coloración en la piel que va de un tono rosado a marrón oscuro, especialmente en zonas de la piel expuestas a la luz solar; otros efectos menos comunes pero reversibles al suspender el tratamiento, son: dolor abdominal, diarrea, ictiosis, prurito y erupciones cutáneas.

- **Rifampicina.** Derivado semisintético del producto de fermentación del *Streptomyces mediterranei* que destruye al bacilo de la lepra inhibiendo la síntesis del ácido ribonucleico (ARN) bacteriano; es el fármaco antilepra más potente hasta ahora conocido, con una sola dosis de 600 mg mata un alto porcentaje de bacilos en unos cuantos días y convierte a un enfermo multibacilar en no infeccioso.

Es bien tolerada a las dosis indicadas para la lepra; el efecto secundario más común es una coloración rojo - anaranjada en la orina debida a la excreción del fármaco; también puede causar erupciones cutáneas (porfiria, pénfigo y síndrome de Stevens-Johnson) y síntomas de intolerancia gastrointestinal.

No iniciar tratamiento para la lepra sin una explicación al enfermo y familiares de las características de los fármacos, tiempo de tratamiento y posibles efectos secundarios.

3. El enfermo y sus acompañantes deben ser capacitados, con énfasis en las siguientes características de la lepra:

- Curable.

- Enfermedad bacteriana.
 - Poco transmisible.
 - Crónica.
 - Con posibles etapas agudas (**estados reaccionales**).
 - Potencialmente discapacitante.
4. Antes de iniciar tratamiento se debe tener conocimiento si el enfermo tiene otro padecimiento que requiera del uso de antidiabéticos orales, anticonceptivos o anticoagulantes, debido a que la rifampicina inhibe su acción.
 5. Se realizará interrogatorio dirigido para descartar posible daño hepático por enfermedades actuales o anteriores; de ser posible, realizar pruebas de funcionamiento hepático. Asimismo, se descartará la posible existencia de reacciones adversas a algún medicamento, en tal caso se pondrá énfasis en la educación y vigilancia del paciente.
 6. Se debe obtener del paciente el compromiso de tomar el medicamento el tiempo que se le indique, aun cuando las lesiones desaparezcan antes de concluir el tratamiento, incluso si aparecen las de estados reaccionales.
 7. A los pacientes que emigran por temporadas dentro del estado e incluso dentro del país, se les proporcionará información del servicio a donde podrán acudir por medicamento. Si el enfermo saliera del país por periodos prolongados se deberá valorar si se le entrega el medicamento por el tiempo que permanecerá ausente.
 - El tratamiento para la lepra se debe adecuar a la clasificación y edad del paciente, por lo cual existen dos tipos de esquema:

8. El esquema para niños, que corresponde al que se indica a los enfermos de lepra que se encuentran entre menores de 10 años y de 10 a 15 años de edad.
 - Una vez determinada la edad, se requiere conocer la clasificación para decidir el tipo de tratamiento que se administrará.
9. Al niño de 10 a 15 años de edad con lepra multibacilar (MB), se le indicarán los tres medicamentos de la poliquimioterapia: rifampicina 450 mg, clofazimina 150 mg y sulfona 50 mg tomados en presencia de personal de salud como dosis supervisada cada 28 días. Para toma en su domicilio, recibirá 50 mg de clofazimina uno de cada dos días, es decir, cada tercer día; y 50 mg de sulfona como dosis diaria por 27 días. Este esquema se repetirá 12 veces en un periodo no mayor a 18 meses.

Las dosis en los menores de 10 años se determinan de acuerdo al peso corporal: rifampicina 25 a 30 mg/kg (dosis mensual, no más de 600 mg); clofazimina 1 mg/kg/día (50 mg 2 veces por semana) y dapsona 1 a 2 mg/kg diariamente.
10. Al enfermo de 10 a 15 años clasificado como paucibacilar (PB) se le indica: rifampicina 450 mg y sulfona 50 mg tomados en presencia de personal de salud como dosis supervisada cada 28 días. Para toma en su domicilio, recibirá 50 mg de sulfona como dosis diaria por 27 días. Este esquema se repetirá por 6 veces en un periodo menor a 9 meses.

Las dosis en menores de 10 años se determinan de acuerdo al peso corporal: rifampicina 25 a 30 mg/kg (dosis mensual, no más de 600 mg) y dapsona 1 a 2 mg/kg diariamente.
11. El esquema para adultos, corresponde al que se indica a los enfermos de lepra mayores de 15 años de edad.

- Una vez determinada la edad, se requiere conocer la clasificación para decidir el tipo de tratamiento que se administrará.

12. Al paciente mayor de 15 años con lepra multibacilar (MB) se le indicarán los tres medicamentos de la poliquimioterapia: rifampicina 600 mg, clofazimina 300 mg y sulfona 100 mg tomados en presencia de personal de salud, quien supervisará la toma del medicamento cada 28 días. Para toma en su domicilio, recibirá 100 mg de sulfona y 50 mg de clofazimina como dosis diaria por 27 días. Este esquema se repetirá 12 veces en un periodo de 12 a 18 meses.

En los enfermos en que está contraindicada la rifampicina el tratamiento puede ser con clofazimina y sulfona a las dosis arriba indicadas.

13. Al enfermo mayor de 15 años clasificado como paucibacilar (PB) se le indica: rifampicina 600 mg y sulfona 100 mg tomados en presencia de personal de salud como dosis supervisada cada 28 días. Para toma en su domicilio, recibirá 100 mg de sulfona como dosis diaria por 27 días. Este esquema se repetirá 6 veces en un periodo no mayor a 9 meses.

14. Los pacientes con datos de neuritis (dolor, engrosamiento) deberán recibir tratamiento simultáneo a la PQT con 0.5 a 1 mg/kg diarios de prednisona durante uno o dos meses, para evitar la aparición o la exacerbación de las manifestaciones neurológicas y la discapacidad. A estos enfermos se les realizará un estricto control médico. Al completarse el periodo de tratamiento con este fármaco, se reducirá la dosis en forma gradual hasta suprimirlo, lo que evitará efectos de rebote.

15. El personal de enfermería será el responsable de la administración supervisada de las dosis mensuales, y de la entrega del medicamento para la toma autoadministrada.

El tratamiento debe continuarse con regularidad y sin interrupciones para evitar la resistencia a los medicamentos; cuando los pacientes vivan en poblaciones alejadas se buscará la colaboración de un familiar para administrar la dosis supervisada.

C. b. Tratamiento del estado reaccional

Estado reaccional es un conjunto de signos y síntomas de evolución aguda que presentan algunos pacientes de lepra y se clasifican en Reacción tipo I y Reacción tipo II.

Un estado reaccional puede presentarse en cualquier fase de la evolución de la enfermedad, antes y después de iniciado el tratamiento, así como después de haberlo concluido, desaparecidas las lesiones y negativas las baciloscopias. A veces es la primera manifestación de la lepra.

Los factores desencadenantes de un estado reaccional son muy variados, entre los que se han identificado están algunas infecciones virales, el estrés físico o mental, la pubertad, el embarazo y el inicio de la poliquimioterapia contra la lepra.

Las reacciones no son un efecto colateral de la PQT, por lo que se debe continuar con el tratamiento.

Descripción de actividades

Para una mejor comprensión de las *Actividades*, véase también **DIAGRAMA C. b.** en página 88.

1. En el paciente con diagnóstico de probabilidad, confirmado, en tratamiento o en vigilancia postratamiento, con agudización de lesiones de lepra o con síndrome febril y lesiones agudas agregadas a las de lepra, se debe sospechar la presencia de estado reaccional.

- El médico evalúa si en la unidad de salud existen los recursos para el tratamiento del enfermo (capacitación,

medicamentos y auxiliares para el diagnóstico), o bien requiere de atención hospitalaria por un especialista.

2. Si requiere atención especializada, se da información completa al enfermo sobre el estado reaccional y del lugar donde será atendido; se registra la situación clínica en el expediente y se llena el formulario para referencia - contrarreferencia, guardando una copia en la unidad.

- En las unidades donde existen los recursos para el control de los estados reaccionales, se informa al enfermo sobre el estado reaccional, se inicia o se continúa la PQT y se registra la situación clínica en el expediente de acuerdo a los **PROCEDIMIENTO C. a. TRATAMIENTO DE LA LEPRAS**.

- Para la atención del enfermo con estado reaccional se requiere descartar o diagnosticar la presencia de posibles focos infecciosos desencadenantes y otras enfermedades intercurrentes o condiciones como embarazo, pubertad, puerperio, menstruación, estados emocionales e ingesta de medicamentos con yodo o bromo.

