



Resolución Ministerial

Lima, 27 de Diciembre del 2005



P. Alariza S.

Visto el Expediente N° R-051169-05, que contiene el MEMORANDO N° 2110-2005-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:



J.G. Del Carmen S.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 0160-92-SADM, de fecha 09 de marzo de 1992, se aprobó el Instrumento Normativo "Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control y Eliminación de la Lepra en el Perú", cuyo objetivo es enfrentar y solucionar el problema de la lepra en el Perú, a través de la implementación de estrategias sostenidas, estables y uniformes a nivel nacional, pues la lepra constituye un problema de salud pública con gran repercusión económica y social para la población de las zonas endémicas del país;



J.G. Del Carmen S.

Que, es necesario consolidar estrategias que fortalezcan la eliminación de la lepra en las zonas endémicas del país, así como uniformizar criterios y técnicas empleadas en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en los establecimientos de salud, razón por la cual se ha elaborado la "Norma Técnica de Salud para la Eliminación de la Lepra", la cual actualiza las disposiciones técnico normativas anteriores en el marco del modelo de atención integral de salud;



L.A. Pizarra S.

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,



D. Cepeda H.

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° 007-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Eliminación de la Lepra", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



I.C. Del Carrero S.

Artículo 2º.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - Componente Lepra, se encargará de la difusión, implementación, supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de dicha Norma Técnica de Salud.



L.E. PIZZETTI G.

Artículo 3º.- Las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables del cumplimiento de la mencionada Norma Técnica de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4º.- La Oficina General de Comunicaciones, se encargará de la publicación de la referida Norma Técnica de Salud en el portal de internet del Ministerio de Salud.



D. Céspedes M.

Artículo 5º.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial Nº 0160-92-SAVDM, de fecha 09 de marzo de 1992.

Regístrese, comuníquese y publíquese



Director General de Salud



Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

EN COPIA DEL ORIGINAL

Dra. ANA MARÍA MOLINARI SOLÍS
Secretaría General
Ministerio de Salud

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ELIMINACIÓN DE LA LEPROA

I. FINALIDAD

Eliminación de la Lepra como problema de salud pública en las regiones endémicas y su posterior erradicación en el Perú.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Alcanzar y mantener la tasa de eliminación de la lepra en todas las regiones con prioridad en las zonas endémicas del país.

Objetivos específicos:

- Interrumpir la transmisión de la lepra mediante la detección temprana y tratamiento precoz con PQT/OMS.
- Prevenir el desarrollo de las discapacidades mediante la detección y tratamiento precoz de los casos.
- Realizar educación para la salud dirigida al enfermo, su familia y la comunidad, con la finalidad de garantizar el adecuado control de los enfermos y vigilancia epidemiológica de los grupos de riesgo.
- Fortalecer las competencias del personal de salud en el manejo integral de la lepra para los fines de la eliminación.
- Promover actividades de promoción de la salud dirigida al enfermo, familia y comunidad, orientados a la detección y tratamiento precoz.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud a nivel nacional.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud
- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 014-2002-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

V. DISPOSICIONES GENERALES

ESTRATEGIAS

Para alcanzar la meta de eliminación de la lepra en las zonas endémicas del país, es necesario continuar con la aplicación sostenida de las medidas de intervención, teniendo en cuenta las estrategias propuestas en el Plan de Acción Regional OPS/OMS

para la Consolidación de la Eliminación de la Lepra de las Américas¹, las cuales consisten en:

- Identificación de escenarios de acuerdo con la estratificación epidemiológica de la lepra.
- Extensión de la cobertura de la poliquimioterapia (PQT) de forma descentralizada e integrada en los servicios generales de salud, para el tratamiento oportuno, regular y completo de los enfermos.
- Monitoreo de la eliminación de la lepra.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.
- Detección y diagnóstico precoz de nuevos casos (formas incipientes y prevalencia oculta de la enfermedad), principalmente mediante los criterios clínico y epidemiológico.
- Lograr participación activa de la comunidad en la promoción de la salud, para la detección precoz y seguimiento de los casos de lepra, hasta su curación.
- Garantizar la evaluación periódica y regular del Componente Lepra, a los fines de la estrategia de eliminación.
- Crear un sistema de información que permita una adecuada referencia y contrarreferencia de casos con consolidación nacional en el componente de Lepra.
- Intensificar la búsqueda activa de las fuentes de infección, a fin de detectar el 100% de los casos de la prevalencia real estimada
- Administrar terapia PQT/OMS, al 100% de casos diagnosticados de lepra.
- Examinar anualmente al 100% de contactos intra domiciliarios de enfermos con lepra Multibacilar (MB) y Paucibacilar (PB)
- Proponer a las universidades incluir en la currícula universitaria de los profesionales de salud un acápite exclusivo dentro de infectología u otro afín dedicado a lepra; que permita un conocimiento amplio de la enfermedad para su detección precoz, control y eliminación.

DEFINICIONES

1. Lepra

La lepra es una enfermedad infecto contagiosa de evolución crónica, causada por el *Mycobacterium leprae* (Bacilo de Hansen) que afecta predominantemente la piel y nervios periféricos. Todas las personas son susceptibles de infectarse, pero sólo 10 a 15% de ellos desarrollan la enfermedad debido a una deficiencia inmunológica específica.

2. Enfermo de lepra

Se considera como enfermo de lepra a la persona que presenta síntomas y signos clínicos de la enfermedad (lesiones dérmicas con trastornos sensitivos y/o compromisos de nervios periféricos), con o sin confirmación bacteriológica, que necesita y debe recibir tratamiento PQT/OMS.

3. Detección de casos

La detección de los casos es una actividad primordial para la eliminación de la lepra. A través de la consulta externa en los establecimientos de Salud, se deberá buscar en los pacientes, los signos dermato-neurológicos sugerentes de lepra e iniciar la búsqueda activa entre los contactos intradomiciliarios.

¹ Plan de Acción regional Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para la consolidación de la eliminación de la Lepra de las Américas 2000-2005

4. Detección activa

Consiste en el desplazamiento del personal de Salud, para la búsqueda de posibles casos entre los contactos intradomiciliarios o a través de campañas integrales de Salud.

5. Detección pasiva

Es cuando una persona busca espontáneamente atención de salud por presentar lesiones que sugieran la enfermedad, o que éstas hayan sido encontradas casualmente en un examen clínico rutinario.

6. Clasificación operacional de lepra

Proceso que utilizando el criterio clínico basado esencialmente en el número de lesiones dermatológicas y/o neurológicas presentes en las áreas afectadas del cuerpo, con procedimientos de baciloscopía, clasifica la Lepra en dos grupos: Paucibacilar (PB) y Multibacilar (MB).

En los lugares que no se cuenta con laboratorio el tratamiento será definido por el número de lesiones dérmicas, a fin de no retardar el inicio del tratamiento.

7. Lepra Paucibacilar (PB)

Existe de 1 á 5 lesiones dérmicas con baciloscopía negativa de la lesión explorada Indeterminado (I), Tuberculoide (TT), Borderline Tuberculoide (BT), compromiso de la sensibilidad en la zona de las lesiones, compromiso de los nervios periféricos y respuesta a la lepromina, (Anexo N° 1).

8. Lepra Multibacilar (MB)

Existe de 6 a más lesiones dérmicas con baciloscopía positiva de la lesión explorada Borderline Borderline (BB), Borderline Lepromatosa (BL), Lepromatosa (LL), compromiso de la sensibilidad en la zona de las lesiones, compromiso de los nervios periféricos y respuesta a la lepromina, (Anexo N° 1).

9. Manifestaciones Dérmicas (piel)

- **Máculas o manchas**

Son áreas circunscritas de diferente color al resto de la piel y sin relieve; pueden ser:

- Máculas Hipocrómicas: manchas más claras.
- Máculas Eritematosas: manchas enrojecidas.
- Máculas Hiperocrómicas: manchas más oscuras.

- **Pápulas**

Son pequeñas elevaciones sólidas, limitadas y superficiales de la piel, inferiores a 1 cm de diámetro.

- **Placas**

Son áreas elevadas de la piel de más de 2 cm de diámetro.

- **Tubérculo**
Son lesiones sólidas elevadas circunscritas de la piel de forma redondeada de tamaño y color variable.
- **Leproma**
Son tubérculos en la superficie de la piel causados por la lepra.
- **Nódulo**
Son lesiones sólidas localizados por debajo de la piel, de tamaño variable, más palpables que visibles.
- **Infiltraciones**
Son áreas extensas, difusas de piel con consistencia aumentada (hinchadas) y engrosadas.
- **Alopecia**
Caída de pelo en las zonas afectadas.
- **Madarosis**
Es la caída de pestañas y cejas, comenzando por la cola de las cejas.
- **Anhidrosis**
Es la falta de sudoración en la piel afectada.
- **Eritema nodoso leprótico**
Son nódulos subcutáneos eritematosos, dolorosos de aparición aguda generalmente acompañado de malestar y fiebre causados, por la reacción leprótica tipo 2, (Durante la evolución de la enfermedad pueden ocurrir episodios agudos de inflamación de las lesiones dérmicas o troncos nerviosos u otros órganos; estas manifestaciones se llaman reacciones).
- **Facies leonina**
Es la infiltración del rostro con acentuación de los surcos faciales, dando el aspecto de cara de león.
- **Aplanamiento Nasal**
Hundimiento del dorso de la nariz por destrucción del tabique nasal y los huesos propios de la nariz.

10. Manifestaciones Neurológicas (nervios periféricos)

- **Neuritis**
Es la inflamación de nervios periféricos con dolor intenso; puede acompañarse de trastornos sensitivos y/o motores.
- **Engrosamiento de los nervios**
Es el aumento de volumen de los nervios periféricos.
- **Alteraciones de la sensibilidad, en el área de inervación del nervio afectado**
 - **Parestesia**
Son sensaciones en la piel como adormecimiento, hormigueo, enfriamiento, quemazón, etc.

- **Hiperestesia**
Aumento de la sensibilidad en la superficie de la piel.
- **Hipoestesia**
Es la disminución de la sensibilidad.
- **Anestesia**
Desaparición total de la sensibilidad superficial térmica, dolorosa y táctil (en la enfermedad de Hansen la primera en ser afectada es la térmica).
- **Alteraciones Motoras**
 - **Parálisis**
Es la incapacidad de mover un área corporal.
 - **Amiotrofias**
Disminución del volumen de los músculos en las áreas afectadas. Se observa en manos, pies y cara preferentemente.
 - **Retracción Fibrotendinosa**
Los músculos y tendones de las manos y pies se acortan quedando severamente deformados.
 - **Lagofthlmo**
Es la parálisis de los músculos de los párpados, éstos se mantienen abiertos: el párpado inferior permanece caído y el superior retraído, con constante lagrimeo y posteriormente sequedad.
- **Alteraciones Tróficas**
Son alteraciones que se producen en las áreas de inervación de los nervios comprometidos.
 - **Hiperqueratosis**
Es el engrosamiento de la piel con endurecimiento en cualquier zona de la superficie cutánea y particularmente en sitios de mayor roce como los codos, rodillas, manos, pies, etc.
 - **Mal Perforante Plantar**
Es la formación de úlcera en la planta de los pies, generalmente profunda y amplia, en los puntos de mayor apoyo de los pies anestésicos.
 - **Reabsorciones Ósea**
Es el enrarecimiento y acortamiento de los huesos de la mano o pie.

11. Manifestaciones en mucosas

- **Rinitis Leprosa**
Cuando hay el compromiso de la mucosa nasal, se manifiesta por un catarro crónico congestivo (voz Nasal). En muchos casos es un síntoma precoz de la enfermedad de la forma multibacilar.
- **Conjuntivitis Leprosa**
Es la inflamación del ojo por la presencia de lepromas o secundaria al logofthlmos.
- **Laringitis Leprosa**
Es la inflamación de la laringe por lesiones propias de la enfermedad con modificación de la voz, que puede llegar hasta su pérdida completa (afonía).

CARACTERISTICAS CLINICAS

LEPRA LEPROMATOSA (LL)



Facies leonina, madarosis



Infiltración difusa de piel, lepromas



Aplanamiento nasal



Mal perforante plantar

LEPRA INDETERMINADA (LI)



Maculas anestésicas

LEPRA TUBERCULOIDE (TT)



Lesión redondeada, anestésicas, Tuberosa

REACCIONES LEPROTICAS

Reacción Leprótica tipo 1



Grandes placas inflamadas y edematosas

Reacción Leprótica tipo 2



Eritema nodoso leprótico; nódulos y placas eritematosas muy infiltradas

Fenómeno de Lucio



Lepra reaccional necroticas

SECUELAS DE LA LEPRA



Secuelas neurotróficas con parálisis de músculos oculo motores, atrofias musculares deformaciones severas y reabsorción de estructuras óseas en manos

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1. NIVELES DE ATENCIÓN

Para lograr una eficiente ejecución de las normas y procedimientos, se establecen 3 niveles:

- **Nivel Central Conductor Normativo**

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas con su organismo responsable de eliminación de la lepra en el Perú, se constituye en el ente normativo y conductor de la estrategia de la eliminación de la lepra.

Recursos Humanos:

- Coordinador Nacional.
- Equipo Multidisciplinario: Médico (Infectólogo, dermatólogo, salubrista), Enfermera de salud pública, representantes del Instituto Nacional de Salud.
- Comité asesor: constituido por destacados profesionales de las instituciones académicas, sociedad civil, organizaciones sociales, organización de pacientes, OGE, DIGEMID, etc.

