

Manual de Normas y Procedimientos

Programa Nacional de Control de Lepra

Paraguay 2015



Programa Nacional
de Control de Lepra



TESAI HA TEKÓ
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETA REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajajo Oñondiveka Tape Pyehu
Construyendo juntos Un Nuevo Rumbo



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas







Esta nueva edición del Manual de Normas y Procedimientos, del Programa Nacional de Control de Lepra, sigue básicamente los delineamientos del anterior con algunos cambios puntuales en su elaboración.

Participaron en su realización, el equipo de trabajo del Programa de Lepra y los consultores de la OPS/OMS, Dr. Santiago Nicholls y Dr. Carlos Wiens, a quienes agradecemos su colaboración.

La idea final es que este manual se constituya en un instrumento de orientación que ayude a todo el personal involucrado en el control de la enfermedad.

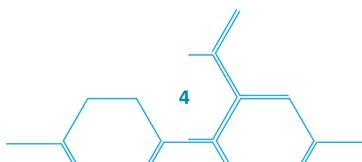
PARAGUAY 2015

Imágenes y fotografías: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Diseño editorial: Goiriz Imagen y Cía.

Corrección: Sylvia von Glasenapp

Paraguay, 2016



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Dr. ANTONIO BARRIOS

Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. MARÍA TERESA BARÁN

Viceministra de Salud

Dra. ÁGUEDA CABELLO

Directora General de Vigilancia de la Salud

Dra. Estela Quiñones de Meza

Directora de Enfermedades Transmisibles

Dra. MARÍA VICTORIA ALVARENGA DE MORRA

Directora del Programa Nacional de Control de la Lepra





Catalogado Por el Centro de Información y Conocimiento OPS/OMS/PRY

Paraguay Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Control de Lepra.

Manual de Normas de Procedimientos Programa Nacional de Control de Lepra Paraguay 2015.-- Asuncion: OPS/OMS, 2016.-- 79 págs.

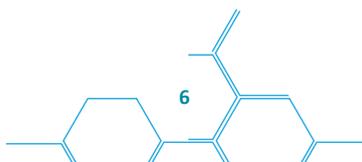
ISBN 979-99967-36-31-5

1. LEPRA
2. PROGRAMA NACIONAL DE LEPRA
3. PARAGUAY

I. Título.

616.1

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2016
<http://www.paho.org/par>



COMISIÓN DE REDACCIÓN

Dra. Victoria Alvarenga de Morra

Directora del Programa de Lepra MSPyBS.

Dr. Nery Ortiz

Asesor Médico Social de la D.A.H.W – Hospital Mennonita Km 81.

Lic. Ivony Enns

Coordinadora de Educación y Capacitación del HM Km 81.

Lic. Emilce Ramírez

Jefa de Vigilancia Programa de Lepra.

Lic. Rossana Aguirre

Secretaria General Programa de Lepra.

Coordinadores del Programa de Lepra en las Regiones Sanitarias:

Concepción: **Lic. Marcial Escobar**

San Pedro Norte: **Lic. Cinthia Recalde**

San Pedro Sur: **Lic. Zoraida Duré**

Guairá: **Lic. Francisco Alfonso**

Caazapá: **Lic. Liliana Talavera**

Itapúa: **Lic. Élda Cáceres**

Misiones: **Lic. Ángela González**

Paraguarí: **Lic. Liz Franco**

Alto Paraná: **Lic. Abría Ramírez**

Central: **Lic. Rubén Arce - Sra. Ceferina Arrúa**

Ñeembucú: **Santiago Soto**

Amambay: **Lic. Daniel Olguín**

Pte. Hayes: **Lic. Francisca Rojas**

Boquerón: **Lic. Sulma Fretes**

Alto Paraguay: **Lic. Lilian Ayala**

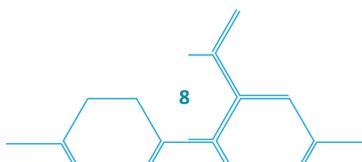
Asunción: **Lic. Gloria Villalba**

El Manual de Normas y Procedimientos, del Programa Nacional de Control de Lepra, ha contado con la cooperación técnica y financiera de la OPS/OMS y en su revisión participaron el equipo médico del Hospital Mennonita Km 81 y los coordinadores regionales.

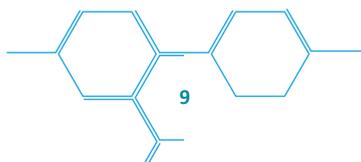


ÍNDICE

11	—	INTRODUCCIÓN
13	—	GRÁFICOS DEMOSTRATIVOS DE LA ENDEMIAS
17	—	1. CARACTERÍSTICAS DE LA LEPROSA
18	—	2. CLASIFICACIÓN DE LA LEPROSA
18	—	2.1 CLASIFICACIÓN CLÍNICA
22	—	2.2 CLASIFICACIÓN OPERATIVA
22	—	3. CÓMO DIAGNOSTICAR UN CASO DE LEPROSA
22	—	3.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA LEPROSA
22	—	3.2 MANCHAS DE LEPROSA
22	—	3.3 OTROS SIGNOS DE LEPROSA
23	—	4. CÓMO EXAMINAR AL PACIENTE SOSPECHOSO
23	—	5. CÓMO DETECTAR LA PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD
24	—	6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO
24	—	6.1 BACILOSCOPIA
25	—	6.2 CÓMO TOMAR UNA MUESTRA DE LA LESIÓN CUTÁNEA
25	—	6.3 LECTURA DEL ÍNDICE BACTERIOLÓGICO (IB) EN LINFAS CUTÁNEAS
26	—	7. TRATAMIENTO ESPECÍFICO (PQT/OMS)
26	—	7.1 CINCO PASOS SIMPLES PARA EMPEZAR LA PQT
27	—	8. MODO DE ADMINISTRACIÓN DEL ESQUEMA PQT/OMS
27	—	8.1 TRATAMIENTO PB PARA ADULTOS
27	—	8.2 TRATAMIENTO MB PARA ADULTOS
28	—	8.3 TRATAMIENTO PB PARA NIÑOS
28	—	8.4 TRATAMIENTO MB PARA NIÑOS
29	—	8.5 EFICACIA DE LA PQT
29	—	8.6 CASOS MB CON ÍNDICE BACTERIOLÓGICO ALTO
29	—	8.7 ESQUEMAS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO
31	—	8.8 TRATAMIENTO EN EL EMBARAZO
31	—	8.9 TRATAMIENTO EN COINFECCIÓN CON TUBERCULOSIS
31	—	8.10 TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SIDA Y DE LOS QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)
32	—	9. REGULARIDAD DEL TRATAMIENTO
32	—	10. QUÉ SIGNIFICA ABANDONO DE TRATAMIENTO
33	—	11. COMPLICACIONES
33	—	11.1 REACCIONES LEPROSAS
37	—	11.2 TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES

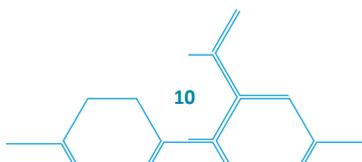


- 39 ___ 12. EFECTOS COLATERALES COMUNES DE LA PQT
- 39 ___ 12.1 ORINA COLOREADA DE ROJO
- 39 ___ 12.2 OSCURECIMIENTO DE LA PIEL
- 39 ___ 12.3 ALERGIA
- 40 ___ 13. PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES
- 40 ___ 13.1 CUIDADO DE LOS PIES
- 40 ___ 13.2 CUIDADO DE LAS MANOS
- 41 ___ 13.3 CUIDADO DE LOS OJOS
- 41 ___ 14. EDUCACIÓN PARA LA SALUD
- 42 ___ 15. DESCENTRALIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL
- 42 ___ 16. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA EL REGISTRO DE LOS ENFERMOS DE LEPROSA
- 42 ___ 16.1 DETECCIÓN DEL ENFERMO
- 43 ___ 16.2 CÓMO PROCEDER EN CASO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO
- 43 ___ 16.3 ATENCIÓN DEL ENFERMO DE LEPROSA
- 44 ___ 17. FORMACIÓN DEL PERSONAL
- 45 ___ 18. FORMULARIOS Y PLANILLAS EN USO
- 46 ___ 18.1 FICHA A: DE NOTIFICACIÓN (FICHA BLANCA)
- 52 ___ 18.2 FICHA B: TARJETA DE CONTROL DE PACIENTE (TARJETA EN CARTULINA DE COLOR)
- 56 ___ 18.3 FICHA C ALTA DE TRATAMIENTO
- 58 ___ 18.4 FICHA D: INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE LEPROSA
- 63 ___ 18.5 FORMULARIO Nº 1 REMISIÓN DE PACIENTES
- 65 ___ 18.6 PLANILLA Nº 1
- 66 ___ 18.7 PLANILLA Nº 2
- 67 ___ 18.8 PLANILLA Nº 3
- 68 ___ 18.9 PLANILLA Nº 4
- 69 ___ 18.10 PLANILLA Nº 5
- 70 ___ Forma de completar estas Planillas
- 72 ___ 20. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA
- 72 ___ 20.1 NIVEL CENTRAL
- 72 ___ 20.2 NIVEL REGIONAL
- 73 ___ 20.3 SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y CONTROL
- 73 ___ 20.4 EVALUACIÓN OPERACIONAL
- 74 ___ 20.5 EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
- 75 ___ 20.6 INDICADORES PARA MONITOREO E IMPACTO (OPS / OMS)
- 75 ___ 20.7 MECANISMO DE SUPERVISIÓN
- 75 ___ 20.8 SISTEMAS DE CONTROL
- 75 ___ 20.9 LA RESPONSABILIDAD EJECUTIVA FINAL





76	—	21. ANEXOS
76	—	21.1 OTROS CRITERIOS BACTERIOLÓGICOS UTILIZADOS EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DERMATOLÒGICAS
76	—	21.2 CRITERIOS DE ALTA POR CURACIÓN
76	—	21.3 RECIDIVA
77	—	21.4 DIFERENCIAS ENTRE REACCIÓN DE REVERSIÓN Y RECIDIVA
78	—	BIBLIOGRAFÍA



INTRODUCCIÓN

A finales del año 2001, nuestro país, con las acciones conjuntas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Asociación Alemana de Ayuda al Enfermo de Lepra y Tuberculosis (DAHW), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité de Iglesias Mennonitas del Paraguay, ha conseguido reducir la tasa de prevalencia a menos de 1 caso por 10.000 habitantes.

Este logro, sin embargo, no debe conducirnos a bajar la dinámica de las actividades de control, ya que el número de casos nuevos por año se mantiene estable y en varias regiones sanitarias la cobertura de algunos distritos se completó recién en el año 2005.

Si consideramos por Región Sanitaria, tenemos que en el año 2015 en las Regiones de San Pedro, Paraguarí, Ñeembucú, Amambay, Boquerón y Alto Paraguay la tasa de prevalencia se mantiene por encima de 1 caso por 10.000 habitantes.

Sumado a esto, no hemos llegado aún a examinar por lo menos al 85% de los contactos registrados. Es una actividad en la que se ha trabajado intensamente en los últimos tres años, y de examinar el 12% en el 2012, se mejoró a un 61% en el 2015, lo cual indica que hay posibilidades de lograr la meta.

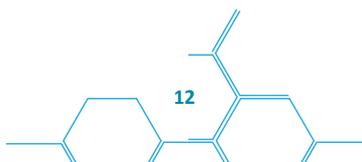
Se debe tener en cuenta que la estrategia global (2011 - 2015) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), preconizó el control de la morbilidad, asimismo, la Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de OPS establece como meta para 2015, la eliminación de la Lepra como problema de salud pública a primer nivel administrativo sub-nacional y sin embargo estos objetivos no hemos podido cumplirlos como se cita al inicio.

En esta estrategia la OMS también incluyó acciones transversales para eliminar el estigma y la discriminación y para estimular a las personas afectadas por Lepra a acudir a los servicios de salud. Por otra parte, a partir del año 2009, la OPS, mediante la misma Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo, incluyó la lepra dentro de las enfermedades desatendidas con el objetivo de dar mayor visibilidad a esta problemática.





La mejor estrategia costo-efectiva para el logro de las metas del Programa del Control de la Lepra constituye las constantes capacitaciones a los trabajadores de la salud. Este manual tiene como objetivo facilitar informaciones claves relacionadas a la enfermedad desde su sospecha hasta el alta del paciente, así como los instrumentos (formularios, fichas, planillas) utilizados por el programa dentro del componente de vigilancia de la Lepra en el País.