3. Si no hay enfermedad asociada, se inicia el tratamiento contra la lepra en los casos nuevos, o se continúa a las mismas dosis en los que lo habían iniciado. Se continúa el tratamiento ambulatorio.

- Si concluyo PQT con curación clínica y bacteriológica, dar tratamiento para la reacción y valorar si requiere reinicio de tratamiento. Debe tratarse el estado reaccional como se describe en las **ACTIVIDADES 10 y 12** de este procedimiento.

4. Se dan recomendaciones y se indican los medicamentos para el tratamiento del estado reaccional.

- Para iniciar el tratamiento se debe identificar si el estado reaccional que presenta el enfermo es tipo I o tipo II. Continuar conforme a la **ACTIVIDAD 9** de este procedimiento.

5. Si se identifica infección o enfermedad agregada, se inicia o continúa el tratamiento para lepra siguiendo el **PROCEDIMIENTO C**.

a. TRATAMIENTO DE LA LEPRAS.

- Se descartará si la infección es localizada o sistémica.

6. La reacción leprosa con infección localizada recibe tratamiento ambulatorio de la siguiente forma:

- Información sobre los motivos de la sintomatología del estado reaccional.
- Se inicia o continúa la PQT.
- Se registra en el expediente.
- Dar tratamiento con antibióticos y sintomáticos.
- Debridar abscesos y úlceras.
- Continuar conforme a la **ACTIVIDAD 5** de este procedimiento.

7. Cuando la enfermedad intercurrente es sistémica o requiere de la intervención de un dermatólogo, cirujano dentista, otorrinolaringólogo o urólogo para tratamiento, se procede conforme a la **ACTIVIDAD 2** de este procedimiento.

8. El estado reaccional tipo I se diagnostica cuando las lesiones leprosas que caracterizan a los enfermos del grupo dimorfo (pápulas, manchas, placas y neuritis) se exacerban, presentando mayor infiltración y dolor; no hay fiebre ni ataque al estado general. El estado reaccional tipo I se subdivide en dos:

Reacción de reversa, se debe a un incremento de la inmunidad mediada por células, con manifestaciones más cercanas a las del tipo tuberculoide.

Reacción de degradación, se debe a la disminución en la inmunidad mediada por células y en ella, las manifestaciones semejan más a las del tipo lepromatoso.

9. Para el tratamiento de la reacción tipo I en sus variedades de reversa o de degradación, el reposo físico y mental es esencial; se debe tratar con medicamentos analgésicos y antiinflamatorios. La prednisona se administra a una dosis de 0.5 a 1 mg por kilo de peso y por día. Al desaparecer la fase aguda, se empieza a reducir la dosis en forma gradual, por ejemplo, 3 a 10 mg cada 5 días. Adicionalmente se administrarán 200 a 300 mg por día de clofazimina. Una vez obtenida la remisión de lesiones, la dosis se reduce en forma gradual, por ejemplo, 50 mg cada 10 días.

Se deberán tomar las medidas pertinentes al cuidado de la neuritis y como se describe en el **PROCEDIMIENTO C. C. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DISCAPACIDADES**.

10. El diagnóstico de estado reaccional tipo II o Reacción Leprosa, se sustenta con la aparición de un nuevo síndrome dermatológico con eritema, nudosidades, pápulas, vesículas, pústulas o úlceras, asociado a un síndrome febril de intensidad variable, con diferente grado de ataque al estado general, y presentar un estado de toxemia. Sólo se presenta en los casos lepromatosos. Es debida al incremento de complejos antígeno - anticuerpo, por lo tanto interviene en ellos la inmunidad humoral.
 - Para el tratamiento de la reacción leprosa se debe considerar: género y edad.
11. La reacción leprosa en el hombre adulto, si el cuadro no se resuelve con los medios utilizados para la infección agregada, se atiende con talidomida. Deberá realizarse una explicación suficiente e individualizada sobre las causas del estado reaccional y las características del medicamento que se administrará.

Se indicará una dosis inicial de 200 a 600 mg al día, dependiendo de la intensidad de la reacción, la dosis mayor a 400 mg se recomienda sólo en el medio hospitalario.

Al obtenerse la mejoría, la dosis se reduce en forma paulatina, pasando a 100 mg diarios por un periodo de 10 días; otro periodo de 10 días se administrará 50 mg diarios y para terminar, se continuará con 25 mg diarios por 10 días más.

Se debe tener cuidado en el uso de este fármaco debido a su efecto teratogénico y su neurotoxicidad.

En niños, la dosis deberá ser la mitad del adulto.

12. El tratamiento del estado reaccional tipo II en la mujer en edad reproductiva se realiza con talidomida, a las dosis que se indica para el hombre adulto.

Nunca iniciar el tratamiento con talidomida sin la seguridad de que tiene un estricto control con método anticonceptivo acorde con la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar vigente.

Durante el embarazo el uso de talidomida está contraindicado por su efecto teratogénico.

El tratamiento de la embarazada con reacción leprosa es con 200 mg diarios de clofazimina hasta lograr la mejoría. Una vez lograda, la dosis se reduce gradualmente (por ejemplo, 50 mg menos cada 15 días).

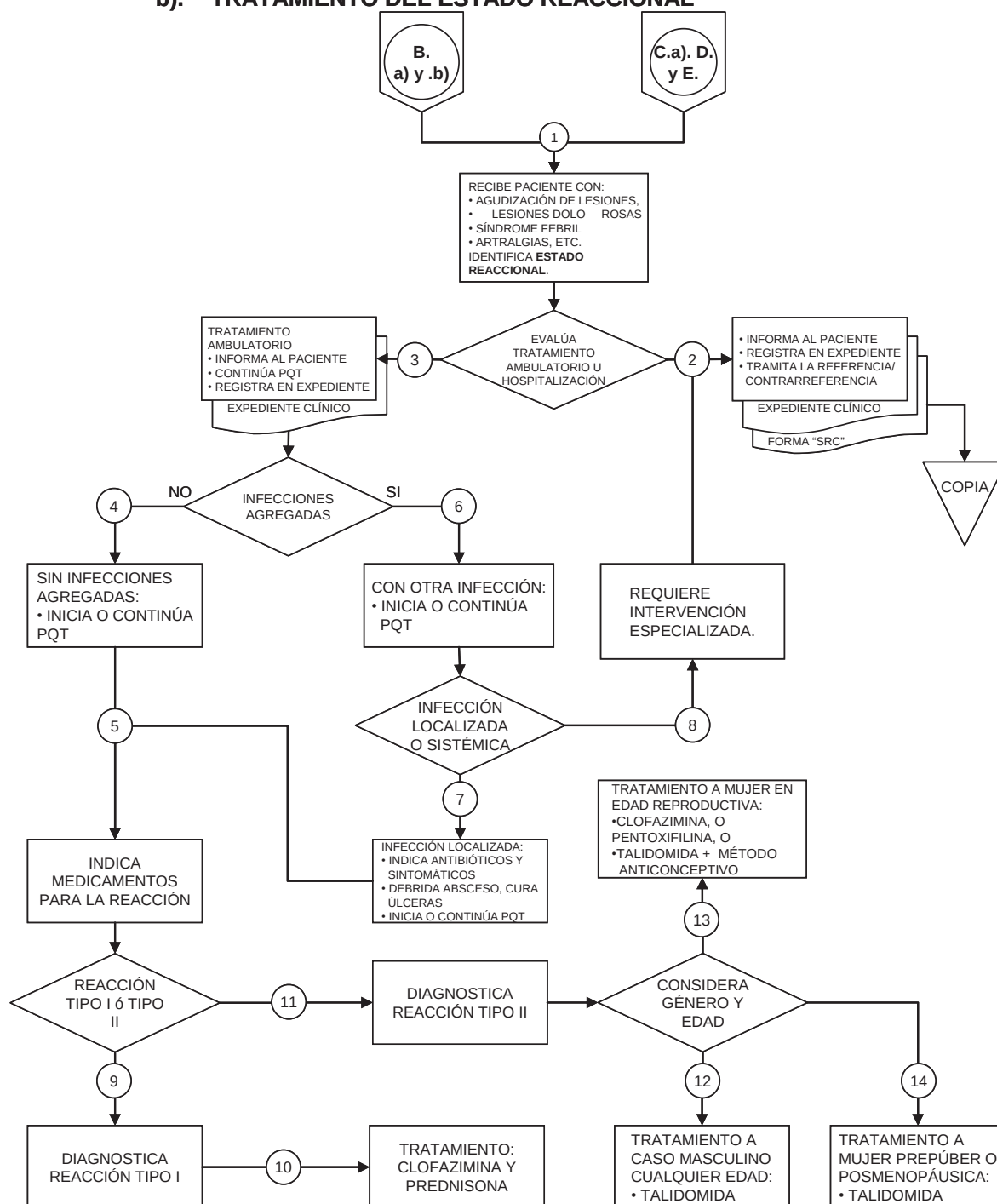
En ausencia de clofazimina, la pentoxifilina es útil a dosis de 800 mg diarios hasta obtener la mejoría.