Responsabilidades:

- Normar y conducir la estrategia de eliminación de la lepra en el ámbito nacional.
- Tomar decisiones técnicas, económicas, administrativas, sociales y políticas específicas.
- Fortalecer el acopio y análisis de la información estadística, para la toma de decisiones.
- Disponer la capacitación, supervisión y evaluación de las actividades a nivel nacional en coordinación con las Direcciones de Salud involucradas.
- Promover la investigación científica, operacional y socio económico que apoye las actividades de eliminación de lepra en el Perú.

- **Nivel Conductor - Dirección de Salud**

Corresponde a las Direcciones de Salud a través de sus instancias respectivas.

Recursos Humanos:

- Director General de la Dirección de Salud: quien coordinará las acciones en su área de influencia, a los fines de alcanzar la meta de eliminación de la lepra.
- Equipo multidisciplinario: Coordinador, Médico especialista (Infectólogo, dermatólogo) y Enfermera de Salud Pública.

Responsabilidades:

- Ser responsable de la coordinación de la estrategia de eliminación en el ámbito de su jurisdicción.
- Tomar decisiones técnicas, económicas, administrativas, sociales y políticas específicas en el ámbito de su jurisdicción.
- Evaluar semestral y anualmente la eliminación de lepra en su ámbito jurisdiccional e informar oportunamente al Nivel Conductor Normativo.
- Capacitar técnica y operacionalmente al personal de salud.
- Coordinar una adecuada y oportuna distribución de los medicamentos, materiales e insumos de laboratorio en su jurisdicción.

- **Nivel Local**

Representados por los establecimientos de salud de los niveles I y II que desarrollan actividades para la eliminación de lepra.

Recursos Humanos:

- El responsable es el Director o Jefe del establecimiento de salud, quién deberá dirigir las acciones del equipo multidisciplinario.
- Equipo multidisciplinario: un coordinador, médico, enfermera, técnico de enfermería, técnico de laboratorio y otros de acuerdo a los recursos humanos disponibles y a la complejidad del establecimiento de salud, así como representantes de la comunidad organizada.

Responsabilidades:

- Realizar la detección activa y pasiva búsqueda de pacientes con lepra.
- Realizar el diagnóstico definitivo de lepra de acuerdo a los criterios establecidos.
- Cumplir con el esquema de terapia PQT/OMS.
- Evaluar las actividades de eliminación de lepra, semestral y anualmente, e informar oportunamente a las Direcciones de Salud.
- Coordinar actividades con los otros servicios de salud dentro de su ámbito de jurisdicción.
- Concertar con la población organizada y las personas enfermas, planes de acción conjuntos, a los fines de la estrategia de eliminación de la lepra.
- Mantener la vigilancia de posibles reacciones adversas al esquema de terapia PQT/OMS.

2. PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA LEPRA

Educación para la Salud

La Educación para la salud es un proceso de información-reflexión-acción, que promueve en los enfermos, sus familiares y las comunidades en riesgo, una actitud reflexiva-positiva y proactiva frente a la enfermedad; que a su vez genera un cambio de actitud en relación a los prejuicios contra la lepra y la discriminación (estigma) de los enfermos.

El componente de educación para la salud con relación a la lepra debe estar dentro del marco de las actividades de Promoción de la Salud, a través del planeamiento estratégico como herramienta metodológica para diseñar, dirigir y ejecutar planes de comunicación educativa, integrado a las actividades de otras enfermedades transmisibles existentes en la región.

Objetivos

- Mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, ventajas del diagnóstico precoz y el adecuado tratamiento con PQT/OMS.
- Difundir la necesidad de acudir al establecimiento de salud, tan pronto como aparezcan las primeras manifestaciones de sospecha de la enfermedad.

Niveles de Acción

- A nivel del personal de salud.
- A nivel de las organizaciones comunales e instituciones gubernamentales y no gubernamentales.
- A nivel del enfermo, su familia y la comunidad.
- A Nivel de población general con énfasis de áreas endémicas

Actividades Educativas

- Educar a la población de las áreas endémicas en los síntomas tempranos de la enfermedad, con la finalidad de que las personas acudan, en forma espontánea, a solicitar atención médica, cuando sospechen la enfermedad.
- Promover y desarrollar seminarios, conferencias, charlas por la radio, carteles, folletos, etc. sobre lepra, de acuerdo a las condiciones y recursos existentes en el nivel local.

Contenidos Educativos específicos

- La lepra es curable con la terapia PQT/OMS.
- El paciente en tratamiento con PQT ya no contagia.
- La lepra diagnosticada y tratada precozmente no produce discapacidades.
- El tratamiento de lepra es ambulatorio y no requiere aislamiento ni hospitalización.
- La adecuada y permanente vigilancia epidemiológica de los grupos de riesgo, garantiza la interrupción de la transmisión de lepra, en las comunidades.

Vigilancia Epidemiológica para la Eliminación de la Lepra

La vigilancia epidemiológica esta basada en los principios de vigilancia en Salud Pública, que consiste en integrar información del daño, así como de factores y determinantes de riesgo, y la respuesta de los servicios de salud.

Objetivos

Reducir la Lepra a una Prevalencia menor a 1 caso por 10,000 habitantes, identificando oportunamente los casos en menores de 15 años y los casos detectados tardíamente en las regiones, departamentos o poblaciones donde se haya comprobado la transmisión de la enfermedad en años recientes.

Lograr la estratificación epidemiológica de Lepra en las zonas endémicas.

Componentes de la Vigilancia

Vigilancia Epidemiológica

Basada en el reporte de casos de Lepra detectados en los servicios de salud.

Vigilancia de Laboratorio

Basada en el reporte de los laboratorios de los resultados de los frotis positivos o negativos tomados de los pacientes.

Vigilancia Centinela

Basada en vigilancia activa de los casos de lepra, así como, de los contactos, en establecimientos centinelas ubicados en zonas endémicas.

Vigilancia de la respuesta de los servicios de salud

Basada en al recolección de información sobre stock de medicamentos, cobertura de los servicios de salud, participación de la sociedad civil, etc.

Mecanismos de Reporte

Los trabajadores de salud, incluyendo a los laboratorios, la Dirección de Medicamentos e Insumos deben reportar los casos de lepra al Nivel Regional y Nacional de acuerdo al componente de la vigilancia al que pertenezca.

Recolección de datos

Los datos serán recolectados en formularios especiales diseñados por la Oficina General de Epidemiología.

Transferencia de datos

Los datos serán transferidos siguiendo la Red Nacional de Epidemiología.

Análisis e interpretación

El análisis e interpretación de los datos de la vigilancia estará a cargo de la Oficina General y de la Estrategia de Prevención y Control.

Diseminación de la información

La información será distribuida tanto al nivel local, regional y nacional, así como, a otras instituciones que la requieran para colaborar en la eliminación de la Lepra.

Uso de la información

La información será usada por la Estrategia Nacional de Control y Prevención para tomar acciones que contribuyan a la eliminación de la lepra en el Perú.

3. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LEPPRA

Criterios de diagnóstico

- **Criterio epidemiológico**

Sospechar la posibilidad de la enfermedad en todo individuo que presente una lesión dérmica y/o neurológica, que proceda de una zona endémica y sea contacto intra o extradomiciliario de un enfermo de lepra.

- **Criterio clínico**

Constituye la base fundamental para el diagnóstico de un caso de lepra y se realiza mediante el examen clínico dermatoneurológico para la identificación de lesiones anestésicas y/o infiltrativas en la piel y engrosamiento de nervios.

- **Criterio bacteriológico**

Es el hallazgo del bacilo de Hansen en el posible enfermo y se realizará mediante la incisión del borde de la lesión sospechosa para la toma de muestras por raspado.

- **Criterio histopatológico**

Es el diagnóstico de la enfermedad mediante la toma de muestras por biopsia de la piel.

- **Criterio inmunológico**

Es la determinación de la capacidad de respuesta a la aplicación intradérmica de la lepromina en el antebrazo para ver la reacción a dicha sustancia a las cuatro semanas de su aplicación (Reacción de Mitsuda). No es una prueba diagnóstica de enfermedad, sino un indicador del grado de resistencia al *Mycobacterium leprae*, de valor pronóstico y útil para la clasificación clínica de los enfermos.

4. LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA LEPROSIS

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud (INS) la organización de la Red Nacional de Laboratorios con capacidad para el diagnóstico de la lepra, según niveles de complejidad.

- **Laboratorio Nacional de Referencia de Hanseniasis del Ministerio de Salud en el Instituto Nacional de Salud**

Le corresponde:

- Establecer las normas, métodos y técnicas para la utilización de la bacteriología e histopatológica en Lepra.
- Realizar supervisión directa y control de calidad al 100% de baciloscopías producidas en el nivel local.
- Recibir, realizar y retroalimentar el reporte del estudio histopatológico de las muestras remitidas por los laboratorios locales.

- **Laboratorios Regionales Referenciales**

Integrado por los laboratorios regionales de las Direcciones de Salud de las áreas endémicas.

Le corresponde:

Realizar baciloscopías en su jurisdicción y servir de referencia para las muestras remitidas por los establecimientos de salud que están a su cargo.

- **Laboratorios de Nivel Local**

Conformado por laboratorios de los establecimientos de salud (Centros de Salud, Hospitales)

Le corresponde:

- Efectuar el procesamiento de las baciloscopías solicitadas en su ámbito geográfico y administrativo.

- **Unidades de Obtención de Muestras**

Son establecimientos de salud que toman muestras de pacientes con sospecha de la enfermedad pero que no cuentan con laboratorio para el estudio bacteriológico.

5. ATENCIÓN A PACIENTES CON LEPROSIS

Una vez establecido el diagnóstico con Lepra la atención del paciente es integral, gratuita y a cargo del estado, comprende:

- **Consulta médica**

Se realizarán como mínimo 3 consultas:

- La primera al iniciar el tratamiento.
- La segunda a mitad del período del tratamiento.
- La tercera al finalizar el tratamiento.

En ellas se realizarán las siguientes actividades:

- Realizar examen clínico general y establecer el esquema de tratamiento respectivo.
- Indagar por efectos adversos a los medicamentos y comorbilidad.
- Solicitar de ser necesario los exámenes auxiliares pertinentes,
- Educar al paciente para el reconocimiento de las manifestaciones reaccionales lepróticas, para que acudan de inmediato a la atención médica en el establecimiento de Salud,
- Instruir al paciente para prevenir discapacidades.

- **Atención de enfermería**

Es la atención integral e individualizada realizada por el profesional de enfermería. El objetivo es educar al enfermo, explicándole con palabras sencillas en qué consiste la lepra, cómo se diagnostica, su mecanismo de transmisión, la importancia de seguir estrictamente el tratamiento, el control de contactos, las medidas higiénico-dietéticas, el autocuidado, prevención de discapacidades, rehabilitación y el control del contacto. De igual modo es de entera responsabilidad la administración del tratamiento y entrevista de control del tratamiento supervisado (1° dosis de cada mes).

- **Visita domiciliaria**

Para verificar que la persona enferma viva en el ámbito jurisdiccional del establecimiento, brindar educación para la salud al grupo familiar, así como investigar fuentes de infección no diagnosticada, (control de contactos).

- **Entrevista de servicio social**

Es la actividad desarrollada por el trabajador social y tiene como objetivo, reforzar la educación para la salud a la persona enferma y su familia, y evaluar el riesgo social del enfermo, que deberá realizarse al inicio del tratamiento y cada vez que la situación del paciente lo amerite, garantizando la gratuidad de la atención prestada por la estrategia.

- **Administración del tratamiento**

- Es responsabilidad de enfermería y se hará mediante la modalidad combinada de tratamiento supervisado y autoadministrado, registrándose la asistencia del paciente en la Tarjeta de Control de Asistencia y Distribución de Medicamentos, paucibacilar o multibacilar, según el caso. (Anexo N° 11)
- El tratamiento supervisado está dado por la administración del tratamiento en boca de la 1ra dosis del mes (casos PB: Dapsona y Rifampicina y para casos MB: Rifampicina, Clofazimina y Dapsona).

- Tratamiento autoadministrado son consideradas las 27 dosis siguientes del mes (Casos PB: Dapsona y casos MB: Dapsona y Clofazimina), se sugiere que esta dosis sean supervisadas por otros actores como: promotores de salud u otros miembros que tenga ascendencia en la comunidad.
- La adhesión al tratamiento está dada por la relación entre el paciente, personal de enfermería y el establecimiento de salud.
- Aprovechar las oportunidades de contacto con el paciente para vigilar la aparición de reacciones adversas.
- Garantizar la conservación de los medicamentos: mediante supervisión al personal de los establecimientos de salud, respetar las indicaciones de conservación del medicamento que da el fabricante: protección de la luz solar, calor excesivo y la humedad.
- Se considera **inasistente** al paciente PB o MB que no asista a su cita para tratamiento supervisado (primera dosis del mes) por más de 72 horas.
- Se considera como **abandono** al paciente PB o MB que no asiste a su terapia PQT/OMS por un período de 2 meses consecutivos; por lo tanto deberá reiniciar el tratamiento desde la primera dosis.

Importante: Los pacientes PB o MB que descontinúan el tratamiento por periodo menor a 2 meses, una vez reintegrados continuarán el tratamiento hasta concluirlo.