GRÁFICOS DEMOSTRATIVOS DE LA ENDEMIAS

CUADRO 1. SITUACIÓN DE LA LEPRO DESAGREGADA POR EL PERFIL DE LOS CASOS NUEVOS. 2006 - 2015.

AÑOS	N.º DE CASOS NUEVOS	MB	MENORES DE 15 AÑOS	SEXO FEMENINO	DISC.GDO 2
2006	404	315	11	153	44
2007	403	317	17	155	34
2008	487	379	27	186	45
2009	404	320	16	144	39
2010	392	310	13	144	51
2011	468	375	15	146	43
2012	515	414	18	187	40
2013	414	339	14	130	45
2014	388	308	13	122	37
2015	423	374	14	149	44

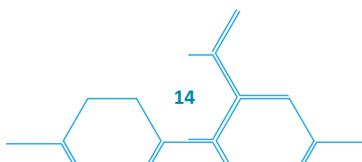
Fuente: PNCL-MSPyBS.



CUADRO 2. CASOS NUEVOS Y ACTIVOS Y TASAS DE DETECCIÓN Y PREVALENCIA DE LEPROSIS DESAGREGADOS POR REGIONES SANITARIAS - PARAGUAY 2015.

REGIONES SANITARIAS	CASOS NUEVOS	TASA DE DETECCIÓN	CASOS ACTIVOS	TASA DE PREVALENCIA	POBLACIÓN
CONCEPCIÓN	20	8,44	20	0,84	236.959
SAN PEDRO	40	9,77	44	1,07	409.381
CORDILLERA	26	8,92	29	0,96	291.311
GUAIRA	14	6,47	18	0,99	216.335
CAAGUAZÚ	36	6,73	45	0,78	534.522
CAAZAPÁ	13	7,23	12	0,84	179.576
ITAPUÁ	18	3,12	20	0,66	576.577
MISIONES	5	4,14	5	0,34	120.576
PARAGUARÍ	33	13,08	31	1,22	252.255
ALTO PARANÁ	48	6,2	43	0,54	773.303
CENTRAL	86	4,33	99	0,49	1.985.384
ÑEEMBUCÚ	18	20,51	20	2,27	87.750
AMAMBAY	15	9,41	16	1	159.263
CANINDEYÚ	19	8,93	21	0,98	212.637
PDTE. HAYES	6	5,14	7	0,6	116.536
BOQUERÓN	8	13,24	8	1,32	60.402
ALTO PARAGUAY	1	6,03	2	1,2	16.582
ASUNCIÓN	17	3,22	20	0,38	526.408
Total	423	6,26	460	0,68	6.755.757

Fuente: PNCL-MSPyBS.



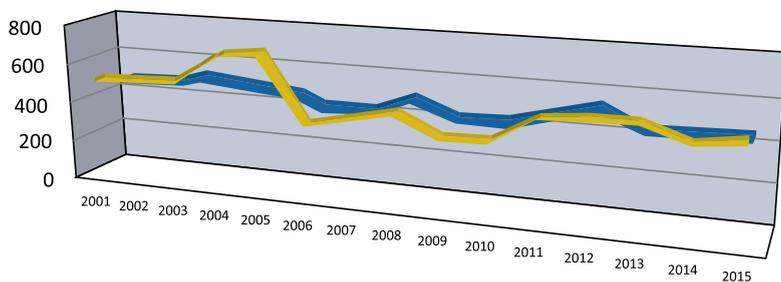
CUADRO 3. CASOS NUEVOS DE LEPTA DESAGREGADOS POR REGIONES SANITARIAS, FORMAS CLÍNICAS, <15 AÑOS, DISCAPACIDAD GRADO II Y SEXO FEMENINO. PARAGUAY 2015.

REGIONES SANITARIAS	CASOS NUEVOS	MB	<15 AÑOS	DG2	SEXO FEMENINO
CONCEPCIÓN	20	18	2	4	8
SAN PEDRO	40	34	4	4	14
CORDILLERA	26	24		1	9
GUAIRÁ	14	13	1	1	2
CAAGUAZÚ	36	30		3	14
CAAZAPÁ	13	12	1		6
ITAPÚA	18	17	1	3	9
MISIONES	5	5		1	1
PARAGUARÍ	33	31		8	8
ALTO PARANÁ	48	38	1	5	18
CENTRAL	86	78		6	34
ÑEEMBUCÚ	18	14		3	6
AMAMBAY	15	11	2		6
CANINDEYÚ	19	18	1	4	7
PTE. HAYES	6	6			1
BOQUERÓN	8	7	1		
ALTO PARAGUAY	1	1			
ASUNCIÓN	17	16		1	6
TOTAL	423	374	14	44	149

Fuente: PNCL-MSPyBS.

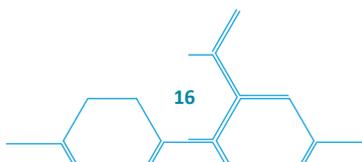


CUADRO 4. TENDENCIA DE LOS CASOS NUEVOS Y LOS CASOS EN TRATAMIENTOS (2001-2015)



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
■ prevalencia	527	510	537	689	713	356	414	458	356	357	484	507	506	424	460
■ detección	467	467	523	496	480	404	403	487	404	392	460	515	414	381	423

Fuente: PNCL-MSPyBS.



1

CARACTERÍSTICAS DE LA LEPROA

La lepra es una enfermedad transmisible, producida por una bacteria denominada *Mycobacterium leprae* (o bacilo de Hansen), descubierto por Henrik Armauer Hansen, médico noruego, en 1873.

Afecta la piel, y nervios periféricos de miembros superiores e inferiores, ojos, vías aéreas superiores y en su forma más severa ganglios, y órganos internos, como hígado, bazo y medula ósea.

Cuando una persona se infecta, transcurre un periodo de tiempo de incubación promedio de 3 a 5 años antes de la aparición de signos y síntomas de la enfermedad.

La enfermedad ataca a ambos sexos y a cualquier edad.

La lepra es poco contagiosa y no es hereditaria. No es una enfermedad letal, pero si no se diagnostica y se trata a tiempo puede producir daños físicos permanentes (discapacidades). Es una enfermedad curable con una combinación de medicamentos denominada poliquimioterapia (PQT).

Se contagia directamente del enfermo sin tratamiento a la persona sana a través de las vías aéreas. Se estima que el 95% de las personas tienen resistencia natural a la bacteria, y solo un 5% es susceptible de contraer la enfermedad, toda vez que exista un contacto íntimo y prolongado con un paciente de lepra.



2

CLASIFICACIÓN DE LA LEPROA

2.1 CLASIFICACIÓN CLÍNICA: Cuando el bacilo de la lepra infecta a un individuo sano puede suceder una de dos situaciones:

- 1- Si el individuo tiene resistencia natural no habrá enfermedad.
- 2- Si la resistencia es deficiente, según el grado de deficiencia, las lesiones tomarán aspectos variados que nos permiten clasificarlas en cuatro formas clínicas (clasificación de Madrid, 1.948), a saber:

• **Lepra indeterminada (L.I):** que se caracteriza por manchas (máculas) levemente blanquecinas, una o múltiples, en cualquier área de la piel, con pérdida o disminución de la sensibilidad en las mismas. La **L.I** es considerada como la forma de comienzo de la lepra.



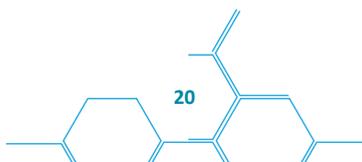


• ***Lepra lepromatosa (L.L):*** Esta forma es la que más bacilos tiene y la abundancia de bacilos se debe a la resistencia disminuida del paciente. Se observan manchas eritematosas o parduscas, generalmente múltiples, sin bordes definidos, en toda la piel. También pueden presentar nódulos (lepromas).





- ***Lepra tuberculoide (L.T)***: esta es la forma no bacilífera. Se pueden ver una o más manchas de bordes bien definidos, circulares, que recuerdan al “uñé” (tiña del cuerpo). Representa una exagerada respuesta inmune ante la presencia de bacilos que son destruidos rápidamente, de modo que son lesiones abacilíferas.





• **Lepra borderline o dimorfa (L.B):** es la forma de lepra donde se ven entremezcladas lesiones que se parecen a lepra tuberculoide (lesiones de bordes netos) con lesiones de tipo lepromatoso (manchas eritematosas sin bordes definidos). Característicamente son lesiones anulares y según predomine uno de los dos polos serán escasas o numerosas y de bordes bien delimitados o evanescentes.



Tener presente que en todas las formas clínicas de la lepra se observa alteración de la sensibilidad en las lesiones cutáneas.



2.2 CLASIFICACIÓN OPERATIVA: Para facilitar el trabajo, la OPS/OMS clasifica la lepra según cantidad de lesiones, cantidad de nervios afectados, y su carga bacilar en **MB** (multibacilar) y **PB** (paucibacilar) (Ver cuadro 5).

Cuadro 5

MB	PB
> de 5 manchas	5 manchas o menos
2 o más nervios afectados	1 solo nervio afectado
IB (+)	IB (-)

Las formas **I** y **T**, se denominan **PB** (Paucibacilares).

Las formas **L** y **B**, se denominan **MB** (Multibacilares).

Para el tratamiento con **PQT** esta clasificación será útil para el tipo y tiempo de administración de la **PQT**.

3

CÓMO DIAGNOSTICAR UN CASO DE LEPROA

3.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA LEPROA

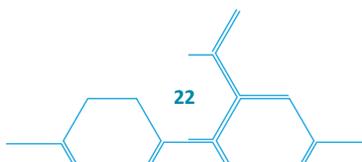
Un enfermo de lepra es alguien que tiene una o más manchas cutáneas con trastornos de sensibilidad.

3.2 MANCHAS DE LEPROA

- Pueden ser blanquecinas, rojizas o amarronadas;
- Pueden ser aplanadas o elevadas;
- No pican; no duelen, no sudan;
- Pierden la sensación de calor, tacto o dolor;
- Pueden aparecer en cualquier parte de la piel;
- Pueden ser únicas o múltiples.

3.3 OTRO SIGNOS DE LEPROA

- Nódulos (lepromas) rojizos o del color de la piel;
- Engrosamiento de nervios periféricos;
- Alopecia de cola de cejas;
- Pérdida de pestañas (madarosis);
- Infiltración de lóbulos auriculares.



4

CÓMO EXAMINAR AL PACIENTE SOSPECHOSO

- Explicar al paciente lo que se va a realizar.
- Examinar toda la piel a la luz del día o en una pieza bien iluminada.
- Examinar todo el cuerpo, respetando la privacidad del paciente.
- Buscar zonas sin pelos y sin sudoración.
- Preguntar al paciente si las lesiones pican. Si pican, las lesiones no son lepra.
- Preguntar sobre algún tratamiento recibido anteriormente.
- Buscar la pérdida de sensibilidad en las lesiones cutáneas.
- Si hay un trastorno claro de la sensibilidad, es lepra.
- Busque alguna discapacidad visible de ojos, manos y pies.
- Cuando hubiere duda diagnóstica, derivar siempre el caso al centro de referencia más cercano.

5

CÓMO DETECTAR LA PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD

- Tome un objeto con punta, como un lápiz o una aguja estéril.
- Toque suavemente la piel con la punta.
- Pregunte a la persona que le señale el punto donde sintió el toque de la punta.
- Ahora pídale cerrar sus ojos de modo que no pueda ver lo que usted está haciendo.
- Toque suavemente la mancha cutánea más llamativa en su centro y pida que le señale dónde sintió el contacto.
- Repita el procedimiento en piel normal y otra vez sobre la misma mancha.
- Si la persona no siente nada en la mancha cutánea, es lepra. Empiece el tratamiento PQT de inmediato.





Se investigan las sensibilidades táctil, térmica y dolorosa. La que más prontamente se altera es la sensibilidad térmica. Para evaluar la sensibilidad térmica se utilizan dos tubos de vidrio, uno con agua natural (o fría) y otro con agua caliente. Se aplican alternadamente (sin que el enfermo observe la maniobra) sobre la parte de la piel supuestamente enferma.

Si existe alteración sensitiva el paciente no sabrá distinguir ni el frío ni el calor. En la práctica, la sensibilidad térmica debería investigarse si existieran dudas en las pruebas de sensibilidad táctil y dolorosa.