13. En la mujer prepúber y en la pos menopáusica, si el cuadro no se resuelve con los medios utilizados para la infección agregada, se administrará talidomida; en ellas no se requiere el control con medios anticonceptivos; las dosis requeridas son

las que se indica en la **ACTIVIDAD 12** de este procedimiento, excepto las niñas en que la dosis deberá ser la mitad de la adulta.

C. PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CASOS DE LEPROSA

b). TRATAMIENTO DEL ESTADO REACCIONAL



C. c. Prevención y tratamiento de discapacidades

Son las actividades para disminuir el efecto en las funciones debidas a la alteración neurológica y para restituir o mejorar las funciones en el enfermo o el exenfermo de lepra.

La prevención de discapacidades se debe iniciar tan pronto como se establezca el diagnóstico de lepra, con el fin de evitar o disminuir el desarrollo de problemas físicos, psíquicos y socioeconómicos.

El retraso en el diagnóstico y del inicio de un tratamiento correcto, son factores determinantes para que aparezcan discapacidades en un enfermo.

Una parte muy importante en la prevención de problemas psíquicos es el trato que se da al enfermo por parte del personal de la unidad de salud, por ello, parte de la prevención es la capacitación del personal de salud y del administrativo.

Descripción de actividades

Para una mejor comprensión de las *Actividades*, véase también **DIAGRAMA C. c.** en página 94.

- El enfermo de lepra, una vez evaluado, entra en una de las tres clasificaciones, de acuerdo al **PROCEDIMIENTO B. d. EVALUACIÓN DE DISCAPACIDADES**.

1. El enfermo clasificado con discapacidad Grado 0 en ojos, manos y pies.
2. Se imparte educación médica al paciente y los familiares sobre:
 - Las neuritis como factores predisponentes de traumatismos, quemaduras y otras heridas que son causa de discapacidad por lepra.

- Los estados reaccionales, como cuadros que agudizan o exacerban la neuritis, requieren tratamiento inmediato, para que sepan identificarlos y demanden atención oportuna.
 - Las medidas de autocuidado y autoexamen para evitar e identificar signos de discapacidad.
- Identifica neuritis o estado reaccional, se cuenta con recursos. Se atiende o refiere al enfermo a otro nivel de atención:
3. Si se identifica con neuritis o estado reaccional y cuenta con los recursos se da atención al enfermo:
- Dependiendo del tronco nervioso afectado:
 - Medidas físicas: inmovilización de la extremidad afectada; compresas calientes; reanudación paulatina de movimientos para iniciar la rehabilitación de la extremidad.
 - Medicamentos: prednisona, como se indica en **C. a. TRATAMIENTO DE LA LEPRO, ACTIVIDAD 14**. Al enfermo clasificado con discapacidad Grado 1, se atiende de acuerdo al órgano o región afectado(s).
 - Dependiendo del tipo de estado reaccional, como se indica en el **PROCEDIMIENTO C. b. TRATAMIENTO DEL ESTADO REACCIONAL**.
4. Si no existen recursos o conocimientos para su atención, se refiere el caso con neuritis o estado reaccional de acuerdo al **PROCEDIMIENTO C. b. TRATAMIENTO DEL ESTADO REACCIONAL, ACTIVIDAD 2**.
5. El tratamiento de la **discapacidad Grado 1** en **OJOS** se realiza de acuerdo a las siguientes actividades:
6. Se instruye al enfermo para que use lentes oscuros y/o sombrero para protegerse del sol; ejercicios musculares para los párpados; lavado diario de ojos con agua previamente hervida o lágrimas artificiales; autoexamen diario de los ojos para

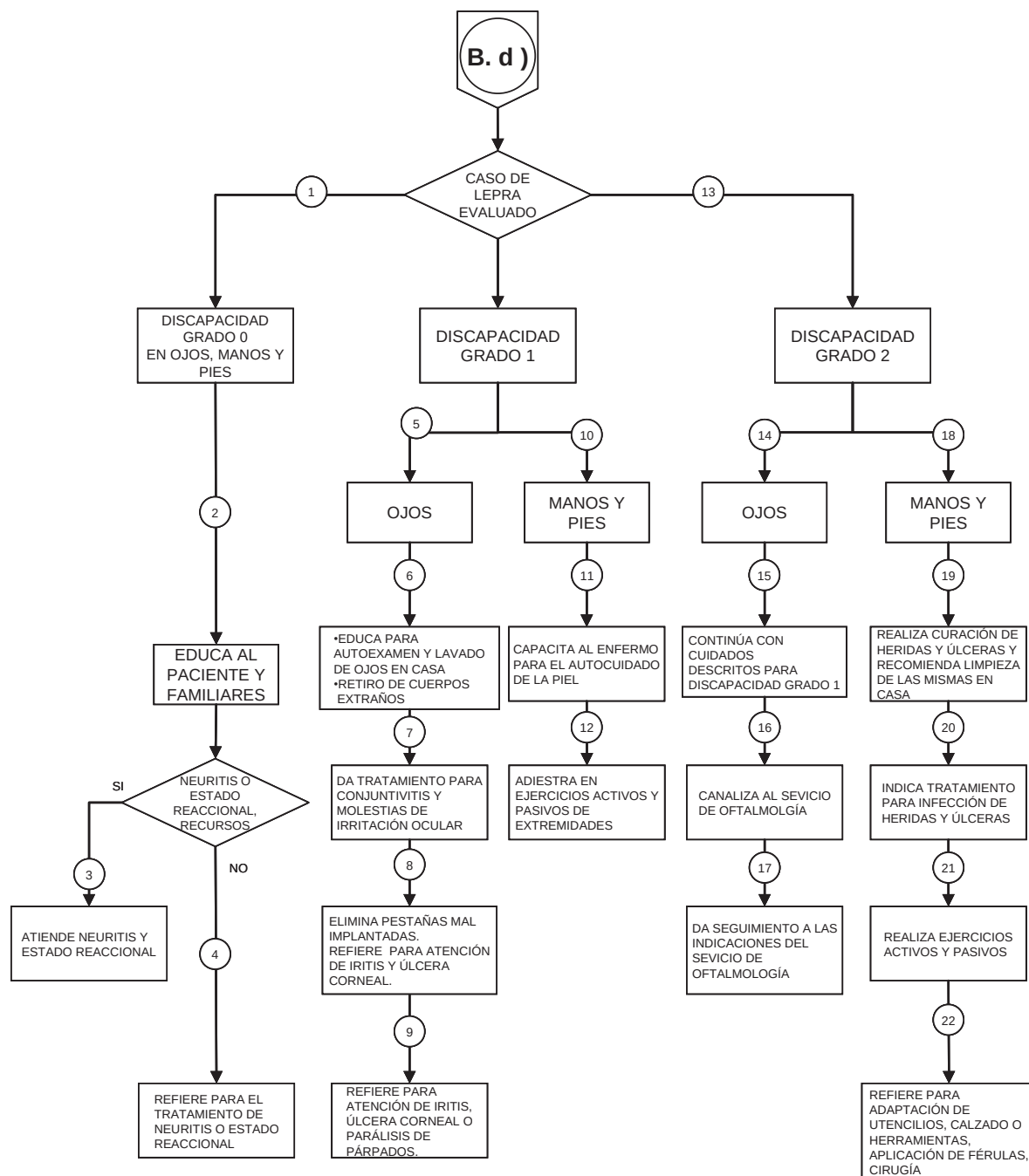
identificar presencia de cuerpos extraños o alteraciones nuevas.