- **La Transferencia** del paciente a otro establecimiento de salud se hará por motivos tales como: cambio domiciliario, trabajo u otros. Para tal fin se llenará la hoja de transferencia (Anexo N° 12) por duplicado, entregando un ejemplar al paciente y enviando otra al establecimiento receptor, este último deberá devolver la parte inferior de la hoja de transferencia al establecimiento de salud de origen.
- **Seguimiento de paciente post alta medicamentosa:**
El paciente con alta medicamentosa deberá tener una evaluación clínica anual durante 10 años.

6. ESQUEMAS TERAPEUTICOS

ESQUEMA PQT/OMS PARA PAUCIBACILARES (PB)

Tiene una duración de 6 meses y se utilizan 2 medicamentos: Dapsona (DDS) y Rifampicina (R).

Está indicado:

En todas las categorías de pacientes Paucibacilares (PB)

ESQUEMA PQT/OMS EN BLISTER PARA PAUCIBACILARES (PB)

PB ADULTOS : 6 BLISTER (1 por mes)		PB NIÑOS DE 10 - 14 AÑOS : 6 BLISTER	
Supervisado	Autoadministrado	Supervisado	Autoadministrado
1ra. Dosis del mes	27 dosis siguientes del mes	1ra. Dosis del mes	27 dosis siguientes del mes
2 R* x 300 mg. 1 D** x 100 mg.	1 D** x 100 mg.	3 R* x 150 mg. 1 D** x 50 mg.	1 D** x 50 mg.

*Rifampicina ** Dapsona (DDS)

En niños de 0 a 9 años los medicamentos se administrarán en relación al peso, de acuerdo con la posología adjunta.

POSOLOGIA EN NIÑOS		
GRUPOS DE EDAD	DDS 2 mg/Kg de peso/día	RIFAMPICINA 20 mg/Kg de peso/día
	AUTOADMINISTRADO	SUPERVISADO
3-5 años	25 mg.	150-300 mg.
6-14 años	50-100 mg.	300-450 mg.
15 y más años	100 mg.	600 mg.

ESQUEMA PQT/OMS PARA MULTIBACILARES (MB)

Tiene una duración de 1 año y se utiliza tres medicamentos: Dapsona (DDS); Rifampicina y Clofazimina (Lampren). Con excepción de los casos de lepra con carga bacilar de cuatro o más cruces, según la escala logarítmica de Ridley, que recibirán tratamiento por dos años.

Está indicado:

En todas las categorías de pacientes multibacilares.

ESQUEMA PQT/OMS EN BLISTER PARA MULTIBACILARES (MB)

MB ADULTOS : 12 BLISTER (1 por mes)		MB NIÑOS DE 10 - 14 AÑOS : 12 BLISTER	
Supervisado	Autoadministrado	Supervisado	Autoadministrado
1ra. Dosis del mes	27 dosis siguientes del mes	1ra. dosis del mes	27 dosis siguientes del mes
2 R* x 300 mg. 1 D** x 100 mg. 3 C*** x 100 mg.	1 D** x 100 mg. 1 C*** x 50 mg.	3 R* x 150 mg. 1 D** x 50 mg. 3 C*** x 50 mg.	1 D* x 50 mg. 1 C*** x 50 mg.

*Rifampicina ** Dapsona (DDS) *** Clofazimina (Lampren)

Recordar que la clofazimina producirá pigmentación pardo-negrucza (bronceado) de la piel, esto constituye una reacción adversa medicamentosa (RAM) menor que no requiere suspender el tratamiento.

En niños de 0 a 9 años los medicamentos se administrarán en relación al peso, de acuerdo con la posología adjunta.

POSOLOGIA EN NINOS				
GRUPOS DE EDAD	DDS 2 mg/Kg. de peso/día	RIFAMPICINA 20 mg/Kg de peso/día	CLOFAZIMINA 1 mg/kg de peso/día	
	AUTOADMINISTRADO	SUPERVISADO	AUTOADMINISTRADO	SUPERVISADO
3-5 años	25 mg.	150-300 mg.	100 mg. Semanal	100 mg.
6-14 años	50-100 mg.	300-450 mg.	150 mg. Semanal	150-200 mg.
15 y más años	100 mg.	600 mg.	50 mg. Diario	300 mg.

7. REACCIONES EN LEPROSA

Durante la evolución de la enfermedad pueden ocurrir episodios agudos de inflamación de las lesiones dérmicas o troncos nerviosos u otros órganos; estas manifestaciones se llaman reacciones.

Las reacciones son debidas a alteraciones inmunológicas que ocurren en el paciente. Pueden producirse antes, durante y después del curso de un tratamiento adecuado, espontáneamente y otras veces por infecciones intercurrentes, stress psíquico, anemia, gestación, etc., estas pueden ser de dos tipos:

- **Reacción de tipo 1**
Se presenta en algunos pacientes PB y algunos MB, las lesiones de la enfermedad se hinchan y se enrojecen, poniéndose calientes y sensibles, y los nervios se inflaman, si no se atiende de inmediato pueden producir parálisis o anestesia brusca.
- **Reacción de tipo 2**
Se presenta en la forma MB lepromatosa, aparecen nuevas lesiones tipo nódulos en la piel, son dolorosos y enrojecidos (eritema nudoso leproso), puede haber fiebre y otras inflamaciones, también pueden inflamarse los nervios.
- **Tratamiento de las Reacciones en lepra**
 - **Tratamiento de la Reacción de Reversión o Tipo 1**
En este tipo de reacción el tratamiento está dirigido al control de los síntomas agudos, utilizando corticoides (prednisona) como prioridad, en su ausencia

analgésicos ó antiinflamatorios (aspirina, ibuprofeno), o cloroquina, así como reposo de los miembros o áreas afectadas hasta que mejore el cuadro reaccional. No debe suspenderse la PQT/OMS.

La neuritis reaccional es una emergencia, el tratamiento de elección son los corticoides (prednisona: 1 mg/Kg de Peso/día); usar prednisona 40-80 mg/día, después de 7 días reducir la dosis al 50 %.

Puede ser prescrita de la manera siguiente, dependiendo de la dosis inicial:

40 mg día para las semanas 1 y 2
30 mg día para las semanas 3 y 4
20 mg día para las semanas 5 y 6
15 mg día para las semanas 7 y 8
10 mg día para las semanas 9 y 10
05 mg día para las semanas 11 y 12

Es importante que los pacientes sean examinados cada semana y la dosis de los corticoides deben ser reducidos cada 2 semanas².

Reducir la dosis en 5-10 mg. cada 2 a 4 semanas según respuesta, terminando en 10 mg. en días alternos por 2 semanas.

No debe suspenderse la PQT/OMS y el paciente deberá ser hospitalizado según la gravedad del caso.

○ **Tratamiento del Eritema Nudoso Leproso (ENL) o Reacción Tipo 2**

El tratamiento específico y espectacular es con la Talidomida, que se administra en dosis decrecientes y en períodos cortos; debe evitarse el uso de esta droga en mujeres en edad fértil, por su efecto teratógeno y neurotóxico. Se puede utilizar 400 mg./día o menos según la severidad, hasta controlar la reacción y luego reducir gradualmente (100 mg cada 2 a 3 semanas), hasta 50 mg./día por el tiempo necesario. En su reemplazo se puede utilizar aspirina, cloroquina o prednisona.

• **Reacciones adversas a los medicamentos antileprosos**

La administración de medicamentos para curar la lepra puede ocasionar reacciones adversas, obligando a una suspensión temporal o definitiva del tratamiento específico.

Importante: Los pacientes que descontinúan el tratamiento por periodo menor a 2 meses, una vez reintegrados continuarán el tratamiento hasta concluirlo.

Aquellos que descontinúan el tratamiento mayor a 2 meses se consideran abandono y reiniciarán el tratamiento.

8. CONTROL DE CONTACTOS

El objetivo de esta actividad es detectar precozmente los casos de lepra (prevalencia oculta) entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar en los susceptibles.

• **Contacto Intradomiciliario**

Es toda persona que vive con un enfermo activo de lepra.

² fuente: The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem WHO 2003

Se recomienda censar y examinar 5 contactos intradomiciliarios por enfermo MB y PB; por lo menos una vez al año durante un período de 5 años.

- **Contacto Extradomiciliario**

Es toda persona que sin convivir con un enfermo de lepra mantiene con él una relación estrecha (vecinos, amigos, compañeros de trabajo, escuela y otros casos). Se recomienda censar y examinar 20 contactos extradomiciliarios por enfermo MB y PB; una vez al año durante un período de 2 años.

9. INFORMACIÓN, OPERATIVIDAD Y LOGÍSTICA

El sistema de información y registro de casos proporciona los datos necesarios para la evaluación epidemiológica y operacional de la eliminación de Lepra, para fines de la toma de decisiones, mediante un sistema sencillo y confiable que permite el registro de datos a medida que se desarrollan las actividades en los establecimientos de salud.

El registro procesamiento y análisis de la información operacional y epidemiológica es responsabilidad del equipo multidisciplinario según niveles: local, regional y nacional.

Objetivo

Obtener información de alta calidad, oportuna, confiable, estandarizada, periódica y regular para la evaluación del plan de eliminación de la lepra en las zonas endémicas del Perú.

Programación

- Cada Establecimiento de Salud, deberá elaborar su programación anual de actividades del año siguiente, durante la primera quincena del mes de Julio del año en ejercicio e inmediatamente después remitirla al nivel superior correspondiente para su consolidación.
- El consolidado de las Direcciones de Salud debe ser remitido al Nivel Normativo Conductor para elaborar la programación nacional.
- La Programación se realizará en base a un Sistema de Módulos previamente calculados, en un formato único (Anexo N° 5).
- Para calcular el N° de casos por año se considera según la prevalencia local x 10,000.
- Se consideran la siguientes metas operacionales:
 - Detección al 100% de los casos estimados.
 - Administración gratuita del tratamiento al 100% de los enfermos diagnosticados.
 - Controlar al 100% de enfermos en tratamiento.
 - Control de Contactos: 5 contactos Intradomiciliarios y 20 contactos extradomiciliarios.
 - 03 Consultas médicas: al inicio, a la mitad y al final del tratamiento al 100% de los enfermos.
 - 02 Visitas domiciliarias: al inicio de tratamiento y de seguimiento.
 - 06 Atenciones de Enfermería: Para pacientes PB, una mensual, en la 1ra dosis de tratamiento supervisado
 - 12 Atención de Enfermería: Para pacientes MB, una mensual, en la 1ra dosis de tratamiento supervisado.
 - 02 Atenciones Sociales: al inicio del tratamiento y al final del tratamiento ó cuando el paciente lo amerite.

- 08 baciloscopias de diagnostico: (2 en la oreja, 2 en los codos, 2 en la rodilla y 2 en lesiones).
- 02 baciloscopias de control: al final del tratamiento solo de las zonas que han sido positivas al diagnostico en multibacilares.
- 01 histopatologías: para el diagnóstico en los casos de duda en el diagnóstico clínico.
- Examen clínico dermatológico al 100% de pacientes en periodo de vigilancia post- tratamiento.

Instrumentos de Registro

- **Libro de Registro y seguimiento de despistaje de síntomas dermatoneurológicos**
En él se anotará a todas las personas que acuden por síntomas dermatoneurológicos sugerentes de lepra, siendo un instrumento de información oficial del componente Lepra y es de carácter confidencial y deberá ser conservado adecuadamente en cada establecimiento de salud (Anexo N° 7).
- **Libro de Registro de Muestras para investigación bacteriológica en lepra**
Este instrumento será ubicado en el laboratorio y en él se registra todas las muestras procesadas para investigación bacteriológica de lepra, por baciloscopia y/o histopatología, siendo un instrumento de información oficial debe ser adecuadamente conservado, (Anexo N° 8).
- **Libro de Registro y Seguimiento del paciente con Lepra** En él se registra todos los casos diagnosticados con lepra y a quien se le indica inicio de tratamiento, es un instrumento de información oficial y es de carácter confidencial, debe ser conservado adecuadamente, (Anexo N° 10).
Estos registros son llenados por el responsable del componente lepra de cada establecimiento de salud.

Instrumentos de Información

- **Informe Operacional.**
Permite recoger la información para monitorear los indicadores de detección: casos nuevos, el seguimiento de casos del año anterior, control de contactos, casos según forma clínica, etc.

El llenado del informe operacional es responsabilidad del equipo multidisciplinario del componente lepra en todos los establecimientos de salud.

Esta información debe ser remitida al nivel inmediato superior terminado el trimestre, bajo responsabilidad.

Se sugiere reuniones técnicas de trabajo trimestrales para el acopio, análisis y toma de decisiones.

El flujo de información es del establecimiento de salud a la Microrred, Red hasta las Direcciones Regionales de Salud respectivos, el coordinador Regional debe remitir el consolidado a la ESNPyCTB – Componente Lepra.

El informe operacional del Componente Lepra tendrá un flujo semestral y se efectuará con el formato único (Anexo N° 14).

Todas las Direcciones de Salud deberán remitir semestralmente sus respectivos informes operacionales al Nivel Nacional de acuerdo al siguiente cronograma:

- **Primer semestre:** Última semana de Julio; acompañado ésta, de la programación por módulo individual del año siguiente.
- **Segundo semestre:** Última semana de Enero, del año siguiente.
- **Estudios de Cohortes de Tratamiento.**

La realización del estudio de cohorte es responsabilidad del equipo multidisciplinario del componente de lepra, en todos los establecimientos de salud. Es un instrumento para el análisis de los indicadores de eficiencia y eficacia, y toma de decisiones a nivel local y a nivel de las Direcciones de Salud.