6

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

a) **Baciloscopia.**

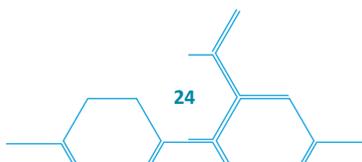
b) **Biopsia de la piel.**

Ambos estudios son importantes, cuando se duda si el caso de lepra recién detectado es un **PB** o **MB**, lo que ayuda a establecer el tiempo de tratamiento con la **PQT/OMS**. En las formas PB no se encontrarán bacilos, pero sí en las **MB**.

6.1 BACILOSCOPIA

Es la búsqueda del bacilo de Hansen en muestra de linfa cutánea que se extiende sobre una lámina de vidrio (frotis). Hacer al inicio y al final del tratamiento con PQT. La muestra debe tomarse de cuatro sitios:

- a) Los dos lóbulos auriculares.
- b) Los dos codos o las dos rodillas.
- c) Si el paciente parece un dimorfo o borderline, o si los estudios citados arriba son negativos y el enfermo presenta lesiones múltiples deben tomarse muestras del borde de por lo menos de dos lesiones.



6.2 CÓMO TOMAR UNA MUESTRA DE LA LESIÓN CUTÁNEA

Después de desinfectar con alcohol, con los dedos índice y pulgar de una mano se comprime firmemente la piel para descongestionarla de sangre lo máximo posible (isquemia provocada) y luego con un instrumento cortante (hoja de bisturí desechable N° 15) se practica un corte pequeño de unos 5 mm de largo con profundidad suficiente (2 mm a 3 mm) para alcanzar el tejido subcutáneo.

Sin aflojar los dedos, para evitar que fluya sangre, se raspa el tejido de los bordes de la pequeña herida y la sustancia semilíquida recogida se esparce sobre la lámina procurando formar una capa delgada y uniforme (frotis de linfa cutánea). Recordar la importancia del raspado suave de tejido para conseguir células, que es donde se encontrarán los bacilos.

La muestra de linfa cutánea se deja secar al aire por un minuto y luego, poniendo el dorso de la lámina de vidrio un breve instante sobre la llama, se la “fija” por el calor evitando quemarla.

La muestra queda útil por varias semanas. Cada lámina lleva la identificación que corresponde (número, fecha, nombre).

Las muestras, que deben ser enviadas a un laboratorio, deben ser previamente envueltas en papel (pañuelo desechable).

6.3 LECTURA DEL ÍNDICE BACTERIOLÓGICO (IB) EN LINFA CUTÁNEA

IB: Ø	No se observa ningún bacilo en 100 campos.
IB: 1 +	1-10 bacilos observados en 100 campos.
IB: 2+	2-10 bacilos observados en 10 campos.
IB: 3+	1-10 bacilos observados en 1 campo.
IB: 4+	10-100 bacilos observados en 1 campo.
IB: 5+	100-1.000 bacilos observados en 1 campo.
IB: 6+	Más de 1.000 bacilos en 1 campo.



7

TRATAMIENTO ESPECÍFICO (PQT/OMS)

Las tres drogas utilizadas en la **PQT** (Rifampicina, Clofazimina y Dapsona) vienen en paquetes calendarizados de “blísteres” para un mes (28 días) y en cuatro presentaciones: **PB** adultos, **PB** niños; **MB** adultos, **MB** niños, con el calendario de la toma diaria.

Los **MB** deben tomar 12 blísteres en no más de 18 meses.

Los **PB** deben tomar 6 blísteres en no más de 9 meses.

7.1 CINCO PASOS SIMPLES PARA EMPEZAR LA PQT

1. Cuente el número de manchas de modo a clasificar el tipo de lepra en PB (1-5 manchas) o MB (más de 5 manchas). Si hay dudas, clasifíquelo como MB.

2. Informe al paciente y a los que lo acompañan acerca de la enfermedad y su tratamiento, anímelos a hacer preguntas y a aclarar sus dudas. Hábleles de las discapacidades y de las posibles complicaciones y entrégueles materiales educativos.

3. Administre al paciente la primera dosis en el centro de salud. Enséñele cuáles pastillas del paquete de PQT deben ser tomadas una vez por mes y cuáles cada día. La primera dosis de cada mes es de ingestión supervisada por el personal de salud.

4. Entregue al paciente la cantidad de paquetes de “blísteres” necesarios hasta la próxima visita. Fíjese el tiempo y lugar de la visita. Tener siempre presente que lo deseable es la asistencia mensual.

5. Escriba los datos en la historia clínica del paciente.



PQT acompañada: Se utiliza este sistema cuando resulta difícil que el paciente retire personalmente cada mes su medicación, ya sea porque vive lejos y no tiene medios para trasladarse mensualmente o no hay medicamentos o no hay personal en los centros asistenciales al momento de su visita. La **PQT acompañada** le proporciona dos opciones: Retirar los medicamentos regularmente pero a intervalos más largos (cada dos o tres meses) o bien llevar con ellos el tratamiento completo en el momento del diagnóstico. Los pacientes deberían tener una persona cercana a ellos que supervise su tratamiento.

8

MODO DE ADMINISTRACIÓN DEL ESQUEMA PQT/OMS

8.1 TRATAMIENTO PB PARA ADULTOS

Una vez por mes	Día 1 - 2 cápsulas de Rifampicina (300 mg x 2). - 1 comprimido de Dapsona (100 mg).
Una vez por día	Días 2 a 28 - 1 comprimido de Dapsona (100 mg).
Tratamiento completo	- 6 blísteres PB tomando 1 blíster por mes. Completar en no más de 9 meses.

8.2 TRATAMIENTO MB PARA ADULTOS

Una vez por mes	Día 1 - 2 cápsulas de Rifampicina (300 mg x 2). - 3 cápsulas de Clofazimina (100 mg x 3). - 1 comprimido de Dapsona (100 mg).
Una vez por día	Días 2 a 28 - 1 cápsula de Clofazimina (50 mg). - 1 comprimido de Dapsona (100 mg).
Tratamiento completo	- 12 blísteres tomando uno por mes. Completar en no más de 18 meses.

MUY IMPORTANTE: Los pacientes deben comprender cuáles medicamentos deben tomar una vez por mes y cuáles cada día.



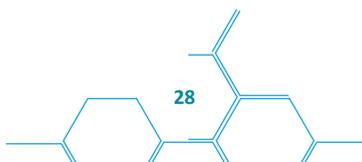
8.3 TRATAMIENTO PB PARA NIÑOS

	Menores de 10 años	10 a 14 años
Una vez por mes	Día 1 - 1 cápsula de Rifampicina (300 mg). - ½ comprimido de Dapsona (25 mg).	Día 1 - 2 cápsulas de Rifampicina (300 mg + 150 mg). - 1 comprimido de Dapsona (50 mg).
Una vez por día	Días 2 a 28 - ½ comprimido de Dapsona (25 mg).	Días 2 a 28 - 1 comprimido de Dapsona (50mg).
Tratamiento completo	- 6 blísteres PB, tomando 1 blíster por mes. Completar en no más de 9 meses.	- 6 blísteres PB tomando 1 blíster por mes. Completar en no más de 9 meses.

8.4 TRATAMIENTO MB PARA NIÑOS

	Menores de 10 años	10 a 14 años
Una vez por mes	Día 1 - 1 cápsula de Rifampicina (300 mg). (10-20mg/kg). - 2 cápsulas de Clofazimina (50 mg x 2). (1 a 2mg/kg). - ½ comprimido de Dapsona (25 mg). (1 a 2mg)/kg).	Día 1 - 2 cápsulas de Rifampicina (300 mg + 150 mg). - 3 cápsulas de Clofazimina (50mg x 3). - 1 comprimido de Dapsona (50 mg).
Una vez por día	Días 2 a 28 - 1 cápsula de Clofazimina (50 mg), 2 veces por semana. - ½ comprimido de Dapsona (25 mg) diarias.	Días 2 a 28 - 1 cápsula de Clofazimina (50mg), días alternos. - 1 comprimido de Dapsona (50 mg), diarios.
Tratamiento completo	-12 blísteres MB tomando uno por mes. Completar en no más de 18 meses.	

Observación: En caso de duda en la clasificación se recomienda tratar al paciente como multibacilar (MB). Y en caso de dudas sobre la dosis, consultar con el coordinador regional.



8.5 EFICACIA DE LA PQT

El indicador más importante para la eficacia de un régimen quimioterápico es la tasa de ocurrencia de recidivas después de la conclusión con éxito del tratamiento programado. La información disponible, proveniente de diversos programas de control, muestra que la tasa de recidivas es bastante baja (0.1% al año para **PB** y 0.06% al año para **MB** en promedio).

Además de eso, la baja frecuencia de efectos colaterales tornó la **PQT** bastante aceptable para los pacientes en las más variadas situaciones.

8.6 CASOS MB CON ÍNDICE BACTERIOLÓGICO ALTO

La mayoría de los pacientes **MB** con índice bacteriológico alto, > de 3 +, al terminar su tratamiento de doce meses mejoran paulatinamente. Los que no muestren mejoría o presenten señales de deterioro clínico y persistencia de bacilos sólidos, o fragmentados con IB de 3 + o más necesitarán doce meses adicionales de **PQT-MB**. Los pacientes con bacilos granulados e **IB** de 3 + o más serán controlados clínica y bacteriológicamente cada tres meses durante un año para decidir la conducta posterior.

8.7 ESQUEMAS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO

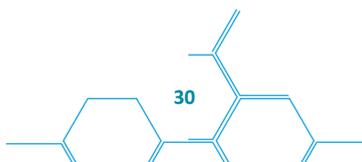
Se administran cuando el paciente presenta reacciones adversas a los medicamentos antileprosoos usados en la **PQT**. Es muy importante estar seguros de esto. Una vez definida la situación, puede intentarse tratamiento con otros fármacos. Este régimen debe administrarse bajo supervisión directa en un centro de referencia.



Cuadro 1. Tratamientos de segunda línea para lepra recomendados por OMS

Fuente: World Health Organization, 2012. Technical Report Series, Nº 968. WHO Expert Committee on Leprosy. Eighth report. Pages: 22-23. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75151/1/WHO_TRS_968_eng.pdf

Indicación	Drogas, dosis y duración	Comentarios
Pacientes que no pueden tomar Rifampicina.	Clofazimina x 50 mg con una de las siguientes: -Ofloxacina x 400 mg -Minociclina x 100 mg -Claritromicina x 500 mg Frecuencia: diaria Duración: primeros 6 meses, seguido de: Clofazimina x 50 mg con una de las siguientes: -Ofloxacina x 400 mg -Minociclina x 100 mg Frecuencia: diaria Duración: siguientes 18 meses Tiempo total de tratamiento: 24 meses	La Ofloxacina se puede reemplazar por Moxifloxacina x 400 mg.
Pacientes que no pueden tomar Clofazimina.	PQT MB reemplazando la Clofazimina por una de las siguientes: -Ofloxacina x 400 mg -Minociclina x 100 mg Frecuencia: diaria Duración: 12 meses	La Ofloxacina se puede reemplazar por Moxifloxacina x 400 mg.
Pacientes que no pueden tomar Dapsona por intolerancia, alergia o efectos tóxicos graves.	Para pacientes MB: Continuar el tratamiento MB con Rifampicina y Clofazimina, sin la Dapsona. Para pacientes PB: Reemplazar la Dapsona por Clofazimina en las dosis usadas para lepra MB.	





8.8 TRATAMIENTO EN EL EMBARAZO

Las embarazadas, se benefician del mismo esquema de tratamiento. No es rara la aparición de “estados reaccionales” o incluso la aparición de las primeras señales en este estado.

Solo hay que prestar especial atención a la anemia que podría aparecer por la Dapsona y que se sumaría a la “anemia fisiológica” del embarazo y también, una pigmentación cutánea transitoria en los niños (en el caso de usarse Clofazimina que se elimina por la leche).

Se ha asociado la lepra en la madre con un bajo peso del recién nacido.

8.9 TRATAMIENTO EN COINFECCIÓN CON TUBERCULOSIS

Terminar primeramente el tratamiento antituberculoso y luego iniciar el de la lepra.

8.10 TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SIDA Y DE LOS QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

En el primer caso no hay cambio en los esquemas, ya que es igualmente efectivo en estos pacientes.

En el segundo, caso la medicación para la lepra no interfiere la acción de los TARV. Solo recordar que puede haber mayor número de reacciones tipo 1.