7. Da tratamiento para infecciones oculares incipientes mediante el uso de colirios astringentes, antibióticos en ungüentos oftálmicos.
8. El personal capacitado deberá retirar las pestañas que por la parálisis, irritan mucosa corneal o conjuntival.
9. Los enfermos que presentan iritis, nódulos o úlcera corneal, se refieren al oftalmólogo, quien valora el uso de atropina o corticosteroides, según se requiera. Asimismo, para la atención de la parálisis en párpados.
10. El tratamiento de la **discapacidad Grado 1** en **MANOS** y/o **PIES** se realiza mediante las siguientes actividades:
11. Capacitación para el autocuidado de la piel mediante hidratación por 10 minutos como mínimo y lubricación después del secado de las extremidades con anestesia (desde codos o rodillas); protección contra traumatismos y quemaduras (uso de guantes, identificación de piedras, clavos o irregularidades en el calzado, evitar estar de pie por tiempo prolongado, etc.) y se ratifican los conceptos señalados para la **ACTIVIDAD 2** de este procedimiento. En casos de neuritis, el miembro afectado debe reposar con la ayuda de un cabestrillo, tablilla o yeso. Los ejercicios dirigidos deberán comenzar cuando se calme el dolor.
12. Adiestramiento en la realización de ejercicios activos y pasivos, con énfasis en el fortalecimiento de músculos extensores de manos y pies, aún cuando no se presente debilidad muscular, con el fin de evitar contractura y deformidades.
13. Al enfermo clasificado con **Discapacidad Grado 2**, se atiende de acuerdo al órgano o región afectado(s).
14. El tratamiento de la **Discapacidad Grado 2** en **OJOS** se realiza de acuerdo a las siguientes actividades:

15. Se continúan los cuidados del enfermo de acuerdo a lo señalado en la **ACTIVIDAD 7** de este procedimiento.
16. El enfermo con parálisis palpebral (Signo de Bell, lagofthalmos) o pérdida importante de la visión deberá ser referido periódicamente al oftalmólogo.
17. El responsable del enfermo en la unidad de salud verificará seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones del especialista.
18. El tratamiento de la **Discapacidad Grado 2** en **MANOS** y/o **PIES** se realiza mediante las siguientes actividades:
19. El personal de salud, por lo menos una vez al mes, realizará curetaje de áreas de hiperqueratosis, debridación de ámpulas y abscesos, o aseo de úlceras. Se instruye al enfermo para la curación diaria en su domicilio.
20. El médico indica los medicamentos de administración local o sistémica que se requieran para favorecer la desinflamación, controlar infecciones agregadas o acelerar la cicatrización de heridas y úlceras.
21. Se deberá continuar con las recomendaciones indicadas para la **ACTIVIDAD 11** de éste procedimiento, con el cuidado debido en los ejercicios activos, para evitar un posible daño debido a la falta de elasticidad de la piel, osteoporosis en huesos o la presencia de contracturas y artrosis.
22. Con el uso de material plástico moldeable se realiza la adaptación de utensilios y herramientas de acuerdo a las necesidades de cada enfermo. Los pacientes con úlceras o deformidad en pies se refieren a un zapatero, previo acuerdo, para elaboración de plantillas acojinadas o calzado especialmente diseñado para adaptarse a las deformidades del pie; algunos enfermos requieren de la aplicación de férulas para el Mal Perforante Plantar, o cirugía reconstructiva en

casos de mano en garra o pie varus o equino, por lo que se remiten a otro nivel de atención.

C. PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CASOS DE LEPROA
c). PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DISCAPACIDAD



D. Procedimiento para la vigilancia y evaluación del tratamiento

Objetivos

- Conocer la situación clínica y bacteriológica durante el transcurso del periodo de tratamiento para adecuar las mediadas terapéuticas a cada enfermo.
- Asegurar la continuidad del tratamiento hasta la curación clínica y bacteriológica del enfermo.
- Identificar oportunamente estados reaccionales y efectos colaterales a los medicamentos de la PQT para evitar el abandono y el desarrollo de discapacidad.

Políticas y normas de operación

- El control del enfermo se lleva a cabo en la unidad operativa de primer nivel de atención más cercana a su domicilio. Sólo los casos de difícil diagnóstico o complicados deben referirse al especialista.
- El personal de salud debe supervisar la ingesta de la dosis mensual hasta que complete el tratamiento, además de evaluar el estado general del paciente para identificar la regularidad del mismo, así como los efectos adversos a los fármacos y proporcionar los medicamentos que deben tomar en su domicilio.
- Se requiere evaluar clínicamente y con estudio baciloscópico cada seis meses a los enfermos multibacilares durante el periodo de tratamiento. Al término de éste, la evaluación se complementa con un estudio histopatológico de muestra tomada de piel afectada con anterioridad.
- Es necesario asimismo evaluar clínicamente a los enfermos paucibacilares al final del tratamiento, además de hacer un

estudio histopatológico complementando de muestra tomada de piel afectada con anterioridad.

- Al recibir la dosis mensual supervisada, los enfermos de lepra son objeto de evaluaciones clínicas en caso de presentar estado reaccional, síntomas de intolerancia a fármacos o manifestaciones de discapacidad.
- Es función del personal de salud realizar tarea de reconquista de los enfermos que abandonan el tratamiento.
- Para un adecuado control del tratamiento de la lepra se deben considerar dos procedimientos: **vigilancia y evaluación del tratamiento**.

D. a. Vigilancia y evaluación del tratamiento

Son las actividades que permiten garantizar la negativización bacteriológica, y la regresión clínica de las lesiones en los enfermos.

La supervisión del tratamiento consiste en verificar que el enfermo ingiera la primera de las 28 dosis de cada blister hasta que complete el esquema de tratamiento.

Debido a que el tratamiento es prolongado, el personal debe poner a prueba su capacidad de convencimiento para influir en el paciente en cuanto al estricto apego de las indicaciones.

Tratándose de un padecimiento con una historia de rechazo a los pacientes, el personal de salud debe tener un trato cordial.

Al iniciar el tratamiento, se informa al paciente sobre la importancia de que acuda puntualmente a sus citas, dando oportunidad a observar los progresos hacia la curación.

Deberá indicarse al enfermo que la falta de signos evidentes no significa curación, por ello deberá continuar con su tratamiento hasta que los estudios de laboratorio sean negativos.

El personal de enfermería es el responsable de suministrar el tratamiento al enfermo, siempre en la fecha y hora señaladas y anotará en la tarjeta de control el tipo de medicamento y dosis suministrada; asimismo, vigilará los efectos que presente el paciente durante el mismo y dará aviso de inmediato al médico, si aparece algún efecto secundario.

Descripción de actividades

Para una mejor comprensión de las *Actividades*, véase también **DIAGRAMA D. a.** en página 104.

El enfermo que inicia PQT, es citado cada mes en la unidad de salud. La actividad a realizar depende del cumplimiento de la cita.

1. Al paciente que no asista a su cita mensual se programará una visita a domicilio por parte del personal de la unidad de salud; se le visitará en su domicilio para conocer la causa y mediante educación lograr su reconquista.

■ Localización en visita domiciliaria

2. El domicilio es correcto pero no se localiza al enfermo, entonces se deja cita por escrito para que acuda al día siguiente a la unidad de salud; se informa y sensibiliza a la persona a la que se deje el recado sobre la importancia de que acuda el paciente a su cita.

Si el enfermo no acude a su cita (actividad 2) se programa visita a domicilio (actividad 1). Si el enfermo no acude a la cita por dos a 11 meses será considerado en tratamiento irregular. Si la ausencia es de 12 meses o más, se califica como abandono de tratamiento (sin PQT) en el caso MB y 3 meses en el caso PB.

Para evitar la situación anterior se requiere de reforzar la educación durante las citas para el tratamiento.

3. Si el domicilio es incorrecto se investiga con los vecinos, con autoridades municipales y, si se localiza a alguno de los contactos, se solicita el domicilio actual del enfermo.
4. Es necesario informar a la jurisdicción del resultado de la investigación. En caso que se conozca el nuevo domicilio y esté fuera de su área de influencia, egresa como traslado pero se mantiene en el registro de la jurisdicción. Se deberá de informar su nuevo domicilio para que sea localizado.

5. Se localiza al enfermo, se sensibiliza junto con sus familiares sobre la importancia de la toma regular del medicamento, así como del compromiso que tiene consigo mismo. Durante la visita domiciliaria se verifica el cumplimiento del tratamiento autoadministrado. Se supervisa la ingesta de la primera de las 28 dosis del mes. Se otorga el blister con las 27 dosis para su toma diaria. Se anota la nueva fecha en la tarjeta de citas del paciente y en la Tarjeta de registro y control de lepra.
6. Si el enfermo acude a la cita, se atiende como está indicado en la **ACTIVIDAD 7**.
7. El paciente acude a la unidad, se recibe en el módulo de atención primaria a la salud (MAPS) que le corresponda, se localiza la Tarjeta de Registro y Control de Lepra. Se pide al enfermo ingerir la dosis mensual y se entrega el blister con las 27 dosis restantes. Se anota en la Tarjeta de registro la toma supervisada, así como las dosis entregadas.
 - El manejo del caso dependerá de su clasificación: MB o PB.
8. Los casos multibacilares serán citados cada mes y evaluados cada 6 meses.
 - Entrevistas intermedias o al final de la PQT.
9. Entrevista para tratamiento: **cada mes**, la enfermera supervisa la ingesta de la primera dosis del blister y entrega las 27 dosis restantes; anota el dato y la nueva cita en la Tarjeta de Registro y Control de Lepra; interroga sobre efectos adversos a la PQT o la presencia de estado reaccional, en cuyo caso pasa a evaluación con el médico. Con la entrevista a familiares se verifica el cumplimiento de la toma diaria del medicamento; adicionalmente se solicita el blister del mes anterior (vacío). Registra la fecha de la siguiente cita en la tarjeta de citas.