El Coordinador del Componente de Lepra de la Dirección Regional de Salud respectiva, deberá remitir el estudio de Cohorte consolidado a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - Componente Lepra del Ministerio de Salud, según la fecha establecida en la presente Norma.

La única base de información a utilizar para realizar el Estudio de Cohorte es el "Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Lepra" y el "Libro de Registro de Muestras para Investigación bacteriológica en Lepra".

Los casos comprendidos en un estudio de Cohorte ingresan y egresan una sola vez. La Cohorte se analiza cuando el último paciente ingresado haya tenido tiempo de egresar.

- **Estudio de Cohorte para pacientes con Lepra Paucibacilar con tratamiento PQT / OMS de 6 meses (Anexo N° 15)**

Condiciones de Ingreso:

- Enfermos con Lepra paucibacilar (PB), que presentaron 1 a 5 lesiones activas en piel y con baciloscopias negativa.
- Ingresaron al Componente Lepra de su establecimiento en un periodo determinado:

1er semestre: 1 de enero al 30 de junio.

2do semestre: 1 de julio al 31 de diciembre.

- Recibieron el esquema de terapia PQT / OMS de 06 meses.

Condiciones de Egreso

- **Curados**
Son los pacientes nuevos PB que al finalizar el esquema de terapia PQT/OMS de 6 meses, presentan inactividad de las lesiones, la baciloscopia se mantiene negativa y se les otorga el alta por curación.

- **No respuesta a PQT/OMS**
Son los pacientes nuevos PB que al finalizar el esquema de terapia PQT/OMS de 6 meses en forma regular, evolucionan mal, presentando nuevas lesiones o extensión de lesiones antiguas.
- **Abandonos**
Pacientes nuevos PB que no cumplen el tratamiento PQT/OMS por un período mínimo de 2 meses consecutivos.
- **Fallecidos**
Pacientes nuevos PB, que mueren durante el período de tratamiento.

Motivos de Exclusión de la Cohorte

Corresponde al grupo de enfermos nuevos detectados y clasificados con forma clínica PB, registrados en el informe operacional y a los que no se les incluyó en la cohorte por causas diversas, tales como:

- **Reacciones adversas a la terapia PQT/OMS con cambio de esquema**, son los pacientes nuevos con lepra PB, que por causas médicas demostradas, no cumplieron con la terapia PQT/OMS, habiendo recibido otro esquema de tratamiento.
 - **Irregularidad a la terapia PQT/OMS**, son los pacientes nuevos con lepra PB, que presentan intervalos de inasistencia de 4 y más semanas consecutivas, lo cual les impide finalizar la terapia en la fecha inicialmente programada y aún continúan en tratamiento al momento de realizar el estudio de cohorte.
 - **Diagnóstico equivocado de PB**, paciente nuevo, erróneamente clasificado como PB y al clarificar su correcto diagnóstico pasa a cumplir terapia de enfermo multibacilar (MB).
 - **Otros (especificar)**, pacientes nuevos con lepra PB que por diversas causas no fueron incluidos en la cohorte, como por ejemplo: los que presentan enfermedades asociadas y que obliga a cambiar la terapia PQT/OMS.
- **Estudio de Cohorte de Tratamiento para pacientes con Lepra Multibacilar (MB) terapia PQT /OMS**

Condiciones de Ingreso

- Grupo de enfermos que presentaron 6 a más lesiones activas en piel y con baciloscopia negativa, y pacientes con baciloscopia positiva que presentaron 1 a más lesiones en piel.
- Ingresaron al Componente Lepra de su establecimiento en un periodo determinado:

1er semestre: 1 de enero al 30 de junio.
2do semestre: 1 de julio al 31 de diciembre.
- Recibieron el esquema de terapia PQT / OMS de 12 ó 24 meses.

Condiciones de Egreso

- **Curados**

Son los pacientes nuevos MB que al finalizar el esquema de terapia PQT/OMS de 12 ó 24 meses, presentan inactividad de las lesiones, la baciloscopia puede mantenerse positiva o ser negativa y se les otorga el alta por curación.

- **No respuesta a PQT / OMS**

Son los pacientes nuevos MB que al finalizar el esquema de terapia PQT/OMS de 24 meses en forma regular, evolucionan mal, presentando nuevas lesiones o extensión de lesiones antiguas y la baciloscopia persiste positiva, con índice morfológico alto, que indica bacilos viables.

- **Abandonos**

Pacientes nuevos MB que no cumplen el tratamiento PQT/OMS por un período mínimo de 12 meses consecutivos.

- **Fallecidos**

Pacientes nuevos MB, que mueren durante el período de tratamiento.

Motivos de Exclusión de la Cohorte

Corresponde al grupo de enfermos nuevos detectados y clasificados con forma clínica MB, registrados en el informe operacional y a los que no se les incluyó en la cohorte por causas diversas, tales como:

- **Reacciones adversas a la terapia PQT/OMS con cambio de esquema**, son los pacientes nuevos con lepra MB, que por causas médicas demostradas, no cumplieron con la terapia PQT/OMS, habiendo recibido otro esquema de tratamiento.
- **Irregularidad a la terapia PQT/OMS**, son los pacientes nuevos con lepra MB, que presentan intervalos de inasistencia de 4 y más semanas consecutivas, lo cual les impide finalizar la terapia en la fecha inicialmente programada y aún continúan en tratamiento al momento de realizar el estudio de cohorte.
- **Otros (especificar)**, pacientes nuevos con lepra MB que por diversas causas no fueron incluidos en la cohorte, como por ejemplo: los que presentan enfermedades asociadas y que obliga a cambiar la terapia PQT/OMS.

10. DISTRIBUCIÓN Y MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS

El requerimiento y distribución de los medicamentos es bajo responsabilidad de la Dirección Regional de Medicamentos Insumos y Drogas (DIREMID) y el profesional del componente Lepra, la distribución será de acuerdo a su organización administrativa y la demanda de los casos.

El Químico Farmacéutico ó personal responsable de farmacia de los establecimientos de salud remitirán mensualmente el informe a la microrred, red y Dirección Regional de Salud (DIRESA), según su organización.

Los medicamentos deben ser conservados adecuadamente en Farmacia, bajo responsabilidad del farmacéutico, quién supervisará la calidad de los productos, dando prioridad en el uso acorde con la fecha de vencimiento.

Los saldos de medicamentos por abandonos fallecimientos y donaciones deberán ser informados a las instancias correspondientes, con el objeto de preparar nuevos esquemas de tratamiento completo.

11. CAPACITACIÓN:

Conjunto de actividades destinadas a lograr que el personal de salud incorpore conocimientos, obtengan habilidades y desarrollen actitudes, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos del componente Lepra.

La capacitación al personal de su jurisdicción es responsabilidad del equipo de salud en todos los niveles.

• **Objetivos**

- Actualizar al personal de salud, directivo y responsable de los diferentes niveles de atención en los avances científico – tecnológicos en la consolidación de la eliminación de la Lepra.
- Fortalecer las capacidades técnico gerencial según niveles de atención.

• **Modalidades**

- **Capacitación en servicio**
Permite aprender en la práctica diaria el manejo operativo de las actividades del componente de Lepra.
Es necesario considerar los siguientes aspectos:
 - Determinar los establecimientos de salud eficientes y con mejores indicadores operacionales.
 - El personal a capacitarse participara en todas las actividades que desarrolla el componente.

La capacitación en servicio será la de mayor aplicación y difusión, porque es la que mejores resultados obtiene y a bajo costo.

- **Capacitación Grupal**
Destinada a los equipos multidisciplinares de salud, se realizará a través de talleres, conferencias, reuniones técnicas operativas, utilizando conocimientos actuales que permita la participación activa de los participantes.

• **Contenidos**

Deberán incluirse los siguientes aspectos:

- Aspectos de la eliminación de la Lepra.
- Organización funcional del Componente de lepra.
- Promoción y prevención de la Lepra.
- Manejo de Contactos.
- Prevención de las discapacidades.

- Laboratorio en el proceso de Eliminación de la Lepra.
- Sistema de registro e información operacional.

12. SUPERVISIÓN

La supervisión es un proceso de enseñanza-aprendizaje recíproco, permanente, regular y planificado que permite desarrollar los conocimientos y calidad del personal y modificar actitudes, contribuyendo al buen funcionamiento del servicio de salud, permite identificar las áreas críticas en los diferentes niveles y tomar las medidas correctivas pertinentes. La supervisión será ejecutada por el equipo responsable, según niveles.

Los instrumentos de la supervisión a utilizar: observación, entrevista, visita, reunión de grupo e investigación de documentos.

Se contará con una guía de supervisión. (Anexo N° 18).

• **Objetivos**

- Identificar áreas críticas en los aspectos técnicos administrativos con la finalidad de proponer alternativas de solución.
- Fortalecer las capacidades técnicas operativos.
- Monitorear el avance y cumplimiento de las actividades del Componente Lepra.
- Incentivar la mejora de la eficiencia técnica.

• **Etapas**

Para realizar la supervisión adecuadamente es necesario considerar lo siguiente:

- **Organización**
Permitirá elaborar el cronograma de visitas a realizar, considerando el tiempo, lugar accesibilidad y el número de establecimientos a visitar.
- **Ejecución**
Según los niveles a supervisar se considera:
 - Dirección de Salud: entrevista con el Director General..
 - Redes de Salud: Entrevista con el Director Ejecutivo.
 - Local: Entrevista con el Director o jefe del establecimiento de salud.

En todos los niveles, entrevista con el equipo multidisciplinario que desarrolle las actividades del componente Lepra, quienes deben conocer los objetivos y propósitos de la supervisión, además de solicitar apoyo en la ejecución de la actividad.

• **Evaluación**

Es la etapa en la cuál se determina si se ha logrado cumplir con los objetivos de la supervisión.

Al finalizar la supervisión se darán a conocer los problemas identificados, las sugerencias, las recomendaciones.

13. EVALUACIÓN

La evaluación es el proceso mediante el cual se determina el grado de éxito que se ha obtenido en el logro de los objetivos del Componente Lepra a los fines de la estrategia de eliminación. La evaluación es periódica y regular en todos los establecimientos de salud. Los coordinadores del Componente Lepra, son los responsables de esta actividad según los niveles de atención.

Es responsabilidad de los equipos multidisciplinarios de los niveles regionales realizar las evaluaciones semestrales y anuales.

Se han seleccionado indicadores epidemiológicos y operacionales (Anexo N° 17).

- **Objetivos:**

- Presentar y analizar la información epidemiológica y operacional.
- Definir estrategias factibles en el marco de la eliminación de Lepra en el Perú.
- Mejorar la capacidad técnico gerencial de los integrantes del equipo multidisciplinario del Componente Lepra.

- **Instrumentos:**

Informe operacional semestral y anual.
Ficha de Informe Anual.
Estudios de cohorte de Tratamiento.

14. INVESTIGACIÓN

La investigación contribuye a la toma de decisiones con la finalidad de lograr una mayor eficiencia, calidad, eficacia y generación de conocimiento en la eliminación de la Lepra.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB – Componente Lepra del Nivel Nacional promueve la investigación científica, especialmente operacional y que contribuya a encontrar soluciones y respuestas a la situación de la Lepra en el Perú.

- **LINEAS DE INVESTIGACION:**

- Investigación epidemiológica del 100% casos de Lepra notificados.
- Investigación Clínica.
- Determinación de la prevalencia real en áreas consideradas endémicas que reportan casos y aquellas que siendo consideradas endémicas no reportan casos en los últimos 10 años.
- Otras Investigaciones, relacionadas con el desarrollo de la resistencia a las drogas antileprosas y al desarrollo de vacunas.

VIII. RESPONSABILIDADES

El cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud de responsabilidad en las dependencias del Ministerio de Salud en los niveles: Nacional, Regional y Local.

IX DISPOSICIONES FINALES

Cualquier situación clínica no contemplada en la presente Norma Técnica de Salud , debe requerir de la evaluación por parte de las instancias de consultoría antes señaladas, quienes tomarán decisiones terapéuticas basándose en los criterios de riesgo beneficio y considerando el respeto a los principios éticos y los derechos del paciente.

Difundir el Documento “Norma Técnica de Salud para la Eliminación de la Lepra” en los establecimientos de salud del país, priorizando las zonas endémicas.

Las Direcciones Regionales de Salud en las zonas endémicas deberán asumir el compromiso de eliminación de la Lepra.