9

REGULARIDAD DEL TRATAMIENTO

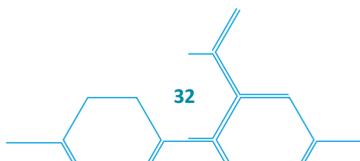
Aquel que tomó su PQT mensualmente se considera un paciente regular. Sin embargo, si un paciente PB tomó la dosis indicada en un plazo máximo de nueve meses y uno MB lo hizo en plazo máximo de 18 meses, se considerará que ha completado su tratamiento.

Debe recibir un nuevo esquema de tratamiento el paciente PB que suspendió su tratamiento por más de tres meses o el MB que suspendió su tratamiento por más de seis meses.

10

QUÉ SIGNIFICA ABANDONO DE TRATAMIENTO

Es el caso de un paciente que no ha recibido tratamiento durante más de seis meses consecutivos o no, si es MB o durante más de tres meses consecutivos o no, si es PB. Una vez categorizado como abandono, deben realizarse los debidos esfuerzos para buscarlo y persuadirlo de volver al consultorio. Si no hay resultados se lo debe sacar del registro.



11

COMPLICACIONES

11.1 REACCIONES LEPROSAS

Es un cuadro clínico agudo que se presenta solo en los pacientes MB, (lepromatosos o borderline), sobre todo durante el tratamiento pero también puede aparecer antes de iniciado o luego de haberlo terminado. No debe interpretarse como un agravamiento de la enfermedad y no debe interrumpirse la medicación específica (PQT). La causa de las reacciones es la respuesta violenta y exagerada del sistema inmune del paciente frente a restos bacilares.

La lepra presenta dos tipos de reacciones según la respuesta inmune:

- Reacción Tipo 1 o de Reversa (RR).
- Reacción Tipo 2 o Tipo Eritema Nudoso Leproso.

En la reacción tipo 1 está comprometida la inmunidad celular.

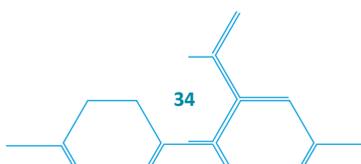
En la reacción tipo 2 está comprometida la inmunidad humoral.

La reacción en la lepra borderline (MB) puede ser **Reacción Tipo 1 (reacción reversa) (RR)** o **Reacción Tipo 2 Eritema Nudoso Leproso (ENL)**, según la respuesta del sistema inmune del paciente.





La Reacción Tipo 1 o reacción reversa (RR): consiste en edema y enrojecimiento de lesiones preexistentes, que aparecen generalmente en pacientes en tratamiento, como si ellos bruscamente empeoraran en vez de mejorar, lo que induce al paciente a creer que el medicamento le hace mal. Los nervios periféricos se vuelven dolorosos y se hinchan. Pueden aparecer pérdida de sensibilidad y debilidad muscular, y a veces edema de manos y pies.





La **Reacción Tipo 2 o Eritema Nudoso Leproso (ENL)**: caracterizado por nudosidades rojizas, dolorosas espontáneamente o a la palpación, de límites difusos. Puede haber aumento de tamaño de ganglios linfáticos, hígado y bazo, dolores articulares y musculares, fiebre, cansancio, pérdida del apetito, náuseas, vómitos y dificultad para dormir. Las lesiones pueden estar diseminadas en cualquier parte de la piel, con predominio en extremidades, tórax y rostro. **La lepra es la única enfermedad infecciosa en donde el eritema nudoso está diseminado en varios segmentos del cuerpo. En las demás afecciones que cursan con eritema nudoso, estas lesiones se limitan a las piernas.**

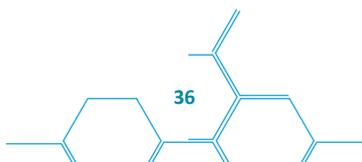




En algunas ocasiones, la **Reacción Tipo 2** se presenta como eritema multiforme o como eritema negrosante o fenómeno de Lucio. Esta última forma clínica se ve sobre todo en ancianos, o en portadores de lepra lepromatosa difusa y generalmente sin tratamiento previo.



- 1.) Ambos tipos de reacción puede ocasionar intensos dolores en extremidades superiores y/o inferiores por inflamación de los nervios (neuritis).
- 2.) Los nervios periféricos se vuelven dolorosos y engrosados. Aparecen trastorno de sensibilidad como hiperestesia o anestesia en las zonas inervadas por los nervios y debilidad muscular marcada. En ocasiones también edema intenso de manos y pies.
- 3.) Las reacciones leprosas deben ser cuidadosamente tratadas para evitar secuelas de discapacidades (parálisis de mervios periféricos).



11.2 TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES

Si un paciente tiene cualquiera de los signos y síntomas citados en el párrafo anterior, debe acudir de inmediato al servicio de salud más cercano.

Las reacciones requieren de tratamiento urgente con otros medicamentos diferentes a la PQT, ya que pueden llevar a discapacidades irreversibles.

Tratamiento de las Reacciones Tipo 1:

La Droga principal: Prednisona.

Una dosis promedio de Prednisona para los casos de Reacción de Reversa leve es el siguiente:

40 mg por día durante las semanas 1 y 2.
30mg por día durante las semanas 3 y 4,
20 mg por día durante las semanas 5 y 6,
15 mg por día durante las semanas 7 y 8,
10 mg por día durante las semanas 9 y 10,
5mg por día durante las semanas 11 y 12.

En los casos severos o con Neuritis intensa la dosis debe ser de 1mg.kp/día.

Tratamiento de las Reacciones Tipo 2:

En el **Eritema Nudoso Leproso (ENL)** se utiliza según la intensidad:

- para fiebre y dolor leve: paracetamol, ibuprofeno u otros AINES.
- para reacciones severas: Talidomida (100 mg), hasta 300 mg diarios, aunque en promedio son suficientes 100 mg diarios. Si el paciente tiene repetidas reacciones, mantenerlo con ½ comprimido (50 mg) diarios, por la noche o ½ comprimido (50 mg) días alternos, por la noche, durante largo tiempo, (como mínimo unos seis meses).

No debe administrarse a mujeres en edad fértil, salvo riguroso control de anticoncepción.





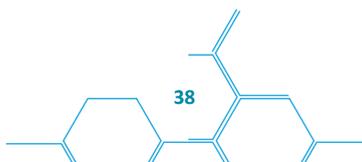
Si hay neuritis, otros órganos internos comprometidos además de la piel o si no se dispone o no puede utilizarse Talidomida, dar al paciente Prednisona a la dosis de 1 mg/kg/peso/día.

Para **Reacciones de Reversa** o **neuritis** severas y en los casos graves de **Eritema Nudoso Leproso (ENL)** se puede usar Dexametasona los dos primeros días en forma parenteral. Si el paciente no queda internado, una dosis de Dexametasona de 8mg IM e iniciar al día siguiente estando ya el paciente en su domicilio Prednisona por vía oral a la dosis de 1mg/kg/día o siguiendo el esquema citado anteriormente. Si el paciente queda internado, hacer por VI 8mg de entrada y luego 4mg cada 8 o 12 horas, según necesidad, por dos días, iniciándose posteriormente la dosis de Prednisona o Talidomida por vía oral.

Es importante controlar al paciente que toma esteroides y reducir la dosis según las necesidades del paciente, en forma paulatina. Se recomienda dar al paciente algún medicamento protector de mucosa gástrica, sobre todo si es anciano y calcio mientras dure el tratamiento con esteroides. No olvidar también algún antiparasitario (albendazol 400mg) al iniciar la corticoterapia.

En la neuritis (dolor y engrosamiento del nervio) se usan esteroides. En la neuritis severa, a demás de los corticoides y la inmovilización del miembro afectado, puede ser necesaria la cirugía para descompresión del tronco nervioso afectado.

Otros medicamentos utilizados para las Reacciones Tipo2 son los inmunosupresores, como Azatioprina o Metotrexate o Pentoxifilina a la dosis de 400mg 3 veces al día. Y para las neuralgias residuales Carbamazepina, Pregabalina la amitriptilina, o la clorpromazina. Estos medicamentos no están a disposición en el Programa Nacional de Lepra.



12

EFFECTOS COLATERALES COMUNES DE LA PQT

12.1 ORINA COLOREADA DE ROJO

Esto se debe a la rifampicina que se toma una vez por mes. Esta coloración dura solamente unas horas después de tomar el medicamento. Informe al paciente y asegúrele que ello no causa daño.

12.2 OSCURECIMIENTO DE LA PIEL

Se debe a la clofazimina usada diariamente en el tratamiento de los pacientes MB. No causa daño y desaparece unos meses después de completado el tratamiento. Anime a los pacientes a tomar las medicinas regularmente.

12.3 ALERGIA

Algunos pacientes pueden ser alérgicos a los componentes de PQT.

Lo más común es un purito severo y manchas oscuras en la piel. En menor proporción puede ocurrir descamación generalizada causada por Dapsone o aparición de moretones debido a trombocitopenia producida por la rifampicina. En tales casos, se indica al paciente que suspenda la medicación, y se lo remite al hospital más cercano o al Instituto de Medicina Tropical o al Hospital Mennonita de km 81.



13

PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES

Pacientes con manos y pies insensibles se dañan a sí mismos sin darse cuenta. Estas lesiones pueden infectarse y con el tiempo llevar a deformidades irreversibles. Las lesiones deben ser tratadas como se trataría cualquier lesión como cortes o heridas, o piel seca.

Cuando Usted refiere un paciente, escriba los detalles de su daño y los medicamentos que está tomando. Envíe esta nota con el paciente referido al médico que lo verá.

13.1 CUIDADO DE LOS PIES

Pies con grietas y fisuras: indique baño de inversión por 20 minutos cada día en agua y sal, y aplicación regular de vaselina. Aconseje el uso de zapatillas o zapatos de cuero para proteger de daño.

Ampollas en la planta o entre los dedos: cubra la ampolla con paño limpio. Aplique algodón y vendaje.

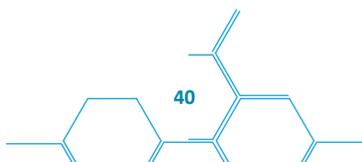
Pies con úlceras sin secreción: limpie la úlcera con agua y jabón. Cúbrala con tela limpia. Aconseje reposo.

Pies con úlceras y secreción: limpie la úlcera. Aplique apósito antiséptico. Aconseje reposo. Si no hay mejoría en cuatro semanas, refiéranselo al hospital (Hospital Regional, Centro de Especialidades Dermatológica de San Lorenzo u Hospital Mennonita Km 81).

13.2 CUIDADO DE LAS MANOS

Daño en las manos durante el trabajo o en la cocina: limpie la lesión y aplique apósito limpio. Aconseje reposo. Indique el uso de un paño grueso para proteger las manos cuando tenga que tocar objetos calientes o cortantes.

Manos con grietas secas y fisuras: Aconseje lavar las manos por 20 minutos cada día en agua y aplicar regularmente vaselina.



13.3 CUIDADO DE LOS OJOS

Pacientes que presentan ojos enrojecidos, dolor, visión borrosa y lagrimeo: dar paracetamol. Mantener el ojo cubierto. Cuando sea posible, aconseje que vaya al hospital.

Paciente que presenta lesión de la córnea (úlceras de córnea). Aplique ungüento de antibiótico. Mantenga el ojo cubierto. Cuando sea posible, aconseje que vaya al hospital.

La mejor manera de prevenir discapacidades es el diagnóstico precoz y tratamiento inmediato con PQT.

Si un paciente presenta discapacidad o deformidad debe recibir atención adecuada de rehabilitación física y de reinserción laboral y social.

14

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Su objetivo debe ser el diagnóstico temprano, la lucha contra el estigma y la instrucción sobre la prevención de discapacidades. Estará dirigida al enfermo, la familia y la comunidad.

Al enfermo: se hará entrevista personal y se hará charla de grupo: Se insistirá en que la enfermedad es como cualquier otra, que es totalmente curable, que no es hereditaria, y se darán orientaciones sobre los cuidados de las manos, los pies y los ojos.

A la familia: se explica que la enfermedad no es hereditaria, no se contagia por bebidas ni alimentos, y la necesidad del control de la piel aunque fuera solo una vez al año.

A la comunidad: se tendrá la necesidad de minimizar o suprimir el estigma social, y los prejuicios sobre el mal, su durabilidad, su poca contagiosidad. Explicar que la enfermedad no es hereditaria y que no hay necesidad de aislar al paciente.