Toma de muestra para baciloscopia de control un mes antes de la entrevista para evaluación.

Un mes antes de concluir el tratamiento se obtiene biopsia de algún lugar en donde hubo lesión, o del mismo sitio de la biopsia para diagnóstico.

10. Entrevista para evaluación: **cada 6 meses**, el médico realiza evaluación clínica y de laboratorio. Examina las lesiones de lepra, la presencia de estado reaccional y los cambios en el índice morfológico y bacteriológico de la baciloscopia en comparación con la anterior.

La regresión de las lesiones y reducción del índice morfológico o mejoría del estado general se califica como favorable. Si las lesiones persisten sin cambios o aparecen nuevas y el índice morfológico es igual o mayor, se califica como evolución desfavorable. Se registra en el expediente lo observado y la conclusión en la Tarjeta de Registro y Control de la Lepra.

11. Otras entrevistas. Al paciente con efectos adversos a medicamentos de la PQT se administran sintomáticos y en caso necesario remitir al especialista. El que presenta estado reaccional o incremento en la discapacidad, se atiende de acuerdo a **C. PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CASOS DE LEPRAS**.

12. Informa mensualmente a la jurisdicción los casos atendidos, señalando si la evolución es favorable o desfavorable, utilizando para ello el formato Registro y Seguimiento de Casos.

13. Examen clínico al final de la PQT (12 a 18 meses): el médico realiza evaluación clínica y verifica la ausencia total de las lesiones; se comprueba con una nueva baciloscopia que el índice bacteriológico es negativo y el morfológico es 0%.

14. El paciente debe ser considerado como curado con o sin discapacidad, ya no requiere medicamento de la PQT. Se concientiza para que acuda a revisión cuando identifique nuevos signos o síntomas.

Ante la presencia de lesiones en involución y/o índice bacteriológico positivo o negativo y el morfológico con cambios mínimos, se continúa el tratamiento por 12 blister más. Se evalúa cada 6 meses.

Si después de prolongar el tratamiento a 24 blister's persisten lesiones o baciloscopia positiva, se considera **FRACASO** al tratamiento y se indica **RETRATAMIENTO**.

Se registra en el expediente lo observado y la conclusión en la Tarjeta de Registro y Control de la Lepra.

Con el resultado del estudio histopatológico se confirma que el paciente ha curado, con o sin discapacidad. Se registra en el expediente lo observado y la conclusión en la Tarjeta de Registro y Control de la Lepra. Se anota cita en 6 meses posteriores y se informa al paciente el motivo. **PASA A E. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA POSTRATAMIENTO.**

15. Informa mensualmente a la jurisdicción y los que concluyeron el esquema de tratamiento y se comprueba ausencia de lesiones y bacilos; se procede al egreso por curación, utilizando para ello el formato Registro y Seguimiento de Casos.
16. Los casos paucibacilares serán citados cada mes y evaluados a los 6 meses de tratamiento.

■ Entrevistas intermedias y al final de la PQT.

17. Entrevista para tratamiento: la enfermera supervisa **mensualmente** la ingesta de la primera dosis del blister y entrega las 27 dosis restantes; anota el dato y la nueva cita en la Tarjeta de Registro y Control de Lepra; interroga sobre efectos adversos a la PQT o la presencia de alteraciones

neuríticas, en cuyo caso pasa a evaluación con el médico. Con entrevista a familiares se verifica el cumplimiento de la toma diaria del medicamento; adicionalmente, se solicita el blister del mes anterior (vacío). Registra la fecha de la siguiente dosis en la tarjeta de citas.

Toma de biopsia para histopatología un mes antes de la entrevista para evaluación final.

18. Otras entrevistas. Al paciente con efectos adversos a medicamentos de la PQT se le administran medicamentos sintomáticos y, en caso necesario, se remite al especialista. El incremento en la discapacidad, se atiende de acuerdo a C:

PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CASOS DE LEPRO.

19. Informa mensualmente a la jurisdicción los casos atendidos, los blister's proporcionados, señalando si la evolución es favorable o desfavorable, utilizando para ello el formato Registro y Seguimiento de Casos.
20. Examen clínico al final de la PQT (6 a 9 meses): el médico realiza evaluación clínica y verifica la ausencia total de lesiones y confirma con el resultado histopatológico la curación.

El paciente debe ser considerado como curado con o sin discapacidad, ya no requiere medicamento de PQT.

Ante la presencia de lesiones en involución, valorar el diagnóstico y la clasificación con nuevos estudios. Proceder de acuerdo al resultado.

Registra en el expediente lo observado y la conclusión en la Tarjeta de Registro y Control de la Lepra.

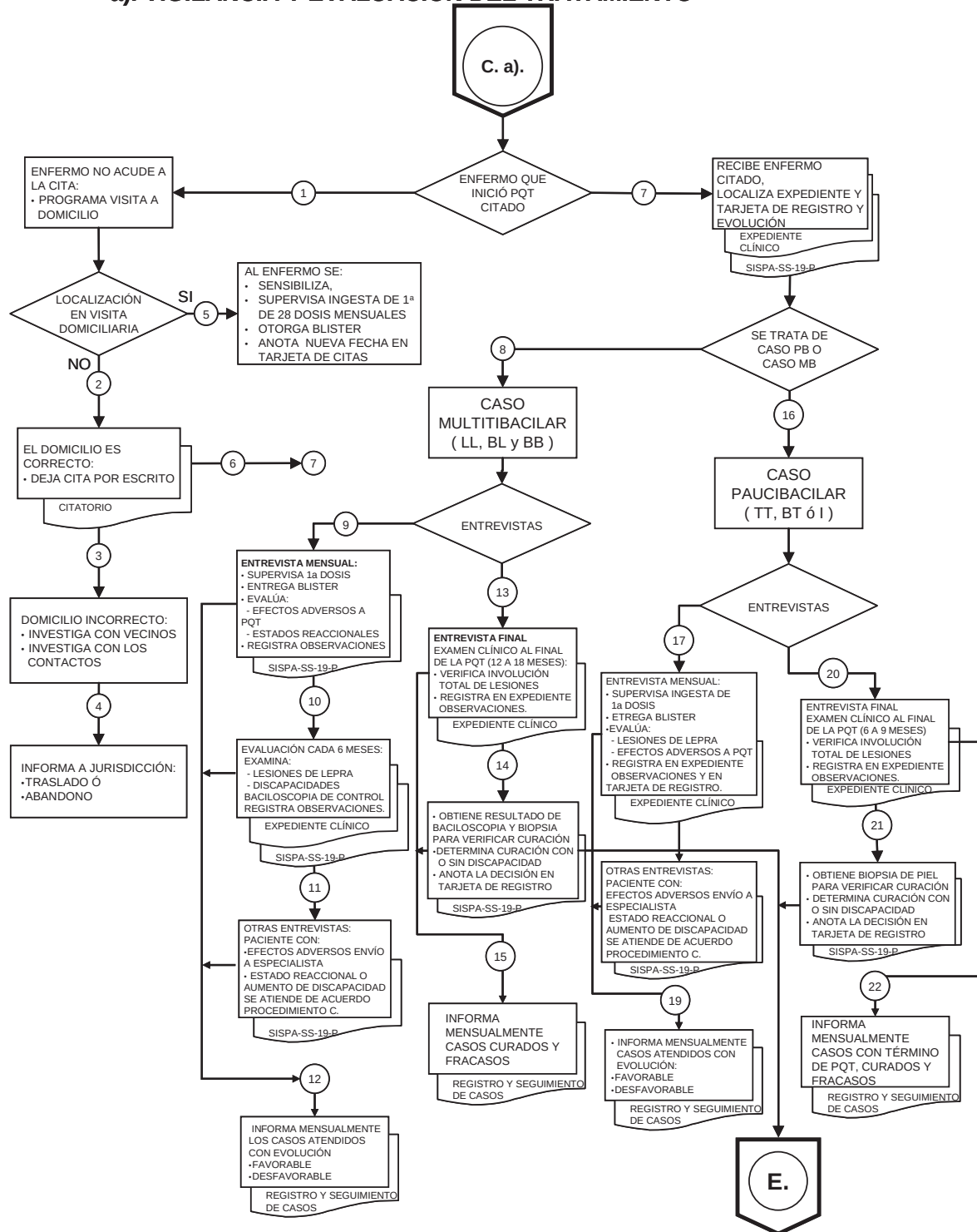
21. Con el resultado del estudio histopatológico se confirma que el paciente ha curado, con o sin discapacidad. Registra en el expediente lo observado y la conclusión en la Tarjeta de Registro y Control de Lepra. Se anota cita en 6 meses

posteriores y se informa al paciente el motivo. **PASA A E:**
PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA POSTRATAMIENTO.