La implementación de esta Norma Técnica deberá ser acompañada por actividades de capacitación e información al personal de los establecimientos de salud.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA LEPRO PAUCIBACILAR

CARACTERISTICA	INDETERMINADO (LI)	TUBERCULOIDE (TT)	BORDERLINE (BT)
Lesiones de Piel	Máculas (manchas)	Máculas o placas (blanquecinas o rojas)	Máculas o placas (generalmente rojizas). Algunas con recuperación central
Número	De una a tres (generalmente unica)	Una o varias (3 a 5)	Muchas, usualmente de 5 a 25
Distribución	Variable	Localizada y asimétrica	Simétrica, especialmente en brazos y piernas
Superficie	Puede ser lisa	Seca y escamosa	Seca y escamosa
Bordes	No siempre bien definidos	Bien definidos, márgenes nítidos, regulares o irregulares	Pueden ser bien definidos
Compromiso de la Sensibilidad en la zona de las lesiones	Pérdida leve de sensibilidad	Siempre con alguna pérdida de la sensibilidad, a veces totalmente ausente (anestesia)	Siempre con alguna pérdida de la sensibilidad, a veces totalmente ausente (anestesia)
Nervios Periféricos	No afectados	A veces uno o dos troncos nerviosos afectados precozmente	A menudo comprometidos, con deformidad de leve a severa en cara, manos y/o pies
Baciloscopias en las lesiones	Negativa	Negativa	Negativas o apenas 1+ en alguna lesión
Lepromina	Pápula de 3 - 5 mm o negativo	Pápula mayor de 10 mm y/o ulceración	Papulas de 6-10 mm

Cualquier caso de Lepra tipo (TT,BT,I), con bacilosocopia positiva, incluso si la positividad es solo 1+, debería ser clasificado como multibacilar para decidir su tratamiento

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA LEPRO MULTIBACILAR

CARACTERISTICA	BORDERLINE BORDERLINE (BB)	BORDERLINE LEPROMATOSA (BL)	LEPROMATOSA (LL)
Lesiones de Piel	Placas, bandas y lesiones anulares elevadas	Máculas, placas, lesiones anulares elevadas, nódulos, infiltraciones (variedad de lesiones)	Infiltración difusa, pápulas, nódulos, lepromas.
Número	Muchas, generalmente más de 25	Imnumerables aunque con zonas de piel normal	Numerosas, ampliamente distribuidas, prácticamente sin zonas de piel normal
Distribución	No tan simétricas como Borderline Tuberculoide	Tienden a ser simétricas	Simétricas
Superficie	Ligeramente brillante, algunas lesiones pueden ser secas	Lisa y brillante	Lisa y brillante
Bordes	Generalmente bien definidos, descienden hacia la periferia	Poco definidos, descienden hacia la periferia	Se confunden imperceptiblemente con las áreas adyacentes
Compromiso de la Sensibilidad en la zona de las lesiones	Poca pérdida de la sensibilidad	Ligeramente disminuida	No afectada
Nervios Periféricos	Pueden no estar comprometidos	A veces engrosados y simétricos	Muchos son afectados pero tardamente
Baciloscopias en las lesiones	Positiva (2+)	Positiva (3+ a 4+)	Positiva (presencia de globis: 5+ a 6+)
Lepromina	Negativa	Negativa	Negativa

ANEXO Nº 2

EXAMEN CLÍNICO DERMATONEUROLÓGICO

Hay 5 partes del cuerpo que deben ser examinadas cuidadosamente: piel, nervios, manos, pies y ojos. Los hallazgos deben ser claramente anotados en la Ficha Epidemiológica-Clínica del enfermo (Anexo Nº 9)

1. Examen de Piel

- El examen debe hacerse en un ambiente con buena iluminación, de preferencia con luz natural.
- Se requiere examinar la totalidad de la superficie cutánea del paciente, respetando su pudor e intimidad.
- Es necesario contar con algodón, un objeto punzante, dos tubos de prueba: uno con agua fría y otro con agua tibia, para este último se requiere un mechero de alcohol.
- Buscar las manifestaciones de piel: máculas, placas, infiltraciones, nódulos, etc.; señalando claramente el grado de sensibilidad, número de lesiones, color, bordes y localización de las lesiones, etc. según las pautas señaladas en la ficha epidemiológica-clínica.
- Examinar en orden y sistemáticamente a fin de no dejar escapar datos importantes:
 - Cabeza: examinar cejas, ojos, nariz, boca, orejas, cuello.
 - Tórax y abdomen: anterior y posterior.
 - Región Pélvica: glúteos y genitales
 - Miembros superiores: brazos, antebrazos y manos.
 - Miembros inferiores: muslos, piernas y pies.

2. Examen de Nervios

- Se debe examinar los principales troncos nerviosos periféricos, comparando cada nervio con el del lado opuesto, con una adecuada técnica de palpación:
 - Grosor (si está normal o aumentado: ligera, moderada o muy engrosado).
 - Forma (buscar nodulaciones en su trayecto).
 - Consistencia (si es normal, firme o dura).
 - Sensibilidad (buscar si hay dolor a la palpación).
 - Los nervios a examinar y su técnica de exploración, son los siguientes:
 - **Nervio Auricular**
 - **Se busca en la cara lateral del cuello. Se explora haciendo que el enfermo sentado gire la cabeza hacia el lado opuesto del nervio que se desea examinar. Se palpa con los dedos y si está afectado se siente como una cuerda dura, interrumpida o no por nódulos en su trayecto.**
 - **Nervio Facial**
 - **Indicar al paciente que parpadee suave y lentamente y observar si el párpado superior toca el inferior. Solicitar al paciente que cierre los ojos lo más fuerte que pueda y anotar la potencia muscular.**
 - **Nervio supraorbitario.-** Se palpa en el tercio interno de ambas cejas
 - **Nervio Cubital:** se busca en el surco epitrocleo-olecraniano (canal interno del codo). Para la palpación del nervio se sostiene el antebrazo del paciente

y con la mano del observador contraria al lado del paciente que se examina, se identifica y palpa el nervio. El codo debe estar en flexión cercana a 90°, el brazo y el hombro en completa relajación.

- **Nervio Mediano:** Se busca en la cara anterior de la muñeca. Normalmente no es palpable.
- **Nervio Radial:** ubicarlo en el tercio superior de la cara lateral del brazo y también en la "tabaquera" anatómica (cara externa de la muñeca).
- **Nervio Ciático-Poplíteo Externo:** buscar el nervio en la región poplíteica, en la cara postero-externa de ambas rodillas (con el paciente de pie) o en la parte inferior y posterior de la cabeza del peroné (con paciente sentado).
- **Nervio Tibial Posterior:** ubicar el nervio detrás del maléolo interno (cara interna del tobillo), normalmente nunca duele a la palpación superficial.

3. Examen de la sensibilidad superficial

Se buscará con estímulos apropiados las alteraciones: térmica, dolorosa y táctil.

- **Sensibilidad Térmica**

Es la primera en alterarse. Disponiendo de dos tubos de vidrio, uno con agua fría y otro con agua tibia (45° C aproximadamente), que no queme el área explorada. Se aplican alternadamente uno y otro tubo en la zona que se quiere explorar y se le pide al paciente que diga si está frío o caliente al contacto con el tubo.

- **Sensibilidad Táctil**

Se explora con un algodón, se toca la lesión del paciente con la parte más fina. Se le pide que responda si se le está tocando o no.

- **Sensibilidad Dolorosa:**

Utilizando un alfiler u otro objeto similar, se toca al paciente con la punta fina y luego con la cabeza roma del mismo, estimulando alternativamente, se le pide que responda si se le "hinca" o toca.

Nota: En cualquiera de las exploraciones de la sensibilidad, tener en cuenta que el paciente no vea el procedimiento de evaluación, ya que puede falsear los resultados.

4. Examen de las Manos

- Se inicia examinando la palma de la mano, en seguida la punta de los dedos y luego el dorso, desde la punta de los dedos.
- Se podrá detectar:
 - Lesiones primarias, como resecamientos, infiltraciones, hipotrofia muscular y pérdida de la sensibilidad.
 - Lesiones secundarias, cuando no se tomaron las medidas preventivas de las anteriores, como consecuencia desarrollarán: fisuras de piel, infecciones, lesiones por traumatismo, contracturas, retracción, reabsorción; etc.

Este examen nos permite, alertar al paciente cuando está en peligro de presentar manos insensibles e instruirlo como cuidarlas. **Además nos sirve para diagnosticar y clasificar al paciente según el grado de limitación funcional.**

Los hallazgos serán anotados en la Ficha Epidemiológica-Clínica.

5. Examen de Pies

- Seguir la misma metodología que para el examen de las manos, no olvidar la planta de los pies.
- Detectar las lesiones primarias y secundarias al igual que en la mano, además buscar las lesiones que se producen como consecuencia de la marcha en pacientes con deformidades de los pies.
- Anotar los hallazgos en la Ficha Epidemiológica-Clínica.

6. Examen de los Ojos

- Preguntar primero al paciente si siente dolor u otra molestia en los ojos, o si tiene dificultad en la visión.
- Explorar la sensibilidad de la córnea con la punta de un algodón húmedo limpio. Cuando la sensibilidad está disminuida se pueden presentar lesiones severas.
- Observar si las pestañas irritan la córnea.
- Explorar la fuerza muscular, observar si logran ocluir normalmente los párpados, si hay lagofalmo, queratitis, úlceras, etc.
- Realizar el examen de agudeza visual.
- Anotar los hallazgos en la Ficha Epidemiológica-Clínica.

7. Examen de otros Órganos

- Nariz: investigar sobre dificultad para respirar, moco, costras, hemorragia nasal, perforación del tabique nasal y aplastamiento de la nariz.
- Boca y Garganta: puede estar afectada. Buscar infiltraciones y nódulos en la lengua, gíngivas, paladar duro, paladar blando y garganta.
- Laringe: el cambio en el tono de voz sugiere afección laríngea.
- Mamas: algunos pacientes del sexo masculino pueden presentar aumento de volumen de una o ambas mamas (ginecomastia).
- Testículos: los pacientes con lepra lepromatosa pueden presentar testículos flácidos y pequeños.
- Anotar los hallazgos en la Ficha Epidemiológica-Clínica.

8. Gradación de las limitaciones funcionales

A continuación se establece un sistema sencillo de clasificación de las limitaciones funcionales en tres grados (1, 2, y 3), para emplearse sobre todo en la obtención de datos generales referentes a las incapacidades y defectos.

• MANOS Y PIES

Grado 1: Hay anestesia, pero no hay deformidad ni lesión visible.

Grado 2: Presencia de deformidad sin fijación o lesiones traumáticas.

Grado 3: Presencia de deformidades irreductibles, ulceraciones y mutilaciones graves

Se efectuará la valoración y clasificación de cada mano y de cada pie por separado.

Si se encuentra que el paciente presenta alguna limitación funcional debido a causas distintas de la lepra, deberá dejarse constancia de este hecho.

- **OJOS**

Grado 0: no hay problemas oculares causados por la lepra, no hay indicios de pérdida visual.

Grado 1: hay problemas oculares causados por la lepra, pero la visión no está gravemente afectada como resultado de dichos problemas (visión: 6/60 o mejor, puede contar los dedos a seis metros de distancia).

Grado 2: grave déficit visual (visión peor que 6/60; imposibilidad de contar los dedos a seis metros de distancia).

Los problemas oculares causados por la lepra comprenden anestesia corneal, lagofthalmía e iridociclitis. Cada ojo se valorará y clasificará por separado.

Si se encuentra que el paciente presenta alguna limitación funcional debido a causas distintas de la lepra, deberá dejarse constancia de este hecho.

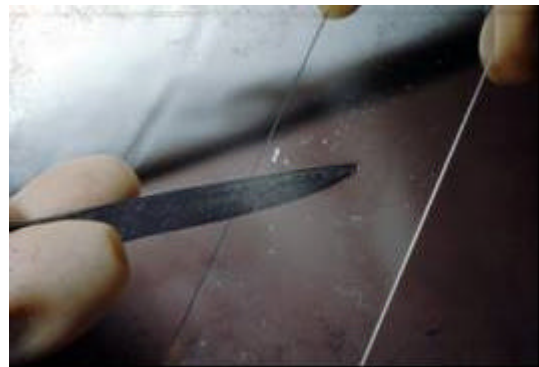
9. **Gradación general del paciente**

A menudo será necesario suministrar información sobre la gradación general de la limitación funcional del paciente. En este caso, ésta será igual al grado más alto de limitación funcional por lepra de cualquier parte del cuerpo.

TOMA DE MUESTRA BIOPSICA



Incisión raspada



Extensión de la muestra



Fijación y coloración

ANEXO N° 3

1. EXAMEN O ESTUDIO BACTERIOLOGICO DE LEPRO

El estudio bacteriológico se realiza mediante la baciloscopia por el método de Ziehl Neelsen.

Está indicado:

En todo caso con diagnóstico clínico, para su confirmación y clasificación.

Los lugares del cuerpo establecidos para la toma de muestra son: Derecha (D) Izquierda (I)

Lóbulos de la oreja (2)	D	I
Codos (2)	D	I
Rodillas (2)	D	I
Lesión(es) sospechosa(s)	(de los bordes activos de la lesión).	

• TÉCNICA PARA LA OBTENCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA PARA BACILOSCOPIA

○ INCISIÓN - RASPADO DE PIEL

- Material requerido: Mechero de alcohol, torundas de algodón, gasa, guantes quirúrgicos, hojas de bisturí (N° 21) estériles, láminas portaobjeto nuevas bien lavadas libres de grasa, y lápiz de cera o plumón fino indeleble.
- Técnica a seguir: Desinfectar el área escogida con una torunda de algodón humedecida con alcohol.
- Se coge la piel, formando un pliegue entre los dedos, con la mano izquierda (si el operador es diestro) presionando hasta lograr palidecer la piel para impedir el sangrado. Si el pliegue no se blanquea, sin dejar de presionar, se puede frotar con un pedazo de gasa hasta lograrlo.
- Manteniendo la presión, se realiza un corte de 5 mm. de largo por 2 mm. de profundidad para llegar a la zona infiltrada de la dermis. (Se limpiará la sangre que pueda salir, con gasa).
- Manteniendo la presión, usando la hoja de bisturí, se tomará una muestra raspando los bordes internos de la incisión.
- El material que queda en la punta del bisturí se transferirá a una lámina porta objeto, haciendo una extensión uniforme en círculo de 57 mm. de diámetro.
Entre la toma de un frotis y otro en un mismo paciente, la hoja de bisturí se limpia con algodón o gasa humedecida en alcohol.
- El material utilizado debe ser descartable.