En este contacto con la comunidad se tendrán en cuenta las siguientes recomendaciones: utilizar a los líderes naturales, tener en cuenta los patrones culturales locales, llevar a cabo las tareas educativas conjuntamente con las de otras enfermedades que afectan a la comunidad.

15

DESCENTRALIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

La lepra se atiende en Atención Primaria de la Salud por los equipos USF (Unidad de Salud Familiar), en los lugares más cercanos a la residencia del paciente y, en enfoques considerados con otras patologías (TBC, paludismo, etc.) siempre en la búsqueda de una integración plena a nivel local.

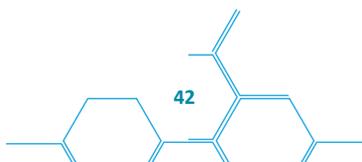
16

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA EL REGISTRO DE LOS ENFERMOS DE LEPRA

16.1 DETECCIÓN DEL ENFERMO

Cuando se detecta un caso de lepra en una unidad sanitaria, el mismo debe ser registrado (ver más adelante los formularios a ser llenados) con sus contactos y, en lo posible, encaminarlos a la USF más cercana a su domicilio para seguir su tratamiento. Esta ficha inicial será elevada al Coordinador Regional componente de la Unidad Epidemiológica Regional (UER) en el periodo correspondiente (ver los plazos más adelante). Una copia quedará en la Dirección Regional y la otra se enviará al Programa Nacional de Control de Lepra (MSP y BS). La Unidad Sanitaria donde seguirá su control dispondrá de una tarjeta de control mensual.

Si el caso de lepra es detectado por un médico particular, éste deberá notificarlo al Coordinador Regional para seguir el mismo proceso, o al Programa Nacional de Control de Lepra.



Si un paciente de lepra informa cambio de domicilio, la institución que le atendía hasta entonces debe notificar mediante formulario de remisión a la unidad sanitaria correspondiente al nuevo domicilio, proporcionando copia de la historia clínica del caso. El cambio de domicilio, sea dentro del país o al exterior, se informará al Programa Nacional de Lepra en el tiempo establecido (ver más adelante). Si los contactos intradomiciliarios quedan en el domicilio inicial, los mismos deberán seguir bajo control de acuerdo a las normas.

16.2 CÓMO PROCEDER EN CASO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO

Todos los casos de abandono de tratamiento, irregularidad de tratamiento, fallecimiento, reingreso sea por recaída o por haber vuelto del exterior, deben registrarse e informarse al Programa Nacional de Lepra en los tiempos establecidos, y en los formularios correspondientes.

Se considera abandono de tratamiento todo caso en el que el paciente no acude a su control por más de tres meses en caso de PB y por más de seis meses en caso de MB.

Se debe intervenir antes de que se cumpla el periodo de abandono.

16.3 ATENCIÓN DEL ENFERMO DE LEPPRA

La atención de los enfermos de lepra es ambulatoria. Los enfermos que presenten complicaciones que precisen atención hospitalaria deberán ser ingresados en los hospitales generales de su área. El Centro de Especialidades Dermatológicas de San Lorenzo es un centro de referencia para cirugía reparadora de casos de lepra, y elaboración de calzados ortopédicos.

El Hospital Mennonita de Itacurubí de la Cordillera (Km 81 ruta 2) también es un centro de referencia, depende del Comité de Iglesias Mennonitas y colabora en forma estrecha con el Programa Nacional de Control de Lepra desde hace 20 años, ofreciendo sus instalaciones para capacitación a funcionarios de salud, y camas a pacientes con reacciones severas y otras enfermedades intercurrentes y para los que precisan cirugías reparadoras por secuelas de la enfermedad y ortopedia.

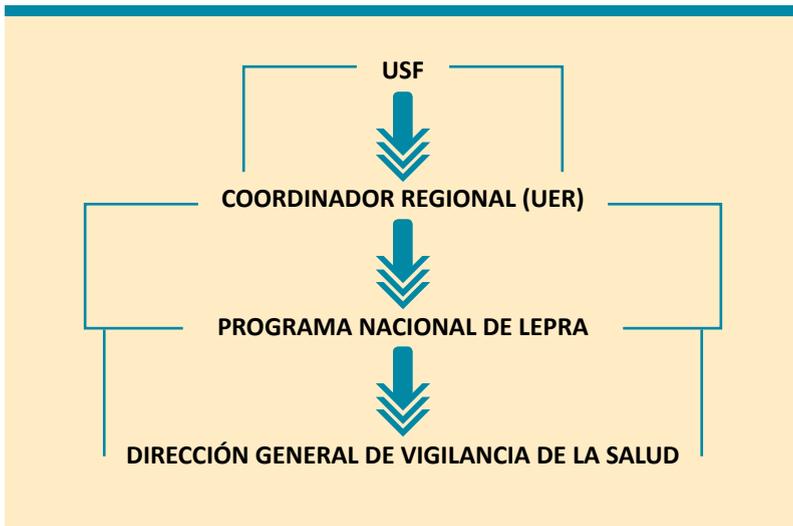


17

FORMACIÓN DEL PERSONAL

La preparación del personal de salud se hace en forma práctica y consiste en pasantía de los mismos por los servicios más especializados del Programa de Lepra, como el Centro de Especialidades Dermatológicas (CED), dependiente del Programa Nacional de Control de la Lepra, situado en el predio del Hospital Materno Infantil de Calle'i (San Lorenzo, Dr. Pellón N° 207 casi Azara) y el Hospital Mennonita, donde se enfatizan los aspectos de diagnóstico, tratamiento, manejo de complicaciones y prevención de discapacidades. Se realizan cursillos de refrescamiento con la periodicidad adecuada. Además se hacen reuniones cuatrimestrales con los coordinadores regionales del programa.

FLUJOGRAMA DE INFORMACIÓN:



FORMULARIOS Y PLANILLAS EN USO

FICHA A: ficha de notificación (ficha blanca).

FICHA B: tarjeta de control de pacientes para servicios de salud (tarjeta en cartulina de color).

FICHA C: de alta de tratamiento.

FICHA D: de supervisión.

Formulario N.º 1: Remisión de pacientes

PLANILLAS

N.º 1: de notificación obligatoria mensual de servicios de salud.

N.º 2: de registro de pacientes con lesiones en piel (sintomáticos dermatológicos).

N.º 3: de control de tratamiento de casos activos de lepra.

N.º 4: de control de reacciones, neuritis y úlceras.

N.º 5: de control de contactos.

A continuación se detallan los formularios y las planillas que están vigentes y que deben ser utilizados en los servicios de salud. Algunos deben ser elevados hasta el nivel central y otros de uso regional o local, por lo que pueden ser adaptados para las condiciones propias de cada región.



18.1 FICHA A: DE NOTIFICACIÓN (FICHA BLANCA)

A

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
Dirección General de Vigilancia de la Salud
Dirección de Enfermedades Transmisibles
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA LEPROA



FICHA EPIDEMIOLOGICA

1. Apellidos: Edad:
 2. Nombres: Año:
 3. Fecha de Nacimiento: 4. Fecha de Fichamiento: 5. Fichado por:
 6. Estado Civil: 7. Sexo: 8. Ocupación:
 9. C.I.N° : 10. Teléfono:
 11. Lugar de Nacim. Dpto. 12. Distrito: 13. Ubicación U. R.
 14. Lugar de Resid. Dpto: 15. Distrito 16. Ubicación U. R. Direcc:
 17. Antecedente Familiar:
 18. Fuente de denuncia:
 19. Motivo de Consulta :
 20. Tiempo de Enfermedad:
 21. Nombre y Apellido de la Madre (de soltera)
 22. Historia de la Enfermedad:
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

PARA USO DE LA DIRECCIÓN

.....

.....

.....

23) LESIONES CUTANEAS Y NERVIOSAS

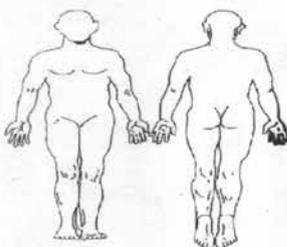
Marcar en el dibujo la localización

Cabeza

Tronco

Miembros Superiores.....

Miembros Inferiores.....



24) Clasificación

1) Paucibacilar (PB) (Tuberculoide e Indeterminado)

2)..... Multibacilar (MB) (Lepomatosa, Bordeline)

Observación:.....

25) Linfa Cutanea de 4 sitios (2 lobulos y 2 codos o lesiones). Completar siempre 04 muestras . Se pueden repetir las muestras si hay dudas sobre el resultado.

26) Histopatología Inicial.....

27) CONTACTOS

	Nombre del Contacto	Edad	Sexo	Vinc.	I.D.	E.D.	Tiempo Conv.	Observaciones.
1-								
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								
7-								
8-								

28) Registro de Discapacidades

Grados	MANO			PIE			OJO			Lesiones faringicas
	SIGNO	I	D	SIGNO	I	D	SIGNO	I	D	
Grado 1	Insensibilidad			Insensibilidad			Conjuntivitis			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Grado 2	Úlceras y lesiones traumáticas			Mal perforante			Lagofthalmos			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Mano en garra móvil			Dedo en garfio			Iritis o queratitis			
	Mutilación leve			Pie Caído			Visión borrosa			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Mutiles caída			Mutilación leve			Perdida grave de visión			
Grado maximo	Articulaciones rígidas			Contractura			Ceguera			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Mutilación grave			Mutilación grave						

29) Servicio donde seguirá tratamiento:.....

30) Inicia Tratamiento : (....) PB (.....) MB Fecha:.....

Obs:.....





18.1 FICHA A: DE NOTIFICACIÓN (FICHA BLANCA)

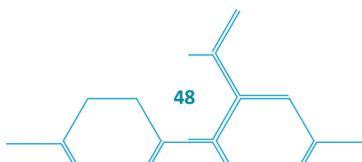
- Deben ser completadas en el centro asistencial en donde se ha diagnosticado al paciente.
- Enviar al Programa Nacional de Control de la Lepra del MSPyBS por medio del coordinador regional.
- Una copia queda en la Región Sanitaria correspondiente.

En esta se registran los datos personales, clínicos y epidemiológicos del enfermo de lepra, así como la nómina de sus contactos y el grado de discapacidad en el primer registro.

Previo análisis para certificar que es un caso nuevo, queda en el archivo central luego de otorgársele el número de orden correspondiente.

CÓMO LLENAR LA FICHA A:

- 1. Apellidos:** se anotarán los apellidos paterno y materno del paciente y en caso de mujer casada, no olvidar el apellido de soltera.
- 2. Nombres:** se tomará nota de todos, si el paciente tuviere más de uno.
- 3. Cedula de identidad y número de teléfono celular** del paciente o familiar cercano.
- 4. Año:** se refiere al año de fichamiento.
- 5. Fecha de nacimiento:** se anotarán día, mes y año.
- 6. Fecha de fichamiento:** se deben anotar día, mes y año.
- 7. Fichado por:** se consigna el nombre y apellido del que confecciona la ficha.
- 8-9-10.** Se refiere al estado civil, sexo y ocupación, respectivamente.
- 11. Corresponde al lugar de nacimiento:** se refiere al departamento, al distrito de nacimiento del paciente y a la dirección precisa si es posible y ubicación refiriéndose a la situación urbana "U" o rural "R" del lugar de nacimiento del paciente.



12. Localización del lugar de residencia del paciente: se debe llenar con mucha precisión departamento, distrito, dirección y ubicación urbana “U” o rural “R”.

13. Antecedentes familiares: se anotará si existen o no casos de lepra entre los familiares del paciente o allegados a él. Detallar nombre y apellido completo.

14. Fuente de denuncia: se anotará si se trata de un paciente descubierto en consultorio de piel, en examen de contactos o referido por otro servicio médico, algún particular u otro paciente.

15. Motivo de consulta: se anotará el signo o síntoma que despertó la atención del paciente (mácula, anestesia, úlcera, alopecia, etc.).

16. Tiempo de enfermedad: se toma nota de cuánto tiempo (meses o años) hace que el enfermo está atacado por el mal.

17. Nombre y apellido de la madre: (de soltera).

18. Historia de la enfermedad: se anotarán los hechos resaltantes ocurridos durante la evolución de la enfermedad, desde el inicio, hasta el momento del examen.