22. Informa mensualmente a la jurisdicción los casos que concluyeron el esquema de tratamiento y se procede a su egreso por curación, utilizando para ello el formato Registro y Seguimiento de Casos.

D. PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA Y EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

a). VIGILANCIA Y EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO



INSTRUCTIVO DE LLENADO

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE LEPROA, SIS-SS-19-P

DATOS DEL DIAGNÓSTICO

Fecha: Anote con dos dígitos el día, mes y año en que clínicamente se establece como probable el diagnóstico de lepra.

Forma de lepra: Marque con "X" los cuadros que correspondan a las formas clínicas. Las formas de lepra lepromatosa y dimorfa corresponden a la clasificación multibacilar (MB); la indeterminada y tuberculoide, corresponden a la paucibacilar (PB).

Resultado histopatológico: Anote el resultado del examen histopatológico.

Resultado baciloscópico: en IB (índice baciloscópico) anote el resultado de laboratorio correspondiente: negativo o en caso de ser positivo anote el número de cruces 1+, 2+, 3+, 4+, 5+, 6+; si existen globias se circula la cruz (Ejemplo: 3 +)

En IM (índice morfológico): anote el resultado correspondiente en porcentaje de bacilos viables reportado por el laboratorio: (Ejemplo 70 %)

Grado de discapacidad: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la discapacidad causada por lepra que presente el paciente.

Detección: Marque con "X" el cuadro que corresponda al tipo de detección.

CONTROL

Fecha: Anote con tinta, la fecha en la que se otorga la consulta médica. Al término de la atención, anote con lápiz en el siguiente renglón, la fecha de la próxima cita.

Reingreso: Marque con "X" este espacio cuando el paciente reanuda el tratamiento después de haberlo abandonado por más de 12 meses, o cuando proceda de otra entidad, si este es el caso anótelo en la columna de observaciones.

Evolución clínica: De acuerdo a la evolución clínica del paciente, anote R = Regresiva, E = Estable o P = Progresiva.

Resultado baciloscopia: Anote el resultado positivo o negativo del último examen practicado al paciente.

Tratamiento prescrito: Anote la dosis de cada medicamento que el enfermo toma en presencia del personal de salud "S", y en "A" anote la dosis que tomará el paciente diariamente en forma autoadministrada.

Vigilancia postratamiento: Marque con "X" este espacio en la fecha cuando el paciente termina PQT e inicia su vigilancia médica semestral.

Baja (+): Anote la clave que corresponda al motivo por el cual el paciente egresa del programa.

Observaciones: Anote los datos adicionales que considere pertinentes para el adecuado control del caso.

CONTROL DE CONTACTOS

A) RELACIÓN

No.: Anote en orden progresivo el número que corresponda a cada contacto identificado.

Nombre: Anote el nombre completo de todos los contactos identificados.

Edad: Anote la edad del contacto en la columna correspondiente.

Sexo: Anote el sexo del contacto en la columna correspondiente.

B) CONTACTOS EXAMINADOS

No.: Anote el número que corresponda al contacto examinado de acuerdo a la relación.

Examen: Anote la fecha en que se practicó el examen, en el espacio que corresponda al orden de examen. En resultado, anote sano o enfermo de acuerdo al resultado del examen.

Baja (+): Anote la clave del motivo por el cual el contacto deja de ser contacto.

E. Procedimientos para la vigilancia postratamiento de lepra

Objetivos

- * Conocer la situación clínica y bacteriológica durante el transcurso del periodo de postratamiento para identificar posibles recaídas.
- * Dar continuidad a la atención de las deficiencias en la función o estructura neuromusculoesquelética que ocasionó la lepra.
- * Completar el periodo requerido para identificar posibles casos de lepra entre los contactos.

Políticas y normas de operación

- * Los pacientes que han terminado su tratamiento y curado deben incorporarse a un ciclo de evaluación periódica de acuerdo a su clasificación.
- * La vigilancia postratamiento consiste en examen clínico y baciloscópico a los exenfermos multibacilares (MB) y a los exenfermos paucibacilares (PB), únicamente en examen clínico.
- * Los pacientes con nueva aparición de signos y síntomas de lepra o de bacilos, después de haberse curado, se consideran como recaída.
- * Todo paciente con recaída debe de ingresar a tratamiento con fármacos de primera línea.
- * Los contactos son el grupo más expuesto al riesgo de adquirir la infección y la enfermedad, en ellos se requiere examen dermatológico periódico con la finalidad de identificar los casos nuevos, antes de que se conviertan en fuente de transmisión o desarrollen discapacidad.

Descripción de actividades

Para una mejor comprensión de las Actividades, véase también **DIAGRAMA E.** en página 112.

1. El personal periódicamente revisará la tarjeta de registro del caso de lepra e identificará al paciente en vigilancia postratamiento que debe acudir a su evaluación.
 - Exenfermo citado cada 6 meses después de su curación. Acude o no a la unidad de salud en la fecha señala.
2. No acude a la cita, se programa fecha para visita domiciliaria.
 - Localización en visita domiciliaria. Si se entrevista en su domicilio, se realiza la **ACTIVIDAD 6**.
3. No se localiza al exenfermo, el domicilio es correcto; conocer el motivo del incumplimiento:
 - Se encuentra trabajando; nuevo citatorio con fecha.
 - Emigró y regresa; nuevo citatorio abierto.
 - Emigró definitivamente; se obtiene nuevo domicilio y se continúa la vigilancia de los contactos. Al no obtener nuevo domicilio egresa del registro.
 - Falleció; se continúa la vigilancia de los contactos.

Verificar conocimientos sobre la enfermedad y reforzar la información; se examinan contactos y se deja citatorio para el ex enfermo.
4. Si el domicilio es incorrecto se investigará discretamente con familiares o vecinos, sin que se mencione que es un enfermo de lepra.
5. Informará a la jurisdicción el cambio de radicación si se obtiene nuevo domicilio, en caso contrario se reporta egreso del registro como perdido.