○ FIJACIÓN

- Sirve para proteger el frotis obtenido, de posibles deterioros durante su manejo y transporte. Dejar secar el frotis al medio ambiente. Nunca exponer las láminas sin colorear a la luz solar, puesto que interfiere en la coloración. No se debe fijar las láminas todavía húmedas)

- Para fijar el frotis, pasar las láminas una por una (con la muestra hacia arriba), por la llama de un mechero de alcohol 3 veces rápidamente.

- **ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE DE LÁMINAS**

- Las láminas fijadas aún no coloreadas deberán guardarse en recipientes apropiados, evitando la luz solar, humedad, polvo, insectos y calor.
- En caso de no hallar un recipiente apropiado para el transporte de las láminas hasta el laboratorio, deberán ser envueltas en papel y adjuntar la solicitud del examen al laboratorio correspondiente.

- **COLORACIÓN DE ZIEHL-NEESEN Y ESTUDIO MICROSCÓPICO**

Ver el Manual de Normas y Procedimientos para el Diagnóstico Bacteriológico de Lepra del Instituto Nacional de Salud.

- **TÉCNICA DE TOMA DE MUESTRA PARA EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO**

- **Biopsia Punch**

➤ Material: Pinza para biopsia punch (sacabocado) de 4 mm descartable o rehusable perfectamente esterilizado, anestésico local (xilocaína 2% **sin epinefrina**), jeringa de 2 a 5 cc con aguja 25 x 5/8", frasco con formol al 10%, gasa, algodón, alcohol, tijeras, pinzas finas.

➤ Técnica:

- Escoger de la lesión sospechosa, el sitio para la biopsia y realizar la asepsia de la región con alcohol medicinal.
- Realizar la infiltración subcutánea con anestésico local. Colocar la pinza para biopsia punch, en forma vertical sobre el área elegida, aplicar presión suave al instrumento y girar hasta que llegue a la grasa subcutánea, luego, retirar la pinza, levantar la biopsia con pinzas finas sin dañarla y cortarla en la base del tejido cortado.
- Extraída la muestra, presionar firmemente en el sitio de la biopsia por unos minutos para controlar el sangrado, y, luego aplicar un apósito seco.
- Secar la biopsia suavemente con gasa para quitarle la sangre y luego sumergirlo en un frasco con formol al 10%.
- Enjuagar la pinza para biopsia punch de inmediato para evitar que se coagule la sangre en la luz del instrumento si se va a esterilizar.
- Rotular el frasco, llenar la ficha y enviarlo para el estudio histopatológico al INS (laboratorio Nacional referencial de Hanseniasis).

- **Biopsia Quirúrgica por Sección en Losange**

Se seguirá la técnica habitual del procedimiento quirúrgico y será realizado exclusivamente por el médico.

2. PRUEBA DE LEPROMINA

- Técnica de Aplicación: Se aplicará por vía intradérmica 0.1 cc de suspensión utilizando jeringas de tuberculina de 1 cc, con aguja N° 25 de bisel corto, en el tercio medio de la cara anterior del antebrazo izquierdo. Se debe agitar el frasco de lepromina antes de usar.
- Lectura: existen dos reacciones:
 - Reacción de Fernández: se lee al igual que la tuberculina, a las 48-72 horas. No tiene importancia clínica.
 - Reacción de Mitsuda o Reacción Tardía: es una induración o un nódulo eritematoso que puede llegar a la ulceración, se leerá a las 4 semanas de la aplicación. Con una regla milimetrada se medirá el diámetro mayor de la induración o nódulo. Registrar el resultado en la Ficha Epidemiológica-Clínica en milímetros. Anotar si hay ulceración.
- Interpretación:

En el enfermo de lepra: una reacción positiva nos habla de una forma paucibacilar. Una reacción negativa por el contrario expresa una forma multibacilar.

En el contacto sano de enfermo con lepra: una reacción positiva nos indica que el sujeto posee defensas contra la enfermedad. Si la reacción es negativa, el contacto está en riesgo de adquirir una forma multibacilar.

Información detallada se encontrará en el Manual de Normas y Procedimientos para el diagnóstico bacteriológico de lepra del I.N.S.

TOMA DE MUESTRA BIÓPSICA

Biopsia con punch dermatológico



Anestesia con cloreto o infiltración anestésica



Aplicación de punch



Extracción de la muestra



Muestra en formol al 10 %

Biopsia por sección quirúrgica en Losange

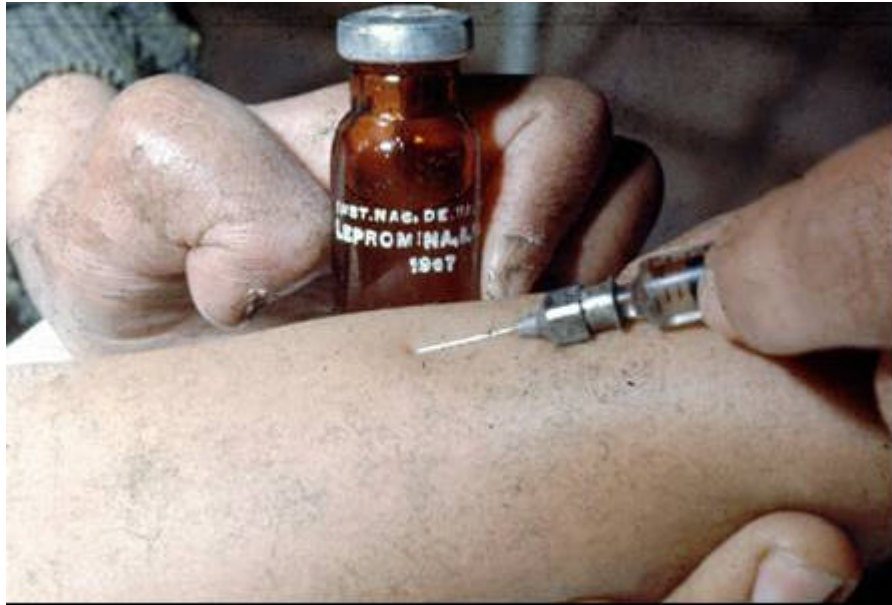


Infiltración anestésica



Extracción de la muestra

PRUEBA DE LEPROMINA



Técnica de aplicación

PRUEBA DE HISTAMINA



Técnica de aplicación

ANEXO Nº 4

ESTIMADO DE LA PREVALENCIA REAL DE LEPRA

El estimado de la PREVALENCIA REAL DE LEPRA se obtiene sumando la prevalencia conocida o de registro más el estimado de prevalencia oculta.

Prevalencia real estimada = Prevalencia conocida + Prevalencia oculta

..... = +

ESTIMADO DE LA PREVALENCIA OCULTA

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

El cuadro que se presenta a continuación es el resumen de la propuesta para la recolección de la información necesaria y el procesamiento de la misma.

Indicador/Año	200	200	200	200	200	Total
Años						
a) Casos nuevos						
b) Evaluados						
c) Discapacitados grado 1 y 2						
d) Porcentaje de discapacitados (c / b)%						
e) Estimado de casos no detectados (d x a) / 100						

ANEXO Nº 5

PROGRAMACION POR MODULO INDIVIDUAL

DIRECCION DE SALUD: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

POBLACION SUJETO DE PROGRAMACION _____

(Programar con el 100% de la población)

I. ATENDIDOS

Total de Enfermos con Lepra (E) prevalencia x 10,000 hab.	Contactos Intradomiciliarios (E) x 5	Contactos Extradomiciliarios (E) x 20

II. ATENCIONES

Consulta Médica (E) x 3	Visita domic- (E) x 2	Atención Enfermería (E) x 12	Atención Social (E) x 2	Baciloscopias		Histopatología (E) x 2	Aplicación Lepromina (E) x 3	Aplicación de Histamina (E) x 5
				Diag (E) x 1	Cont (E) x 1			

III. NECESIDADES DE MEDICAMENTOS

1) Paucibacilar (E): (35%) del total de Enfermos con Lepra Programados (E)	2) Multibacilares (E2): (65% del total de Enfermos con Lepra Programados (E)	3) Tratamiento de Episodios Reaccionales (E3): (Programar sólo para el 10% del total de (E)																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Rifampicina cap. X 300 mg (E 1) x 12</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Dapsona (DDS) ctab. X 100 mg (E1) x 168</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Rifampicina cap. X 300 mg (E 1) x 12	Dapsona (DDS) ctab. X 100 mg (E1) x 168			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Rifampicina cap. X 300 mg (E 2) x 24</td> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Dapsona (DDS) tab. X 100 mg (E2) x 336</td> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Clofacimina cap. X 100 mg (E2) x 36</td> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Clofacimina cap. X 50 mg (E2) x 324</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Rifampicina cap. X 300 mg (E 2) x 24	Dapsona (DDS) tab. X 100 mg (E2) x 336	Clofacimina cap. X 100 mg (E2) x 36	Clofacimina cap. X 50 mg (E2) x 324					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Talidomina tab x 100 mg (E3) x 300</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prednisona tab x 5 mg (E3) x 108</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Talidomina tab x 100 mg (E3) x 300	Prednisona tab x 5 mg (E3) x 108		
Rifampicina cap. X 300 mg (E 1) x 12	Dapsona (DDS) ctab. X 100 mg (E1) x 168																	
Rifampicina cap. X 300 mg (E 2) x 24	Dapsona (DDS) tab. X 100 mg (E2) x 336	Clofacimina cap. X 100 mg (E2) x 36	Clofacimina cap. X 50 mg (E2) x 324															
Talidomina tab x 100 mg (E3) x 300	Prednisona tab x 5 mg (E3) x 108																	

IV. NECESIDADES DE LABORATORIO PARA BACILOSCOPIAS:

Láminas Porta Objeto (E) x 10	Aceite de Inmersión (E) x 0.36 cc.	Fucsina Básica (E) x 0.10 gr.	Fenol Cristalizado (E) x 1.98 gr.	Alcohol 95% (E) x 83.84 cc	Acido Clorhidrico (E) x 2.16 cc.	Azul de Metileno (E) x 0.05 gr.

V. HISTOPATOLOGIA

Jeringa Descartable 2cc - 21 x 1 1/2 (E) x 2	Aguja Descartable 25 x 5/8 (E) x 2	Hoja de Bisturi Nº 21 (E) x 2	Punch Descartable (E) x 2	Formol 10% (E) x 6 cc.

VI. APLICACION DE LEPROMINA

Lepromina (E) x 1.4 cc.	Jeringa de Tuberculina (E) x 3

VII. HISTAMINA

Histamina Capilar (E) x 5

VIII. CURACIONES:

Gasa (E) x 2 yardas	Esparadrapo (E) x 2 yardas	Algodón (E) x 5 gr.

FECHA

COORDINADOR

INSTRUCTIVO DEL ANEXO Nº 5

PROGRAMACION POR MODULO INDIVIDUAL

La programación por módulo individual del Componente Lepra debe realizarse todos los años en el mes de Julio en la primera quincena e inmediatamente después remitir al nivel correspondiente para su consolidación.

I. ATENDIDOS:

1. Programar según la prevalencia local x 10,000 hab.
Población sujeto de programación el 100% del total.

Prevalencia estimada x 10,000 Habitantes, año 1997

Loreto	1.6	San Martín	0.5
Ucayali	1.1	Huánuco	0.3
Apurimac	0.04	Amazonas	0.07

El número de enfermos estimados para el año se obtiene en base a la prevalencia del año

La cifra a programar se obtiene multiplicando el número de enfermos programados (E) por el factor correspondiente.

2. Contactos Intradomiciliarios: por cada caso diagnosticado, se espera realizar examen dermatoneurológico a 5 contactos intradomiciliarios en promedio.
3. Contactos Extradomiciliarios: por cada caso diagnóstico, se espera realizar examen dermatoneurológico a 20 contactos extradomiciliarios.

II. ATENCIONES:

1. Consulta Médica: 3 por enfermo. Al inicio, una evaluación durante el tratamiento y alta.
2. Visita Domiciliaria: en promedio 2.
4. Atención de Enfermería ó Técnico de Enfermería capacitado ó Sanitario: 12 por enfermo para administración de tratamiento supervisado y educación sanitaria.
5. Atención Social: 2 en promedio por enfermo.
6. Baciloscopía: Diagnóstico: 1 y durante el control sólo de los lugares que han sido positivos al diagnóstico (promedio:1) en multibacilares y al alta en paucibacilares.
7. Histopatología: uno al diagnóstico, durante el control sólo de los lugares que han sido positivos al diagnóstico (promedio: 1) en multibacilares.

III. NECESIDADES DE MEDICAMENTOS:

Programar por separado para cada grupo de pacientes:

1. Paucibacilares (E_1). Se calcula que en las regiones endémicas de lepra del Perú corresponden al 35% del total de Enfermos Programados (E).
2. Multibacilares (E_2). Son el 65% del total de Enfermos con Lepra Programados (E).
3. Tratamiento de Episodios Reaccionales (E_3). Se calcula que el 10% del total de Enfermos con Lepra (E) presentan episodios reaccionales, los que serán tratados con Talidomida y/o Prednisona. La Talidomina sólo será usada en varones.