19. Para uso de la dirección: en esta sección se anotan datos relevantes del paciente como ser edificios o monumentos importantes que pueden servir como señal de cómo llegar a la casa del paciente o algún suceso importante relacionado con la enfermedad del mismo.

20. Lesiones cutáneas y nerviosas: segunda página: se describirán las lesiones cutáneas y nerviosas de cabeza, tronco, miembros superiores e inferiores. Se anotará cualquier referencia que sea de utilidad para el caso. Marcar en las figuras los sitios de las lesiones.

21. Clasificación: marcar sin falta si es PB, o MB.

22. Linfa cutánea: tomar muestras de cuatro sitios (ambos lóbulos auriculares y codos, y se anotarán los resultados). Si saliera negativa repetir linfa en dos lesiones.

23. Histopatología inicial: se pone el diagnóstico final sin descripción histopatológica. (No hay espacio suficiente para ello en la ficha).



24. Contactos: es similar a la planilla N.º 4. Se describirá su llenado al hacer referencia a esta planilla.

25. Registro de discapacidades: este registro se hará en el momento del diagnóstico y al final del tratamiento, por lo cual figura en la ficha de notificación y en la ficha de alta de tratamiento. Es un aspecto importante de la lucha contra la lepra, porque sin asistencia preventiva cabe esperar un deterioro mayor con el transcurrir del tiempo.

El formulario inserto en la ficha de notificación en su cara posterior y en la ficha de alta de tratamiento, es el recomendado por el Comité de Experto de la OMS y propone una clasificación sencilla que resulta fácil para el personal que trabaja en condiciones de terreno.

Los grados de discapacidades solo serán aplicables a lesiones de las manos pies y ojos. Cada grado de discapacidad está relacionado no solo con la gravedad de las lesiones, sino también con las posibilidades de intervención valde, sea a través de fisioterapia, ortopedia o cirugía.

La clasificación es la siguiente:

MANOS:

Grado 0: sin daños.

Grado 1: mano insensible.

Grado 2: úlceras y lesiones traumáticas y/o mano en garra movable y/o mutilación leve o atrofas musculares.

Manos caída o dedos en garfio y articulaciones rígidas y/o

Mutilación grave de los dedos.

PIES

Grado 0: sin daños.

Grado 1: pie insensible.

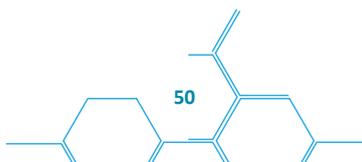
Grado 2: mal perforante y/o dedos en garfio o pie caído y/o mutilación leve, contractura y/o mutilación severa.

OJOS

Grado 0: sin daño.

Grado 1: enrojecimiento de la conjuntiva por anestesia de córnea (conjuntivitis).

Grado 2: lagofthalmos y/o inflamación del globo ocular (iritis o queratitis) y/o visión borrosa. Pérdida severa de visión o ceguera.



Insensibilidad

Se averigua si el enfermo ha perdido su sensibilidad protectora.

La pérdida de la sensibilidad táctil superficial no es una verdadera discapacidad, pero si el paciente no puede localizar una presión ejercida con fuerza, estará expuesto a frecuentes accidentes traumáticos.

La investigación de la insensibilidad puede hacerse, por ejemplo, utilizando la punta del lápiz para ejercer una presión bastante fuerte para deprimir la piel, sin llegar a mover el dedo o la mano del enfermo. Durante la operación, el enfermo tendrá la mano apoyada a una superficie dura y, con los ojos cerrados, deberá indicar el lugar en que a su juicio lo ha tocado la punta de un lápiz. Se considerará que hay insensibilidad cuando el enfermo se equivoque en dos centímetros o más al señalar ese lugar. La experiencia demuestra que la imposibilidad de localizar una presión como la antedicha acarrea el peligro de traumatismos mecánicos y quemaduras.

Úlceras y lesiones traumáticas: los hematomas, las ampollas y las heridas indican que el enfermo utiliza de forma inapropiada sus manos o pies insensibles, y que el mismo requiere de una educación correcta.

Mutilación: cualquier tipo de mutilación corresponde a grado 2.

Rigidez de los dedos: si los dedos conservan bastante capacidad de movimiento pasivo, sin llegar al 100%, se considerará que son móviles, pero si han perdido un 25% de esa capacidad, se clasificarán como rígidos.

Inflamación del globo ocular: se distingue entre el enrojecimiento generalizado de la conjuntiva, lo cual es propio de la conjuntivitis, y el enrojecimiento pericorneal, que puede indicar la existencia de una inflamación del iris y de la parte visual del ojo. En este último caso, se trata de una discapacidad grado 2, que debe tratarse con urgencia con el oftalmólogo.

La fotofobia y los dolores de los ojos pueden indicar la existencia de una iritis; en cambio, la opacidad y las ulceraciones de la córnea se registrarán como síntomas de queratitis, correspondientes asimismo a una discapacidad de grado 2.

En la última parte de la planilla de registro de discapacidades dice “**Grado Máximo**”; en este punto se debe marcar el número 0, o el 1 o el 2, según sea el grado máximo al cual llegó la discapacidad del paciente.



26. Servicio donde seguirá el tratamiento: este punto es muy importante porque permite al Programa Nacional conocer el centro asistencial donde seguirá el tratamiento para posterior solicitud de datos, etc.

27. Fecha de inicio de tratamiento y tipo de tratamiento: especificar ambos para que el Programa Nacional tenga el conocimiento del mismo.

28. Obs.: Anotar datos de interés.

18.2- FICHA B: TARJETA DE CONTROL DE PACIENTE (TARJETA EN CARTULINA DE COLOR)

Cara frontal

PACIENTE		Programa Nacional de Lucha contra la Lepra TARJETA DE CONTROL DE PACIENTE					
EDAD							
DIRECCIÓN							
NUMERO DE LESIONES DE PIEL U OTRAS			OBSERVACIONES:				
CLASIFICACIÓN	PB (1-5) Lesiones	MB(Mas de 5) Lesiones					
FECHA Y FORMA DE DETECCIÓN							
DISCAPACIDAD A LA FECHA DE DETECCIÓN	SI	NO					
FECHA DE INICIO DE 1ª DOSIS DE MDT							
NUMERO DE DOSIS	2	3	4	5	6(Última dosis PB)		
COLOCAR FECHA	7	8	9	10	11	12(Última dosis MB)	
DURACIÓN DE TRATAMIENTO							

En esta se registran la asistencia y evolución individual y se va completando mensualmente para cada paciente en las Unidades de Salud Familiar y otros centros asistenciales. Constituye la ficha clínica del paciente y queda en el servicio donde se le atiende.



Se llena con los datos del paciente desde el momento en que inicia el tratamiento, en forma resumida. Constituye una ficha clínica básica de llenado sencillo para los funcionarios de las Unidades de Salud. Cada vez que el paciente acuda a control se completará la ficha. Esta queda en poder del encargado del programa en el establecimiento sanitario.

Paciente: nombre completo del paciente.

Edad y sexo: se pondrá la edad del paciente en el momento de iniciar el tratamiento, y sexo F o M.

Dirección: lo más completa posible, con alguna referencia si no tiene nombre la calle.

Nº de lesiones en piel u otras: se refiere al número de manchas o cualquier otro signo de la enfermedad.

Clasificación: según el número de manchas se encerrará en círculo PB o MB.

Tiempo de detección y forma de detección: en este punto se pondrá cuánto tiempo se tardó en llegar al diagnóstico del paciente y si el mismo fue por: control de contactos, referencia del propio paciente, de la familia, del servicio de salud de la zona, o de la comunidad. O por consulta espontánea del mismo.

Discapacidad a la fecha de detección: completar con Sí o No según la clasificación de OPS/OMS. Sobre este punto aclarar si hay o no úlceras en el espacio que dice observaciones.

Fecha de inicio de la primera dosis de MDT: colocar el día, mes y año, ejemplo: 01-05-15.

Observaciones: en este espacio se completan algunos datos de importancia como: Las lesiones discapacitantes del paciente, la aclaración sobre la presencia o no de úlceras o neuritis.

También otros puntos como estados reaccionales y afecciones intercurrente de importancia y también regularidad del paciente en el tratamiento.





Contactos: en esta columna se anotan el nombre y apellido de los contactos.

Edad: la edad actual del contacto.

Sexo: se anota M o F (masculino/femenino).

Vínculo: se anota el tipo de relación del contacto con el caso índice: hijo, esposa, nieto, abuelo, primo, etc.

ID (intradomiciliario): se marca con una X si el contacto habita en el mismo domicilio que el paciente.

ED (extradomiciliario): se marca con X si el contacto no habita en el mismo domicilio que el paciente.

Tiempo de convivencia: se refiere al tiempo que el paciente está viviendo en contacto con el enfermo.

Examen: se anota la fecha en que se realizó el examen dermatológico.

Observación: Aquí se anota, por ejemplo, el fin del control, óbito, emigración, etc.



18.3 FICHA C ALTA DE TRATAMIENTO

Esta ficha completa el centro asistencial, donde se hace el tratamiento y envía una copia al encargado regional, quien deja una copia y se encargará de enviar una copia al Programa Nacional de Control de la Lepra.

Completar

- 1. Apellidos:** si tiene más de uno completarlos.
- 2. Nombres:** anotar todos lo que tenga.
- 3. Residencia:** ubicar minuciosamente el barrio o compañía donde vive.
- 4. Edad:** colocar la edad del momento en que inicia el tratamiento.
- 5. Servicios de salud:** especificar puesto de salud, USF, centro de salud, hospital distrital o regional donde el paciente siguió el tratamiento.
- 6. Fecha del diagnóstico:** poner día, mes y año.
- 7. Fecha de inicio de tratamiento:** poner día, mes y año.
- 8. Criterios de diagnóstico:** marcar si el diagnóstico se hizo por clínica, por bacteriología o por biopsia o por medio de los tres o de dos de ellos.
- 9. Modo de detección:** marcar si el diagnóstico se hizo por control de contactos, por consulta espontánea del paciente o si fue referido por personal de salud, familiar u otro paciente.
- 10. Clasificación:** marcar si es MB o PB.
- 11. Número de lesiones:** 5 o menos o más de 5.
- 12. Bacteriología:** marcar si es positiva o negativa.
- 13. Índice bacteriológico:** marcar las +
- 14. Esquema de tratamiento:** marcar si usó 6,12 o más blísteres.
- 15. Grado de discapacidad al inicio del tratamiento:** Marcar en cada casilla lo que corresponde.
- 16. Condiciones de egreso/alta:** marcar la causa por la cual sale del cuadro activo de pacientes.
- 17. Observaciones:** anotar cualquier dato de interés del paciente.
- 18. Indicar fecha de entrega/toma de blíster:** En este ítem especificar fecha, mes y año de cada blíster que tomó el paciente.
- 19. Episodios reaccionales:** si hubo reacciones marcar el tipo según cuadros.
- 20. Indicar fecha de episodios reaccionales durante tratamiento:** aquí se marcan las fechas de los episodios durante el tiempo de tratamiento.
- 21. Registro de discapacidades al término de tratamiento:** se registra de la misma forma que al inicio de tratamiento.
- 22. Firma y fecha:** este es un documento y debe ser responsable la persona que siguió el tratamiento del paciente.



18.4 FICHA D: INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE LEPRA



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



GOBIERNO NACIONAL
CONSTITUCIÓN JUNTA DE NUEVA ESPAÑA

Programa Nacional de Control de Lepra

Brasil c/ Manuel Domínguez y Fulgencio R. Moreno (2do piso) fax: 021 204 633 - Asunción

Unidad Dermatológica

Dr. Edelmir José Asarís - Tel. fax: 021 585 807 - Juan Lorenzo

Instrumento de Supervisión del Programa Nacional de Lepra

Región Sanitaria: _____

Director Regional: _____

Encargado Regional de Lepra: _____

Fecha: _____

Supervisor: _____

1) Se dispone del Manual de Normas y Procedimientos del PNL en la Institución?

SI Accesible a otros? _____

NO Porque? _____

2) N° de pacientes en tratamiento MDT en su Región?.....

PB..... MB.....

3) N° de distritos que administran tratamiento MDT?.....

4) N° de servicio de salud que administran MDT?.....

5) Disponibilidad de MDT en los servicios de salud con pacientes en tratamiento?

SI Tratamiento completo?.....

NO Porque?.....