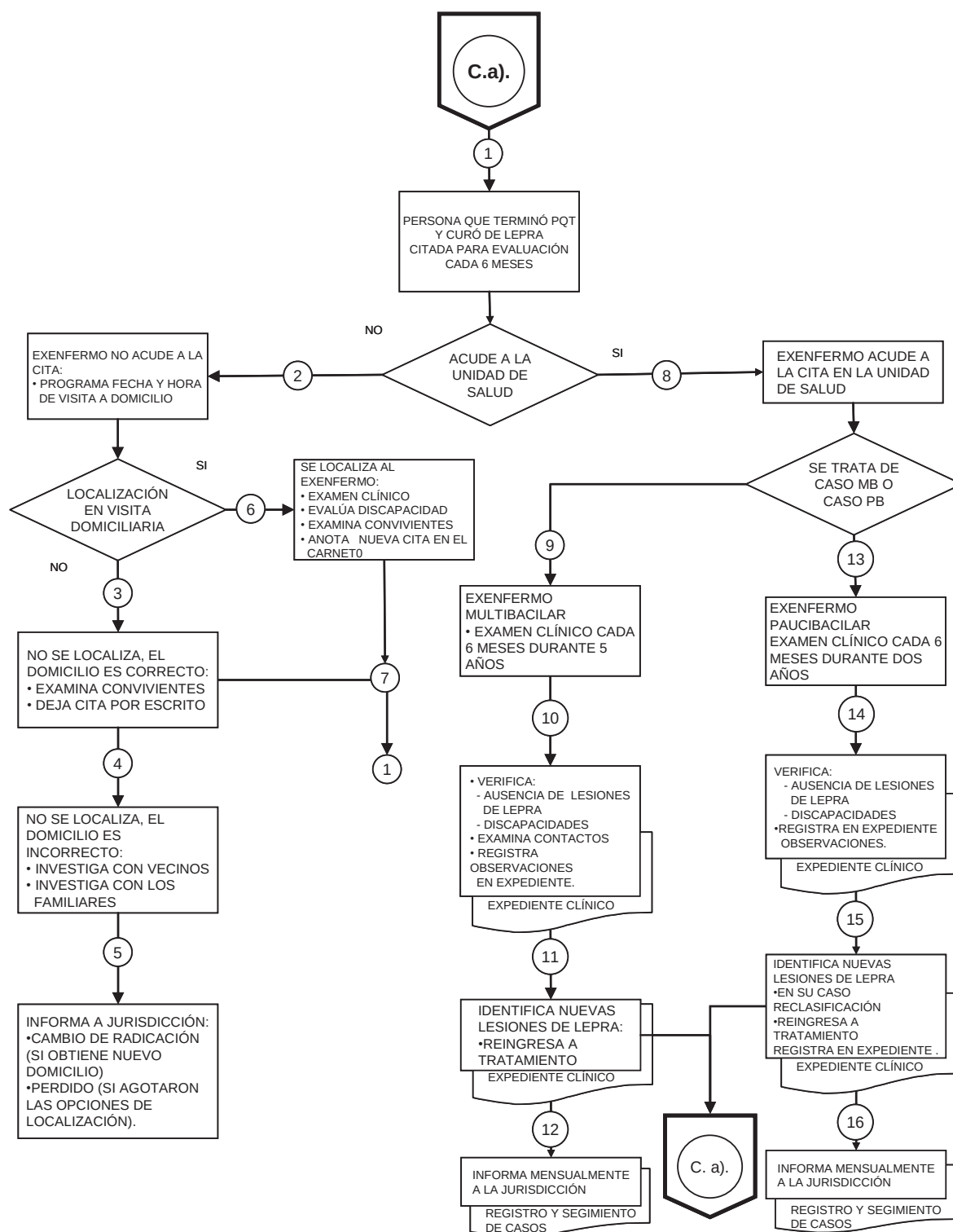
6. Si se localiza al exenfermo, el personal de salud capacitado realiza el examen dermatológico, toma de muestra para baciloscopia en los MB, evalúa discapacidad, verifica conocimientos sobre la enfermedad y refuerza la información; examina contactos y anota cita en 6 meses en la tarjeta de citas (**ACTIVIDAD 1**); al llegar a la unidad registra los datos en la Tarjeta de Registro y Control de Lepra. Sensibilizar en la necesidad de los exámenes cada 6 meses, acudiendo para ello a la unidad de salud.
7. Continúa la evaluación, como se indica en **ACTIVIDAD 1**.
8. Si el exenfermo acude a la unidad de salud espontáneamente a su cita, se estimula verbalmente para que continúe haciéndolo.
 - Se verifica en la Tarjeta de Registro y Control de Lepra la clasificación: exenfermo multibacilar o paucibacilar.
9. Exenfermo multibacilar: se realiza examen clínico y baciloscopia de control cada 6 meses durante 5 años.
10. Con el examen clínico se verifica la ausencia de lesiones de lepra, en piel y nervios periféricos y discapacidades. En esta entrevista se toma muestra para baciloscopia; si el resultado reportado es negativo, se ratifica la ausencia de enfermedad. Se registra en el expediente lo observado y la conclusión en la Tarjeta de Registro y Control de la Lepra. Se anota cita en 6 meses posteriores. Después de 5 años (10 evaluaciones semestrales), de no existir recaída egresa para ser considerado en término de vigilancia postratamiento y ya no requiere actividades de control sanitario. Realiza examen dermatológico a contactos.
11. Si con el examen clínico el personal de salud identifica nuevas lesiones, se debe evaluar si son lesiones de lepra o de estado reaccional. Se toma muestra para laboratorio como si se tratara de un caso probable.

- Si se confirma recaída se inicia retratamiento.
- Si las lesiones son de estado reaccional se elige tratamiento según el tipo, **PROCEDIMIENTO C. b. TRATAMIENTO DEL ESTADO REACCIONAL.**

Para los enfermos que requieran retratamiento seguir el **PROCEDIMIENTO C. a. TRATAMIENTO DE LA LEPPRA (PQT).**

12. El personal de salud deberá informar mensualmente al nivel jurisdiccional los resultados de la evaluación en la hoja de Registro y Seguimiento de Casos de Lepra.
13. Exenfermo paucibacilar: se realiza examen clínico cada 6 meses durante dos años.
14. Mediante el examen clínico se verifica la ausencia de lesiones de lepra en piel y nervios periféricos; si es así, se ratifica la ausencia de enfermedad. Se registra en el expediente lo observado y la conclusión en la Tarjeta de Registro y Control de la Lepra. Se anota cita en 6 meses posteriores. Después de dos años (4 evaluaciones semestrales), si se mantiene la ausencia de lesiones será considerado en término de vigilancia postratamiento y ya no requiere actividades de control sanitario. Se realiza examen dermatológico a contactos.
15. En caso de presentar lesiones de lepra, realizar los estudios requeridos debido a un posible error en la clasificación inicial y se procede de acuerdo a los resultados; se da seguimiento de acuerdo al **PROCEDIMIENTO C. a. TRATAMIENTO DE LA LEPPRA (PQT).** Se registra en el expediente lo observado y la conclusión en la Tarjeta de Registro y Control de la Lepra.
16. El personal de salud deberá informar mensualmente al nivel jurisdiccional los resultados de la evaluación en el Registro y Seguimiento de Casos de Lepra.

E. PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA POSTRATAMIENTO DE CASOS DE LEPRAS



Formato

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCIÓN DE MICOBACTERIOSIS
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPRO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE LEPRO

UNIDAD DE SALUD:

JURISDICCIÓN:

MES:

MUNICIPIO:

ESTADO:

FECHA:

CASO NO.	IDENTIFICACIÓN DEL ENFERMO						CONDICIONES AL INICIO DE LA POLIQUIMIOTERAPIA												
	NOMBRE DEL ENFERMO	LOCALIDAD	MUNICIPIO	TIPO PAC.	EDAD Y SEXO		DERECHO-HABIENCIA	DIAGNOSTICO						CLASIFICACIÓN INTEGRAL				TIPO DE LEPRO	
					M	F		BACILOSCOPIA			HISTOPATOLOGÍA								
								FECHA	IB	IM %	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	LL	LD	LT	LI	MB

"N" nuevo
 "C" conocido
 "R" referido

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCIÓN DE MICOBACTERIOSIS
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPRO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE LEPRO

UNIDAD DE SALUD:

JURISDICCIÓN:

MES:

MUNICIPIO:

ESTADO:

FECHA:

CASO NO.	FECHA DE INICIO DE PQT	CONTROL DEL TRATAMIENTO														CONTROL BACILOSCÓPICO		
		CALENDARIO DE DOSIS														FECHA	RESULTADO	
		Día de toma supervisada/Situación de las lesiones cada 6 meses																
		AÑO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	IB		IM %	

"F" favorable cuando existe regresión clínica de lesiones
 "D" desfavorable cuando persisten las lesiones de lepra o aparecen nuevas

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE LEPROA UNIDAD DE SALUD

ES UN INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN CON CARÁCTER CONFIDENCIAL, DEBE PERMANECER EN LA UNIDAD ACTUALIZADO CADA MES Y REGISTRAR A TODOS LOS CASOS DIAGNOSTICADOS DURANTE EL AÑO LECTIVO CORRESPONDIENTE.
Dicho documento se integra en la unidad de salud que controla el caso, deberá de enviar mensualmente a la Jurisdicción.

HOJA 1 DE 4

UNIDAD DE SALUD:

Anote el tipo de unidad de salud: Centro de salud, Clínica, Unidad Médico Familiar u Hospital, agregando las siglas de la institución a la que pertenece.

MUNICIPIO:

Anote el nombre del municipio donde se ubica la unidad de salud.

JURISDICCIÓN:

Anote la Jurisdicción Sanitaria a la que corresponde el municipio antes anotado.

ESTADO:

Anote el nombre de la entidad federativa en el cual se ubica la unidad de salud.

MES:

Anote el mes que se está informando.

FECHA:

Anote con números arábigos la fecha en que se reporta, día, mes y año.

IDENTIFICACIÓN DEL ENFERMO

CASO N°:

Anote el número en forma progresiva de acuerdo al orden en que ingresan los pacientes al programa. Recomendamos un formato para prevalencia y un formato para casos en vigilancia postratamiento.