Multiplicar el total de Enfermos Programados (E) por la cantidad indicada en el Módulo de Programación; se está considerando material para el diagnóstico y control correspondiente del enfermo y contactos intradomiciliarios.

ANEXO Nº 6

SOLICITUD PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN LEPRO

1. DIRECCION DE SALUD _____

2. ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

SERVICIO: _____ Nº de CAMA _____ H.C. ó F.F. Nº _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES EDAD SEXO

PROCEDENCIA: _____

3. TIPO DE MUESTRA: Frotis de piel Biopsia para histopatología

Otra Especificar _____

4. ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO: Nuevo Recaida (sospecha) Abandono

No respuesta a PQT/OMS

5. Para Diagnóstico

6. SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

RESULTADOS

1. Baciloscopia: POSITIVO NEGATIVO

Nº de Registro _____ Fecha _____

Laboratorista: _____

Anotar Nombres y Apellidos

2. Histopatología:

Médico Anatómo-Patólogo _____ Fecha: _____

Fecha: _____

INSTRUCTIVO DEL ANEXO Nº 6

SOLICITUD PARA INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA EN LEPRO

- 1. DIRECCION DE SALUD:** Anotar el nombre de la Dirección de Salud a la que pertenece el Establecimiento de Salud: Anotar el nombre del Puesto, Centro de Salud, Hospital u otra institución donde se detectó el caso. Así mismo se deberá identificar el servicio que solicita la investigación bacteriológica y el número de cama, en caso de pacientes hospitalizados.
H. C. ó F. F. : Anotar el número de historia clínica o ficha familiar, según el establecimiento de salud.
- 2. APELLIDOS Y NOMBRES:** Escribir con letra de imprenta los apellidos y nombres del paciente. **EDAD:** Anotar la edad y el sexo: Masculino (M) ó Femenino (F).
Procedencia: anotar el nombre del establecimiento de salud de donde viene el paciente
- 3. Tipo de muestra:** Marcar con X ó aspa, si es frotis para baciloscopia (X), biopsia para histopatología u otra muestra con descripción de la misma.
- 4. Antecedentes de tratamiento:** Marcar con X ó aspa, si se trata de un caso nuevo, sospecha de recaída, abandono recuperado, ó no respuesta a PQT/OMS.
- 5. Para diagnostico:** Marcar con X ó aspa si es una muestra para diagnóstico.
- 6. Solicitante:** Registrar el nombre y apellidos de la persona que solicita investigación bacteriológica en lepra.

Fecha: Anotar el día, mes y año con números, cuando se procesa la muestra para baciloscopia de lepra.

RESULTADOS:

- 1. Resultado** de la baciloscopia: Anotar el resultado de la baciloscopia de acuerdo al índice bacteriológico encontrado, según la escala logarítmica de Ridley.
Nº de registro: Anotar el número de orden que figura en el libro de registro de muestras para investigación bacteriológica en lepra y la fecha correspondiente al día en que se realiza el procesamiento de la muestra.

Laboratorista: anotar el nombre y apellidos de la persona que realiza el procesamiento de la muestra.
- 2. Histopatología:** Describir el resultado y las conclusiones del estudio histopatológico.
- 3.** Firma y sello de Post firma del médico Anatómo-patólogo.

ANEXO Nº 7

LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE DESPISTAJE DE SINTOMAS DERMATO NEUROLÓGICOS

DIRECCION DE SALUD _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

PERSONAL RESPONSABLE _____

Nº	FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN O REFERENCIA	FORMAS DE DETECCION						DIAGNOSTICO DE CASOS DE LEPRA ENTRE LOS EXAMINADOS		SEGUIMIENTO DE CONTACTOS					OBSERVACIONES		
				EDAD		Control contactos		Despistaje en voluntarios	Otros			PB	MB	1	2	3		4	5
				M	F	Intra domic.	Extra domic.												

INSTRUCTIVO DEL ANEXO Nº 7

LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE DESPISTAJE DE SINTOMAS DERMATO NEUROLÓGICOS

En los establecimientos de Salud, se deberá buscar en los pacientes, los signos dermatoneurológicos sugerentes de Lepra e iniciar la búsqueda activa entre los contactos intra y extra domiciliarios, registrando ésta actividad en el presente libro, con letra clara y legible (NO UTILIZAR SIGLAS).

DIRECCION DE SALUD: Anotar el Nombre la Dirección Regional de Salud correspondiente.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Registrar el nombre del establecimiento de salud respectivo.

PERSONAL RESPONSABLE: Anotar Nombres y Apellidos, cargo del personal responsable de registro del libro.

Nº de ORDEN: Iniciar el 1ro de enero del año con el número 1 y continuar correlativamente hasta el 31 de diciembre.

FECHA: Anotar la fecha que se identifica al paciente, cada vez que se registra al paciente anotar la fecha, evitar “comillas u otra anotación”.

NOMBRES Y APELLIDOS: En este rubro anotar correctamente los nombres y apellidos del paciente con letra clara y legible.

EDAD / SEXO: Anotar la edad en el casillero correspondiente, de acuerdo al sexo masculino (M) o femenino (F).

FORMAS DE DETECCION: Marque con una X según corresponda:

Control de Contactos:

Contactos Intradomiciliarios: Son todas las personas que viven con un enfermo activo de lepra.

Contacto Extradomiciliario: son todas las personas que sin convivir con un enfermo de lepra mantiene con él una relación estrecha.

Despistaje de Voluntarios: Es la persona que acude espontáneamente al servicio de salud.

Otros: En este rubro anotar las otras formas de detección por ejemplo: en Centros educativos, u otras poblaciones cautivas.

DIAGNOSTICO DE CASOS DE LEPROA ENTRE LOS EXAMINADOS: Marcar con una X si la persona fue diagnosticada con lepra:

PB (Paucibacilar).- presencia de 1 a 5 lesiones dérmicas con baciloscopía negativa de la lesión explorada (I, TT.BT).

MB (Multibacilar.- Presencia de 6 a más lesiones dérmicas con baciloscopía positiva de la lesión explorada (BB, BL,LL)

SEGUIMIENTO DE CONTACTOS: Los números de 1 al 5 representa el Nº de año que se realiza el control del contacto.

Se recomienda censar y examinar 5 contactos intradomiciliarios por enfermo MB y PB; por lo menos una vez al año durante un período de 5 años.

Se recomienda censar y examinar 20 contactos extradomiciliarios por enfermo MB y PB; una vez al año durante un período de 2 años.

ANEXO Nº 8

REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN LEPROA

DIRECCION DE SALUD _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

PERSONAL RESPONSABLE _____

Nº	FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		PROCEDENCIA	TIPO MUESTRA	Fecha de la baciloscopia	RESULTADO	Fecha de la Histopatología	RESULTADO	OBSERVACIONES
			M	F			Despistaje		Despistaje		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

INSTRUCTIVO DEL ANEXO 8

REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN LEPROSIS

El presente Libro de Registro de Muestras para Investigación Bacteriológica en Lepra, es el instrumento de información oficial del Componente Lepra) y de carácter confidencial, debe ser adecuadamente conservado.

En base a la información recolectada realizar el consolidado trimestral, semestral y anual.

DIRECCION DE SALUD: Anotar el nombre de la Dirección Regional de Salud a la que pertenece el laboratorio.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del Puesto, Centro de Salud, Hospital u otra institución donde se ubica el laboratorio.

Nº de ORDEN: Anotar los números en forma correlativa de acuerdo al orden en que se procesan las muestras. Empezar con el número 1 el primer día útil del mes de Enero y terminar el 31 de Diciembre de cada año. Esto permitirá registrar correctamente las muestras y conocer el número total de muestras procesadas cada año.
Trazar una línea de color rojo al concluir el registro por cada trimestre informado.

FECHA: Anotar el día, mes y año con números, cuando se procesa la muestra para baciloscopia o histopatología de lepra.

APELLIDOS Y NOMBRES: Escribir con letra de imprenta los apellidos y nombres del enfermo.

EDAD: Anotar la edad en el casillero correspondiente de acuerdo al sexo: Masculino (M.) ó Femenino (F.).

PROCEDENCIA: Anotar el nombre del establecimiento de salud de donde viene el paciente.

TIPO DE MUESTRA: Especificar la muestra que se recepciona: frotis de piel, biopsia, etc.

FECHA DE LA BACILOSCOPIA:

DESPISTAJE.- Anotar la fecha del resultado de la baciloscopia de diagnóstico.

RESULTADO: Anotar el resultado de la baciloscopia de acuerdo al índice bacteriológico encontrado, según la escala logarítmica de Ridley.

FECHA DE LA HISTOPATOLOGIA:

DESPISTAJE.- Anotar la fecha del resultado del estudio anatómo patológico (biopsia de piel).

RESULTADO: Anotar el resultado del informe anatomopatológico de la biopsia de piel.

OBSERVACIONES: Anotar datos que usted crea conveniente y que no figuran en el formato.

ANEXO Nº 9

FICHA EPIDEMIOLÓGICA - CLÍNICA DE PERSONAS CON LEPRO

Nº _____

Dirección de Salud.....

Establecimiento de Salud.....

Fecha:.....

1º DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. Apellidos y Nombres

2. Sexo: M / F

3. Lugar de Nacimiento: 4. Fecha de Nacimiento:

5. Edad actual:

6. Estado civil: soltero /casado/conviviente 7. Grado de instrucción: Primaria / Secundaria/ Superior

8. Lugar de trabajo: 9. Ocupación:.....

10. Dirección Ubicable: 11. Teléfono:

12. Residencia	Departamento	Provincia	Distrito	Localidad	Urbano	Rural	Tiempo de Permanencia
(Actual)							
Lugar probable de contagio							
Residencias Anteriores							
1.-							
2.-							
3.-							

13. Relación con fuente de infección SI / No 14. ¿Quién?

15.- Modo de Detección: Voluntario () Encuesta general ()
 Encuesta grupos () Notificación () Control de contactos ()
 Desconocido ()

16. Observaciones:

.....
.....
.....

2º DATOS CLÍNICOS

17. Síntomas iniciales:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. Tiempo de evolución: 19. Tratamiento Previo: SI / NO

PQT _____ Tiempo _____

MT _____ Tiempo _____

Otro _____ Tiempo _____

20. Observaciones:

.....
.....
.....

21. Evaluación clínica Dermato Neurológica:

21.1 Tipo de lesión

Transtorno sensitivo

1. Máculas	si	no	si	no
2. Placas	si	no	si	no
3. Pápulas	si	no	si	no
4. Tubérculos	si	no	si	no
5. Nódulo	si	no	si	no
5. Infiltraciones	si	no	si	no

21.2 Número de lesiones:

- a. 1 – 5 b. 6 a más d. innumerables

21.3 Localización de las lesiones:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| a. Cara. | g. Abdomén. |
| b. Cuello. | h. Lumbo sacra. |
| c. Miembro superior derecho. | i. Nalgas |
| d. Miembro superior izquierdo | j. Miembro inferior derecho |
| e. Pecho | k. Miembro inferior izquierdo |
| f. Espalda | l. Genitales externos. |

21.4 Evaluación de incapacidades : Si / No Grados 0 / 1 / 2

21.5 Estados reaccionales: Si / No Tipo 1 / Tipo 2

22. Baciloscopía : Negativa / Positiva Índice Bact.....

OI..... OD..... CI..... CD.....

RI..... RD..... L1..... L2.....

23. Cicatriz de BCG: SI / NO

24. Biopsia: SI / NO Fecha: Localización:

25. Diagnóstico definitivo :

26. Tratamiento indicado: PQT – OMS / PB MB Otro

27. Observaciones:.....
.....

.....
.....

28. Responsables :

A) Auxiliar : B) Enfermera :

C) Médico :

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 10

LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON LEPROSA

El presente Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Lepra, es uno de los instrumentos para la información oficial del Componente Lepra y es de carácter confidencial, debe ser adecuadamente conservado.

REGION DE SALUD: Anotar el Nombre la Dirección Regional de Salud correspondiente.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Registrar el nombre del establecimiento de salud respectivo.

PERSONAL RESPONSABLE: Anotar Nombres y Apellidos, cargo del personal responsable de registro del libro.

N° de ORDEN: Anotar en forma correlativa, de acuerdo a la fecha en que ingresan los casos diagnosticados con Lepra. Iniciar el N° 1 el primer día útil del mes de enero y terminar el 31 de diciembre del mismo año.

NOMBRES Y APELLIDOS: Anotar correctamente los datos del paciente solicitados en este registro, con letra clara y legible.

FECHA DE INGRESO: Anotar el día mes y año con números cuando el paciente inicia la 1ra dosis del tratamiento indicado.

H.CI ó F.F: Anotar el N° de historia clínica o ficha familiar, según el establecimiento de salud.

EDAD / SEXO: Anotar la edad en el casillero correspondiente, de acuerdo al sexo masculino (M) o femenino (F).

FORMA CLINICA: Marcar con una X de acuerdo al diagnóstico médico:

PB: Si el paciente fue diagnosticado según el criterio de presencia de 1 a 5 lesiones dérmicas con baciloscopia negativa de la lesión explorada:

I = Indeterminado.

TT = Tuberculoide.

BT = Borderline Tuberculoide.

MB: Presencia de 6 a más lesiones dérmicas con baciloscopia positiva de la lesión explorada:

BB = Borderline borderline.

BL = Borderline Lepromatosa.

LL = Lepromatosa.

CONDICION DE INGRESO:

NUEVO: Es el paciente diagnosticado con lepra por primera vez, ya sea paucibacilar o multibacilar y que inicia tratamiento.