6) Calidad de los blíster

N° de blíster:

N° de blíster vencidos:

Fechas próximas a vencer:

Estado físico de los blíster: Bueno Regular Malo

7) Seguimiento de tratamiento MDT

Planilla de seguimiento actualizado mensualmente

SI

NO Porque?.....

Informe del nivel Regional al PNL en tiempo

SI

NO Porque?.....

Brasil c/ Fulgencio R. Moreno y M. Domínguez - 2do piso - Ofic 306

Telefax 204 - 633

Programa Nacional de Control de Lepra

Brasil c/ Manuel Domínguez y Fulgencio R. Moreno (2do piso) fax 021 204 633 - Asunción

Unidad Dermatológica

Dr. Edelmir José Azara - Tel fax: 021 585 807 - Juan Lorenzo

8) Manejo de Reacciones

Nº de pacientes en tratamiento por reacciones en la Región.....

Nº de servicios de salud que realizan tratamientos para reacciones.....

Disponibilidad de medicamentos para reacciones

Talidomida SI NO Porqué?.....

Prednisona SI NO Porqué?.....

9) Manejo de Discapacidades

Nº de pacientes nuevos con registro de discapacidades.....

Nº de pacientes informados al PNL.....

Nº de pacientes nuevos con DG 2

Medidas tomadas en pacientes con DG 1: Hidroterapia

Calzados ortopédicos

Herramientas adecuadas

Medidas tomadas en pacientes con DG 2: Hidroterapia

Calzados ortopédicos

Herramientas adecuadas

Anteojos adecuados

Nº de servicios que realizan manejo de discapacidades.....

Nº de personal capacitado para manejo de discapacidades.....

10) Manejo de contactos de pacientes nuevos

- Nº de contactos:
- Nº de contactos controlados:
- Nº de contactos contagiados:
- Nº de personas capacitadas para control de contactos:

Planilla de control de contactos actualizada:

Si

No Porqué?.....

11) Manejo de SD

- Cuenta con planilla de lesiones en piel:
- Cantidad de SD registrados en los últimos 6 meses:



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA LEPRO.
Brasil c/ Manuel Domínguez y Fulgencio R. Moreno - Telefax: (021) 204 663
Asunción

UNIDAD DERMATOLÓGICA
Dr. Pellón 207 c/ Azara - Tel.: (021) 585 807 - San Lorenzo

SUPERVISION NACIONAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LEPROA - AÑO:

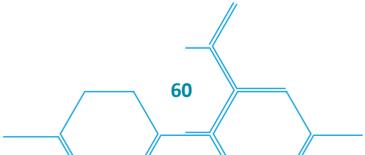
Conclusiones: _____

Recomendaciones: _____

Personal de Salud
Supervisado
Firma y Aclaración

Supervisor Nacional

* Para el Supervisor Nacional



18.4 FICHA D: INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE LEPROA

Solo utilizan los supervisores y son enviadas a la Dirección del Programa.

Región Sanitaria: escribir a qué región corresponde.

Director regional: nombre de la máxima autoridad de la región sanitaria al momento de la supervisión.

Encargado regional de lepra: poner el nombre del funcionario que tiene el programa a su cargo.

Fecha: en la que se realiza la supervisión.

Supervisor: funcionario que la realiza.

1. Se dispone del Manual de Normas y Procedimiento del PNCL en la institución: contestar Sí o No, y si es accesible a otros o por qué no lo es.

2. Número de pacientes en tratamiento MDT en su región: aclarar cuántos PB y cuántos MB.

3. Número de distritos que administran MDT: completar la cantidad.

4. Número de servicios de salud que administran MDT: completar cantidad de puestos, USF, centros de salud, hospitales distritales u hospital regional que administran MDT.

5. Disponibilidad de MDT en los servicios de salud con pacientes en tratamiento: marcar en la casilla correspondiente sí o no y si hizo tratamiento completo o si no lo hizo, y por qué.

6. Calidad de los blísteres: marcar número de blíster, número de blísteres vencidos, número de blísteres con fecha próxima a vencer y el estado de los blísteres, bueno, regular o malo.

7. Seguimiento de tratamiento MDT: planilla de seguimiento actualizado mensualmente, marcar sí o no y por qué. Informe del nivel regional al PNCL en tiempo: marcar sí o no y por qué.





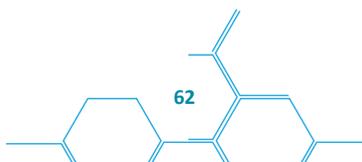
8. Manejo de reacciones: marcar número de pacientes en tratamiento por reacciones en la región y el número de servicios de salud que realizan tratamiento para reacciones, marcar también la disponibilidad y tipo de tratamiento para reacciones y por qué utiliza el medicamento señalado o por qué no tiene el medicamento.

9. Manejo de discapacidades: indicar el número de pacientes nuevos en cuyas fichas de notificación se ha informado el tipo de discapacidad e indicar el número de pacientes nuevos con discapacidad Grado 2 y también las medidas tomadas en pacientes con discapacidad Grado 1 y Grado 2, el número de servicios de salud que maneja discapacidades y el número de personal capacitado para manejo de discapacidades.

10. Manejo de contactos de pacientes nuevos: en este punto controlar si se ha informado el número de contactos, si se ha examinado a todos los contactos registrados y el número de contactos detectados como casos nuevos. Al mismo tiempo poner el número de personas capacitadas para controlar contactos y también marcar planilla de control de contactos actualizada o no y si no la tienen por qué.

11. Manejo de SD: controlar si cuenta con planilla de lesiones en piel y la cantidad de sintomáticos dermatológicos registrados en los últimos seis meses.

En la parte final se escriben las conclusiones y recomendaciones de la supervisión con la firma y aclaración del personal que ha realizado la misma.



18.5 FORMULARIO N.º 1 REMISIÓN DE PACIENTES



MINISTERIO DE
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo juntos un Nuevo Rumbo

Formulario N°1

"SESQUICENTENARIO DE LA EPOPEYA NACIONAL"

**DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA LEPROA**

Brasil esq. Fulgencio R. Moreno – Tel/Fax: 021 204 633 – Asunción

CENTRO DE ESPECIALIDADES DERMATOLÓGICAS

Dr. Pellón N° 207 casi Azara – Tel/Fax: 021 585 807 – San Lorenzo

**HOJA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTE
TRASLADADO**

De la Unidad de Salud: _____ de la _____ Región Sanitaria

Apellidos(s): _____

Nombre(s): _____ N.º de Tef: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ C.IN.º: _____

Dirección Prevista: _____

Forma Clínica: _____ Frotis: _____ Reacción: _____

Fecha de inicio de Tto: _____ N.º de Blister entregado: _____

Discapacidad grado: _____ N.º de contactos: _____

Debe presentarse a la Unidad de Salud: _____

Con el Encargado: _____

Observación: _____

Responsable: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Para enviar a la Unidad de Salud de origen

Unidad de Salud receptora: _____ Región Sanitaria: _____

Ha recibido al paciente: _____

Referido por la Unidad de Salud: _____ Fecha: _____

Responsable: _____ Firma: _____ Fecha: _____

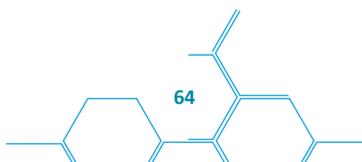


18.5 FORMULARIO N.º 1 REMISIÓN DE PACIENTES

Es el formulario de referencia y contrarreferencia de pacientes trasladados, lo utiliza cualquier personal que precise trasladar de un sitio de atención a otro a un paciente con lepra.

En la primera parte se completan los datos del paciente tanto su filiación como los aspectos clínicos del mismo y se especifica qué Unidad de Salud y de qué Región Sanitaria está enviando este paciente y qué Unidad de Salud de qué Región Sanitaria y quién es el profesional encargado de recibir al paciente.

La parte inferior se separa de la primera parte y se entrega al funcionario que acompañó al paciente o se envía por algún otro medio al servicio de salud de origen para certificar que el paciente fue recibido.





A continuación, la forma de completar estas planillas:

18.6 PLANILLA Nº 1

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LEPROSIA PLANILLA DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA MENSUAL

Planilla Nº 1: deben ser llenadas en los servicios de salud y enviadas mensualmente al encargado de lepra de la Región correspondiente.

Obs.: en el casillero de MB/PB se escribe el Nº de blíster que llevó el paciente en el caso de que esté bajo tratamiento.

En el casillero de Reacciones marcar con X si es ENL o RR.

En el casillero de Talidomida (tald) o Prednisona (Pred), escribir la cantidad de comprimidos entregados al paciente.

En el casillero de úlceras o neuritis marcar con X si el paciente presenta estas lesiones o afecciones.

18.7 PLANILLA Nº 2

PROGRAMA NACIONAL DE LEPROSIA REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES DE PIEL

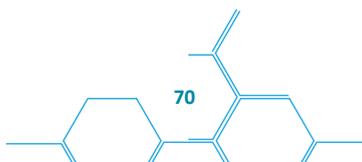
Planilla Nº 2: debe ser llenada por la USF u otros servicios de salud y enviada mensualmente al coordinador distrital o regional, registrándose en la ficha todos los pacientes que acudieron por lesiones de piel, como parte de la búsqueda del sintomático dermatológico.

Obs.: en el casillero SD marcar si presenta trastorno de sensibilidad.

Donde dice acciones implementadas se escribirá algún tipo de estudio solicitado al paciente; por ejemplo, linfa cutánea.

En Observación se escribirá la lesión dermatológica o el evento (por ejemplo: pérdida de sensibilidad en manos, qué motivó el pedido de estudio).

Resumiendo: solo si se marcó el casillero SD, se escribirá en acciones implementadas y observación.



18.8 PLANILLA N° 3

PROGRAMA NACIONAL DEL CONTROL DE LA LEPRAN PLANILLA DE CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS ACTIVOS DE LEPRAN

Llenados por los encargados regionales: descargar los datos que se informan en la planilla N° 1 (notificación obligatoria mensual) y enviar al PNCL (MSPyBS).

En el cuadro de Observación: se debe informar en dónde el paciente sigue su tratamiento (USF, C de Salud u Hospital Distrital).

En el cuadro de R/N: informar si son nuevos o recaídas.

Debe ser enviada: al PNCL (MSPyBS).

FIRMA.....

18.9 PLANILLA N° 4

PROGRAMA NACIONAL DE LEPRAN PLANILLAS DE CONTROL DE REACCIONES ÚLCERAS EN LOS PIES

Debe ser llenada por los coordinadores regionales y enviada al Programa Nacional de Control de la Lepra. Los encargados regionales descargarán los datos de reacción de la planilla N° 1.

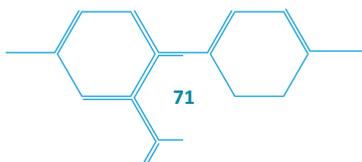
Esto permite informar sobre todos los pacientes de lepra de la región que tuvieron reacciones en el mes correspondiente, con el tratamiento recibido.

18.10 PLANILLA N° 5

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA LEPRAN CONTROL DE CONTACTOS

Esto debe ser llenado por cualquier personal de salud que realice control de contactos (médicos, enfermeras o el coordinador regional).

Debe ser enviada: al PNCL (MSPyBS) por medio del encargado regional.



20

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

El Programa Nacional de Control de Lepra forma parte de los Programas Generales de Salud en las diversas unidades sanitarias del país.

Los niveles de trabajo son los siguientes.

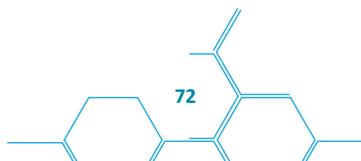
20.1 NIVEL CENTRAL:

Está constituido por la Dirección del Programa, dependiente de la Dirección de Enfermedades Transmisibles, que a su vez depende de la Dirección General de Vigilancia de la Salud. Son sus funciones:

- Elaborar normas para el control de la lepra a nivel nacional y recolectar datos relevantes.
- Monitorear el problema de la lepra del país y evaluarlo.
- Planificar y programar las actividades de control a nivel nacional.
- Evaluar periódicamente la situación de la endemia del país.
- Coordinar, supervisar y asesorar la labor de los organismos públicos y privados que se dedican al control de la enfermedad.
- Promover la educación para la salud con relación al problema de la lepra, en el enfermo, sus contactos, la clase médica y la comunidad en general.
- Asegurar la provisión de la medicación específica para todo el programa a nivel nacional.
- Promover las medidas jurídicas relacionadas con la lepra.
- Representar, a nivel nacional e internacional, al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el problema de la lepra.