NOMBRE DEL ENFERMO:

Escriba con letra legible el apellido paterno, materno y nombre del enfermo.

LOCALIDAD:

Anote el nombre de la localidad en donde vive el enfermo.

MUNICIPIO:

Anote el nombre del municipio al que pertenece la localidad donde vive el enfermo.

TIPO DE PACIENTE:

Anote la inicial correspondiente de acuerdo a si el enfermo es nuevo "N", conocido "C" o referido "R".

EDAD Y SEXO:

Anote la edad en años cumplidos en la columna correspondiente de acuerdo al sexo: masculino "M" o femenino "F".

DERECHOHABIENTIA:

Anote las iniciales correspondientes a la institución SSA, IMSS Ordinario, ISSSTE, IMSS Oportunidades, DIF, PEMEX, SDN, SEDEMAR, PRIV, otra.

CONDICIONES AL INICIO DE LA POLIQUIMIOTERAPIA

BACILOSCOPIA:

Anote con números arábigos en FECHA el día, mes y año en que se realizó la baciloscopia de diagnóstico y en RESULTADO el Índice Bacteriológico (IB), cuando es positiva se reporta el número de cruces: 1+, 2+, 3+, 4+ 5+ o 6+, o si es negativo: NEG. El Índice Morfológico (IM), corresponde al porcentaje de bacilos viables observados en la laminilla.

HISTOPATOLOGÍA:

Anote con números arábigos en FECHA el día, mes y año en que se realizó la biopsia. Anote en RESULTADO con la letra correspondiente a la clasificación de lepra que reporta el laboratorio: lepromatosa "L", dimorfa "D", tuberculoide "T", indeterminado "I".

CLASIFICACIÓN INTEGRAL:

Anote con la letra correspondiente a la clasificación de lepra en que se clasifica de manera integral: lepromatosa "L", dimorfa "D", tuberculoide "T", indeterminado "I".

TIPO DE LEPROA:

Anote la clasificación correspondiente para caso multibacilar "MB", si es lepromatoso o dimorfo; para caso paucibacilar "PB", si es tuberculoide o indeterminado.

HOJA 2 DE 4

CASO N°:

Anote el número que identifica al enfermo en la primera hoja.

CONTROL DEL TRATAMIENTO

FECHA DE INICIO DE PQT:

Anote con números arábigos la fecha día, mes y año de la primera toma mensual supervisada.

CALENDARIO DE DOSIS:

Este calendario tiene como propósito llevar control de las dosis supervisadas a partir de la primera dosis; se registrará como sigue: en la columna AÑO anotar las cuatro cifras del año en que inicia la PQT; anote en la celda el día de la toma supervisada del mes correspondiente y cada 6 meses separando con una diagonal anote la inicial de la evolución: "F" favorable cuando existe regresión clínica de lesiones, "D" desfavorable cuando persisten las lesiones de lepra o aparecen nuevas.

CONTROL BACILOSCÓPICO:

Anote con números arábigos en FECHA el día, mes y año en que se realizó baciloscopia de control y en RESULTADO el Índice Bacteriológico (IB) cuando es positiva el número de cruces: 1+, 2+, 3+, 4+ 5+ o 6+, o si es negativa: NEG. El Índice Morfológico (IM), se registra en porcentaje y corresponde a bacilos viables observados en la laminilla. Control baciloscópico del enfermo cada 6 meses.

HOJA 3 DE 4

CASO N°:

Anote el número que identifica al enfermo en la primera hoja.

CONDICIONES AL TÉRMINO DE LA PQT

FECHA QUE TERMINÓ TRATAMIENTO:

Anote con números arábigos la fecha día, mes y año en que finalizó su tratamiento PQT.

BACILOSCOPIA:

Anote con números arábigos en FECHA el día, mes y año de la baciloscopia realizada al finalizar la PQT. En RESULTADO el Índice Bacteriológico (IB), cuando es positiva el número de cruces: 1+, 2+, 3+, 4+ 5+ o 6+, o si es negativa: NEG. El Índice Morfológico (IM), se registra en porcentaje y corresponde a bacilos viables observados en la laminilla.

HISTOPATOLOGÍA:

Anote con números arábigos en FECHA el día, mes y año en que se realizó la biopsia para estudio histopatológico. Anote en RESULTADO con la letra correspondiente a la clasificación reportada por el laboratorio: Negativa o Lepra tratada "N", lepromatosa "L", dimorfa "D", tuberculoide "T", indeterminado "I".

SITUACION DEL PACIENTE QUE TERMINÓ TRATAMIENTO:

Anote la letra según corresponda:

"C", curado si las lesiones desaparecieron o dejaron la piel atrofica, si la última baciloscopia resultó negativa y la histopatología es negativa.

"A", corresponde al abandono de tratamiento.

"D", defunción, cualquiera que haya sido la causa de muerte del enfermo de lepra.

"F", fracaso al tratamiento cuando en un caso de lepra se cumple satisfactoriamente un esquema de tratamiento y persiste con signos clínicos de lepra o baciloscopia positiva.

"M", migró, del país.

"P", perdido, si el enfermo no se localiza y es desconocido en el domicilio registrado.

"R", refractario, aquel enfermo que cumplió satisfactoriamente un segundo esquema de tratamiento con PQT y no curó.

"T", traslado por cambio de domicilio, en aquellos casos en que el enfermo comunica su cambio de radicación y proporciona su nuevo domicilio.

VIGILANCIA POSTRATAMIENTO

INICIO DE VIGILANCIA POSTRATAMIENTO:

Anote con números arábigos en FECHA, el día, mes y año en que inicia la vigilancia postratamiento, (inicia en la fecha de la primera evaluación después de haber curado).

SEGUIMIENTO DE VIGILANCIA POSTRATAMIENTO:

REVISIÓN CLÍNICA:

Anote con números arábigos en FECHA, el día, mes y año en que se realiza valoración clínica, en RESULTADO escriba "A" si durante la revisión del caso se encuentra asintomático o "S" sospechoso si presenta alguna manifestación clínica de lepra.

BACILOSCOPIA:

Anote con números arábigos en FECHA el día, mes y año de la baciloscopia realizada durante la vigilancia postratamiento. En RESULTADO el Índice Bacteriológico (IB) cuando es positiva el número de cruces: 1+, 2+, 3+, 4+ 5+ o 6+, o si es negativa: NEG. El Índice Morfológico (IM), se registra en porcentaje y corresponde a bacilos viables observados en la laminilla. Evaluar al enfermo cada 6 meses.

HOJA 4 DE 4

CASO N°:

Anote el número que identifica al enfermo en la primera hoja.

GRADO DE DISCAPACIDAD:

Se evalúa al momento del diagnóstico, al egreso por curación y al egreso de la vigilancia postratamiento y cuando sea necesario.

Registre en las columnas O (ojos), M (manos), P (pies), G (General) el grado de discapacidad encontrado y se clasifica numéricamente: Cero "0", uno "1" o 2 y la discapacidad General será Cero o el grado más alto (1 o 2), que resulte de la evaluación.

ESTADOS REACCIONALES

FECHA:

Registrar con números arábigos día, mes y año los procesos reaccionales presentados.

TIPO:

Anote que tipo de Estado Reaccional: uno romano "I" si la reacción fue de reversa o de degradación; si fue reacción leprosa tipo II (dos romano).

TERMINO DE VIG. POS TX

FECHA:

Anote con números arábigos día, mes y año en que se realizó la valoración del paciente al término de su vigilancia postratamiento.

CONDICIONES:

Anote la inicial de la palabra que describe el motivo del egreso:

"A", si durante la revisión el caso se encuentra asintomático.

"C", cambio de domicilio en aquel caso en que el enfermo comunica su nuevo domicilio.

"D", defunción, cualquiera que haya sido la causa de muerte del enfermo de lepra.

"R", recaída, a la aparición de signos y síntomas de lepra, de bacilos o de estado reaccional, después de haber curado.

ESTUDIO DE CONTACTOS

EXAMEN ANUAL: Los números del 1 al 7 corresponden a los años consecutivos que deben permanecer en vigilancia.

REGISTRADOS

Anote en la columna con números arábigos el número de contactos registrados en la Tarjeta de registro y control de caso.

EXAMINADOS

Anote en la columna con números arábigos el número de contactos que se sometió a examen dermatológico, en el periodo que informa.

ENFERMOS

Anote con números arábigos el número de contactos examinados en los que se hizo el diagnóstico de lepra en el periodo que informa. Una vez confirmado se elimina numéricamente de este registro.

OBSERVACIONES:

Anote en este espacio la información que considere conveniente.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Vivir Mejor