20.2 NIVEL REGIONAL

El director regional y el encargado del Programa Regional son los responsables de la ejecución de los trabajos de Control de la Lepra en su jurisdicción. Son funciones del encargado del Programa Regional:



- Visitar todos los servicios de salud de su área, a fin de coordinar su labor con el personal responsable del Programa de Lepra en el lugar. Capacitará a los funcionarios sobre los procedimientos de trabajo.
- Asesorar mediante la demostración de los procedimientos de exámenes clínicos, de exámenes bacteriológicos, biopsias de piel y llenado de los formularios correspondientes.
- Colaborar en el diagnóstico y tratamiento de los casos que presenten dificultades.
- Hacer verificar las denuncias que estén fuera del alcance del centro de salud.
- Realizar exámenes de piel de colectividades organizadas cuando hubiere necesidad epidemiológica.
- Evaluar periódicamente la situación de la endemia en la Región Sanitaria.
- Canalizar los informes y fichas clínico-epidemiológicas elevadas por los servicios sanitarios, referentes a las actividades de control de lepra, a niveles regional y central.
- Contactar con los líderes locales de las comunidades para ilustrarles sobre el problema de la lepra, a fin de solicitar su colaboración para el desarrollo del programa de acción en la materia.

Los encargados de programa de las Regiones Sanitarias constituyen el elemento móvil itinerante, que desarrollan las actividades de control de la lepra fundamentalmente en las áreas suburbanas y rurales del país. Están en dependencia de la Dirección Regional correspondiente.

20.3 SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

La evaluación de los programas de control de lepra debe ser continua y cubrir todos los objetivos y fases de la programación.

20.4 EVALUACIÓN OPERACIONAL

El encargado regional programará los objetivos, metas y actividades de cada Unidad Sanitaria; es decir, programar:

- Número de revisiones clínicas para control y tratamiento.
- Número de casos esperados.
- Número de contactos a examinar.
- Número de visitas domiciliarias.
- Número de baciloscopia para diagnósticos y control.



- Actividades de prevención y tratamiento de discapacidades.
- Calcular las cantidades necesarias de drogas específicas a utilizar.
- Número y tipo de actividades de apoyo.

Teniendo en cuenta lo arriba citado, los indicadores de monitoreo son los siguientes:

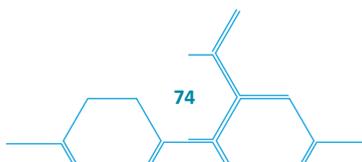
- 1) Detección precoz.
- 2) Tratamiento supervisado en el tiempo recomendado.
- 3) Proporción de casos nuevos con discapacidad grado 2.
- 4) Número de establecimientos que están realizando actividades de prevención y control de lepra.
- 5) Número de agentes comunitarios que participan en actividades de referencia o tratamiento.

Todo detalle es en alguna manera dificultoso cuantificar en forma matemática; sin embargo, debe determinarse en términos de cantidad, área y tiempo, en forma realista, conforme con los recursos disponibles, de manera que pueda ser posible una evaluación periódica y final.

20.5 EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Es función del nivel central estudiar la tendencia de la endemia, gracias a la información estadística básica. Número de casos, distribución en formas clínicas, sexo, edad, contactos, condiciones del medio, etc. Con los datos estadísticos se elaboran indicadores. Estos son: Los indicadores epidemiológicos establecidos por la OPS/OMS.

- Número de casos nuevos.
- Número de caso MB (Lepromatosos y Borderline).
- Número de casos en mujeres.
- Número de casos en menores de 15 años.
- Número de casos de discapacidad Grado 2.
- Tasa de detección por 100.000 habitantes.
- Tasa de prevalencia por 10.000 habitantes.
- Tasa de curación.
- Número de abandono de tratamiento.
- Número de recaídas.





20.6 INDICADORES PARA MONITOREO DE IMPACTO (OPS/OMS)

- 1) Detección precoz.
- 2) Tratamiento mensual supervisado en el tiempo recomendado.
- 3) Proporción de casos nuevos con discapacidad Grado 2.
- 4) Número de establecimiento que están realizando actividades de prevención y control de lepra.
- 5) Número de agentes comunitarios que participan en actividades de referencia y tratamiento.

20.7 MECANISMO DE SUPERVISIÓN

El Encargado regional además de realizar la evaluación epidemiológica de su Región, periódicamente realizará la verificación de la cantidad y calidad de las acciones programadas informando los resultados a la Dirección de su Región Sanitaria y a la Dirección del Programa Nacional que brindará asesoría permanente para corregir las fallas que hubieren.

20.8 SISTEMAS DE CONTROL

Conforme ya se ha indicado, el sistema básico de control debe ser el horizontal o integrado, donde el organismo central dentro de las múltiples facetas de la medicina asistencial es normalizador, consultor y evaluador, estando las acciones ejecutivas integradas a los organismos generales de salud y a los niveles de atención Primaria a la Salud.

20.9 LA RESPONSABILIDAD EJECUTIVA FINAL

Debe quedar a cargo de los Establecimientos Sanitarios que cumplen tareas de atención primaria.



21

ANEXOS

21.1: OTROS CRITERIOS BACTERIOLÓGICOS UTILIZADOS EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DERMATOLÓGICAS .

Indice Morfológico (IM)

Nro. de Bacilos sólidos en 100 bacilos libres contados.

Unidad (%).

Detección de ADN de Mycobacterium leprae (PCR) por Reacción en Cadena de la Polimerasa

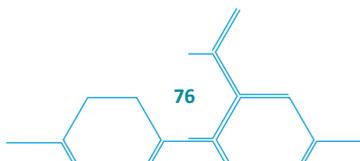
21.2 CRITERIOS DE ALTA POR CURACIÓN

Si un paciente completó el tratamiento de acuerdo a las dosis preconizadas (12 blisters en 18 meses en MB y 6 blisters en 9 meses para PB), debe salir de la prevalencia, independientemente de la situación clínica y bacteriológica. Es decir, sale del registro activo.

21.3 RECIDIVA

Se califica de “recidiva” o “recaída” el caso de un paciente que luego de haber completado satisfactoriamente su PQT desarrolla en algún momento durante el post-tratamiento, generalmente después de los 5 años, nuevos signos y síntomas de la enfermedad.

En las formas MB se afirmará que hay recidiva al hallarse de nuevo bacilos de lepra sólidos, o fragmentados en un frotis de linfa-cutánea. En estos casos se iniciará un nuevo tratamiento completo y deberá informarse en la planilla correspondiente.



21.4 DIFERENCIAS ENTRE REACCIÓN DE REVERSIÓN Y RECIDIVA

Características	Reacción de Reversión	Recidiva
Intervalo de tiempo.	Aparece antes, durante la PQT o dentro de los 6 meses de alta.	Ocurre mucho después de terminar PQT, en general, luego de 5 años o más.
Aparición.	Súbita.	Lenta e insidiosa.
Disturbios sistémicos .	Puede haber fiebre y malestar.	Generalmente no hay fiebre ni malestar.
Lesiones antiguas.	Algunas o todas se vuelven eritematosas, brillantes, hinchadas, con infiltración.	Algunas lesiones antiguas pueden volverse eritematosas e infiltradas nuevamente y además aparecen múltiples lesiones nuevas.
Ulceración.	Las lesiones muchas veces se agravan y ulceran.	Raramente hay ulceración.
Regresión.	Con descamación.	No hay descamación.
Lesión de nervios.	Se produce rápidamente. Muchos nervios pueden ser afectados con dolor, alteración de la sensibilidad y perturbaciones motoras.	Puede interesar un solo nervio. Daños motores ocurren muy lentamente.
Respuestas a los corticoesteroides.	Excelente.	Poca o ninguna.



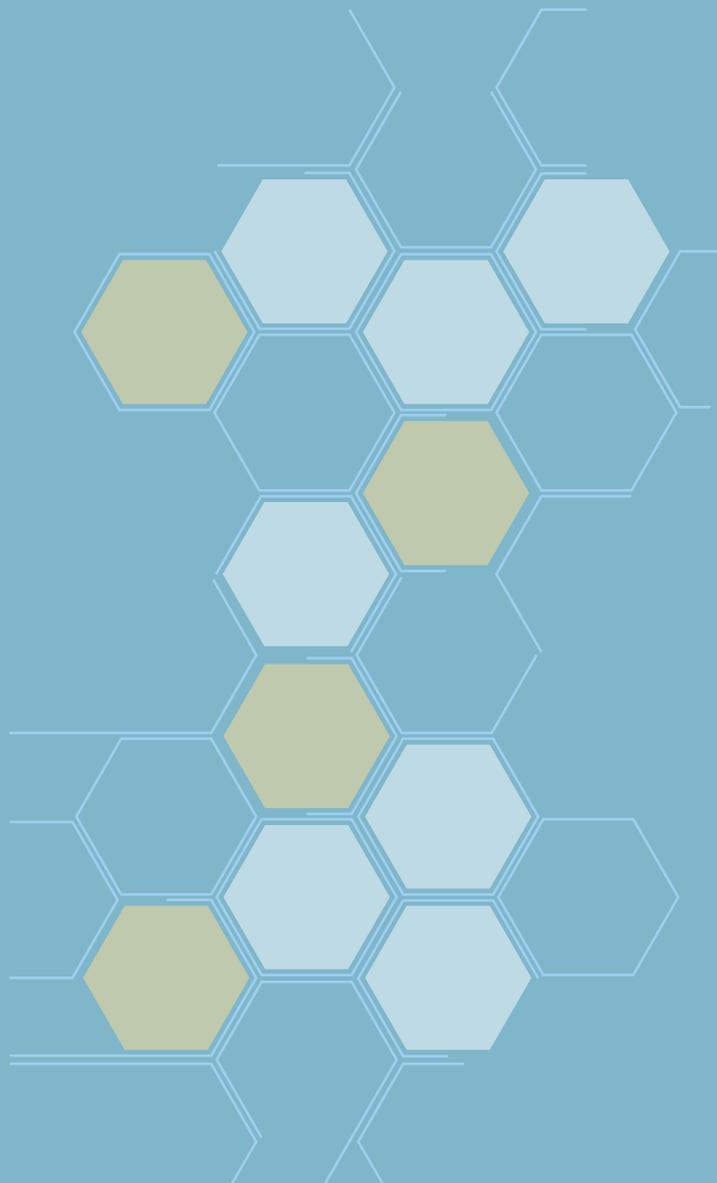
BIBLIOGRAFÍA

- Hastings, Robert C. (1985). Leprosy. First edition.
- Guía para la eliminación de la lepra como problema de Salud Pública (1995). Organización Mundial de la Salud (OMS), 1a., Ginebra.
- ILEP (2002). Cómo diagnosticar y tratar la lepra. Guía de aprendizaje 1. Londres.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Departamento de Lepra (2002). Manual de Normas y Procedimientos. Paraguay.
- De Oliveira C.R., Hernández R José M. Actualización en tratamiento de la lepra. Rev. de Lepról. de Fontilles. Vol. XXV (6), 485-515.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006-2010). Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad. Traducción al español por la OPS/OMS, 2005.
- World Health Organization (2007). Global plan to combat neglected tropical diseases (2008-2015). Génova.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2008). Manual de Normas y Procedimientos. Programa Nacional de Control de Lepra. Paraguay.
- World Health Organization (2009). Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy. Plan period 2011-2015. Geneva, 2009.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para acelerar el logro de la eliminación de la lepra en América Latina y el Caribe. Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales 2012-2015. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=30&Itemid=40755&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial mejorada para una mayor reducción de la carga de enfermedad debida a la lepra (2011-2015) Lineamientos operacionales (actualizados). Traducción al español realizada por OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=5837&Itemid=40755&lang=es



- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2012. Enhanced Global strategy for further reducing the diseases burden due to leprosy. Questions and answers. SEA-GLP-2012.01. New Delhi. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=5837&Itemid=40755&lang=es
- WHO Global Leprosy Update (2014): Need for early case detection. Weekly Epidemiological Record 2015; 90:461-74. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf?ua=1>









Programa Nacional
de Control de Lepra



TESAI HA TEKÓ
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajasa Orombiraka Pava Ifaha
Constituyédo jureta un Nuevo Rumbó



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Manual de Normas y Procedimientos

Programa Nacional de Control de Lepra

Paraguay 2015

ISBN: 978-99967-36-31-5



9 789996 736315