RECAIDA: Paciente que luego de culminar un tratamiento es diagnosticado nuevamente con lepra.

ABANDONO RECUPERADO (AR): Paciente que no cumplen con la PQT/OMS-PB por un período mínimo de 2 meses consecutivos.

REACCION LEPRÓTICA (RL): Paciente que regresa por presentar eritema nodoso leprótico.

TRANSFERENCIA RECIBIDA (TR): Son los pacientes que proceden de otros establecimientos de salud donde iniciaron tratamiento y por cambio de domicilio acuden a éste nuevo establecimiento de salud.

Es responsabilidad del establecimiento receptor comunicar la recepción y posteriormente la condición de egreso al establecimiento de origen.

Las transferencias recibidas no se notifican en el informe operacional ya que fueron notificados en el establecimiento de salud que inicio tratamiento.

TRATAMIENTO (en siglas): Anotar el esquema de tratamiento que recibe el paciente empleando las siguientes siglas:

PB.- R = Rifampicina y DDS = Dapsona.

MB.- R = Rifampicina, DDS = Dapsona y C = Clofacimina.

CONDICION DE EGRESO:

CURADOS: Son los pacientes que al finalizar el esquema PQT/OMS presentan inactividad de las lesiones, la baciloscopía se mantiene negativa y se les otorga el alta por curación.

NO RESPUESTA A PQT/OMS: Son los pacientes que al finalizar el esquema con PQT/OMS en forma regular, evolucionan mal, presentando nuevas lesiones o extensión de lesiones antiguas.

FALLECIDOS: Pacientes, que mueren durante el período de tratamiento.

ABANDONOS:

Pacientes nuevos MB que no cumplen el tratamiento PQT/OMS por un período mínimo de 12 meses consecutivos.

TRANSFERENCIA SIN CONFIRMAR: Son los pacientes enviados a otros establecimientos de salud de los cuales no se tiene información de la condición de egreso. Por lo tanto es paciente al que se le considera abandono al tratamiento, siendo necesario agotar todos los medios para confirmar el egreso.

CONTROL POST PQT: El paciente que culmina tratamiento PQT/OMS será controlado anualmente durante 10 años. Marcar con una X el N° de año control.

OBSERVACIONES: Anotar información adicional relevante.

ANEXO Nº 11

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE LEPRA PB - MB

DIRECCION DE SALUD _____ CASO Nº

RED _____ H. CL. _____

MICRORED _____ F. CL. _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____ EDAD

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M F

PESO

FECHA DE DE DIAGNOSTICO _____

DIRECCION _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO _____

EXAMEN BACTERIOLOGICO SI NO RESULTADO

Nº DE LESIONES CLASIFICACION CLINICA PB MB

TRATAMIENTO PREVIO SI NO

ESQUEMA INDICADO

- a. DDS
- b. Rifampicina
- c. Clofazimina
- d. Otros

ESPECIFICAR

AÑO	MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1er AÑO	MEDICAMENTO												
	FECHA												
	DDS x 100 mg												
	RIFAMP x 300 mg												
	CLOFAZ x 50 mg												
	ANTI - INFLAMAT												
	TALIDOMIDA												
ESTEROIDES													
INTOLERANC. MEDIC													
REACCION													
EVOLUCION													
VISITA DOMIC.													
2do AÑO	MEDICAMENTO												
	FECHA												
	DDS x 100 mg												
	RIFAMP x 300 mg												
	CLOFAZ x 50 mg												
	ANTI - INFLAMAT												
	TALIDOMIDA												
ESTEROIDES													
INTOLERANC. MEDIC													
REACCION													
EVOLUCION													
VISITA DOMIC.													
FECHA		BACILOSCOPIA											
		OREJA		CODO		RODILLA		LESION		GRADO INCAPACID		OBSERVAC	
		D	I	D	I	D	I	1ra	2da	FECHA	INDICE		

ALTA MEDICAMENTO: _____

ALTA DEFINITIVA: FALLECIDO PERDIDO

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 11

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS TRATAMIENTO DE LEPRA PB Y MB

- | | | |
|-----|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Dirección de Salud | Nombre de la Dirección de Salud |
| 2. | Caso N° | Número correlativo del caso clínico, del Libro de Registro y Seguimiento de pacientes con lepra |
| 3. | Establecimiento de Salud | Anotar el nombre del establecimiento de salud donde el enfermo cumple el tratamiento |
| 4. | H.C.N° | Número de historia clínica |
| 5. | Nombres y Apellidos | Anotar los datos completos del nombre y apellido del enfermo. |
| 6. | Fecha de Nacimiento | Anotar la fecha de nacimiento, verificada en el documento de identificación. |
| 7. | Edad | Anotar en números la edad cumplida en años. |
| 8. | Sexo | Marcar con una "X" el sexo masculino (M) o femenino (F). |
| 9. | Peso | Anotar en números el peso en kilogramos del paciente |
| 10. | Fecha de diagnóstico | Anotar la fecha en que se diagnosticó el paciente como caso de lepra. |
| 11. | Dirección | Anotar la dirección de residencia habitual del enfermo. |
| 12. | Fecha de inicio del tratamiento | Anotar la fecha en que el enfermo inició el tratamiento específico. |
| 13. | Examen bacteriológico | Marcar con una "X" en la casilla correspondiente a la realización o no de la baciloscopia y luego en la casilla "Resultado" indicar si fue "negativa" o, el índice baciloscópico reportado. |
| 14. | N° de lesiones | Señalar el número aproximado de lesiones que presenta el enfermo |
| 15. | Clasificación PB/MB | Marcar con una "X" la casilla respectiva a la clasificación del enfermo PB o MB. |
| 16. | Tratamiento previo | Marcar con una X según corresponda en los casilleros SI / NO |

- | | | |
|-----|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17. | Esquema de tratamiento | Señalar en la casilla respectiva el esquema de tratamiento indicado al enfermo PB ó MB, bien en forma detallada la entrega de cada medicamento, o bien la forma de blister. |
| | Drogas terapia PB | Colocar la fecha y marcar con una "X" la forma de entrega del tratamiento PB, detallado o en blister. |
| | Drogas terapia MB | Colocar la fecha del primer y segundo año de entrega del tratamiento MB, detallado o en blister. |
| 18. | Cumplimiento del tratamiento | En cada casilla marcar con una "X" el número señalado en cada casilla y anotar la fecha en que fue cumplido el tratamiento para la forma PB |
| 19. | Fecha de alta de medicamento | Anotar la fecha en que el paciente culmina el tratamiento y se otorga el alta por curación. |
| 20. | Discapacidad | Marcar con una "X" en la casilla correspondiente si al momento de otorgar el "alta por curación" el paciente presenta o no discapacidad grado 2. |
| 21. | Observaciones | Anotar en la casilla si hay alguna información importante al momento de otorgar el alta por curación. |

Sello y firma del médico tratante

Indicar el nombre y firma del responsable del seguimiento

ANEXO Nº 12

HOJA DE TRANSFERENCIA DEL PACIENTE CON LEPROSA

DIRECCION DE SALUD.....

ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENFERMO.....

EDAD..... SEXO.....FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO.....

DIRECCION ACTUAL

DIRECCION PREVISTA.....

ESTABLECIMIENTO PREVISTO.....

FORMA CLINICA		
() INDETERMINADA	() TUBERCULOIDE	() BORDERLINE TUBERCULOIDE
() BORDERLINE BORDERLINE	() BORDERLINE LEPROMATOSO	() LEPROMATOSO
TRATAMIENTO ACTUAL	() PAUCIBACILAR	() MULTIBACILAR
FECHA DE INICIO DE LA PQT...../...../.....		
Anexar copia de la hoja de control de tratamiento		
SALDO DE MEDICAMENTOS:		
	RIFAMPICINA.	CAPSULAS
	CLOFAZIMINA(Lampren)	TABLETAS
	DAPSONA (DDS)	TABLETAS
	BLISTER Paucibacilar	UNIDADES
	BLISTER MULTIBACILAR	UNIDADES
Baciloscopia Inicial		
Histopatología		
Grado máximo de incapacidad		
OBSERVACIONES		
FAVOR ACUSAR RECIBO DEVOLVIENDO LA PARTE INFERIOR DE ESTA HOJA		
RESPONSABLE.....	FIRMA	FECHA.....

(CORTAR AQUÍ)

El establecimiento de salud.....	Dirección de Salud.....
Ha recibido al enfermo.....	
Enviado por el establecimiento.....	en la fecha.....
Responsable.....	Firma
Fecha.....	

Nota: Devolver este talón al establecimiento que hizo la transferencia.

ANEXO 13

INFORME BACTERIOLOGICO DE LEPRO

AÑO

TRIMESTRE

1	2	3	4
---	---	---	---

DIRECCION DE SALUD _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

BACILOSCOPIAS DE DIAGNOSTICO		TOTAL REALIZADAS EN EL TRIMESTRE	ACUMULADO
RESULTADO	Nº		
POSITIVAS			
NEGATIVAS			
TOTAL			

PERSONAL RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

HISTOPATOLOGIAS		TOTAL REALIZADAS EN EL TRIMESTRE	ACUMULADO
RESULTADO	Nº		
POSITIVAS			
NEGATIVAS			
TOTAL			

PERSONAL RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 13

INFORME BACTERIOLOGICO DE LEPRO

- 1. DIRECCION DE SALUD:** Anotar el nombre de la Dirección de Salud a la que pertenece, en Establecimiento de Salud: Anotar el nombre del Puesto, Centro de Salud, Hospital u otra institución.
- 2. AÑO:** Anotar el año y el trimestre informado.
- 3. BACILOGOPIAS DE DIAGNOSTICO:** Anotar el número de baciloscopías de diagnóstico realizadas: las positivas, las negativas y la suma total, las realizadas en el trimestre respectivo y el acumulado.
- 4. PERSONA RESPONSABLE:** Anotar el nombre y apellidos de la persona que realiza el informe.
- 5. FECHA:** Registrar la fecha en que se emite el informe.
- 6. HISTOPATOLOGIAS REALIZADAS:** anotar el número total de los estudios histopatológicos realizados en el período que se informa informado y el acumulado a la fecha.
- 7. PERSONA RESPONSABLE:** Anotar el nombre y apellidos de la persona que realiza el informe.
- 8. FECHA:** Registrar la fecha en que se emite el informe.

Anexo Nº 14

INFORME OPERACIONAL DE LEPRAS

Datos de Identificación

Dirección de Salud:		Año:	Trimestre:.....
		Año:	Semestre:.....
Población estimada:		< 15 años:.....	
Coordinador del Componente Lepra:		E-mail:	Telef.....

Indicadores específicos de lepra

a.- DETECCIÓN DE CASOS DE LEPRAS:

	0 - 9	10a - 14a	15a - 19a	20a - 59a	60 a más	TOTAL
Total de contactos intradomiciliarios examinados en el trimestre						
Total de contactos extradomiciliarios examinados en el trimestre						
Total de contactos examinados						
OTROS (Especificar)						
TOTAL de casos de Lepra entre los contactos examinados	Nº.....	PB				
		MB				

b. MORBILIDAD TOTAL

FORMAS CLINICAS	CASOS NUEVOS REGISTRADOS AL FINAL DEL TRIMESTRE								
	Discapacidades			TOTAL (GRADO 1+ GRADO 2)					
	Grado 0	Grado 1	Grado 2	0 - 9	10a - 14a	15a - 19a	20a - 59a	60 a más	TOTAL
PB (1 a 5 lesiones)									
MB (> de 6 lesiones)									
No Consignado									
TOTAL									

FORMAS CLINICAS	CASOS REGISTRADOS AL FINAL DEL TRIMESTRE					
	CASOS EN TRATAMIENTO CON PQT / OMS					
	0 - 9	10a - 14a	15a - 19a	20a - 59a	60 a más	TOTAL
PB (1 a 5 lesiones)						
MB (> de 6 lesiones)						
No Consignado						
TOTAL						

Total de casos nuevos detectados durante el trimestre en < 15 años	Nº.....	Masculino	Nº.....
		Femenino	Nº.....

Total de casos registrados durante el trimestre en < 15 años	Nº.....	Masculino	Nº.....
		Femenino	Nº.....

Recaídas durante el trimestre Nº.....	Tasa de prevalencia (conocida) por 10,000 hab. =	Tasa de detección por 10,000 hab. =
---------------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------------

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 14

INFORME OPERACIONAL DE LEPROSIS

El Informe Operacional es responsabilidad del equipo multidisciplinario del Componente Lepra, en todos los Establecimientos de Salud. Esta información será remitida al nivel inmediato superior, terminado el semestre, bajo responsabilidad. El flujo de información será: del Puesto de Salud, Centro de Salud y Hospital hasta las REDES y de éste a las Direcciones de Salud correspondientes, consolidándose por niveles.

El Coordinador del Componente Lepra de la Dirección de Salud debe remitir el consolidado del informe al Nivel Central.

Este formato sirve para realizar el informe trimestral, semestral y anual (registrar el año y trimestre o semestre correspondiente).

Datos de identificación

Escribir con letra legible el nombre de la Dirección de Salud, año, trimestre o semestre, población total estimada para el año, población de menores de 15 años, nombres y apellidos del Coordinador de Lepra, e-mail y teléfonos.

Indicadores específicos de lepra.

Los casilleros en blanco son para colocar el número de casos en relación a la información solicitada:

N° de contactos intradomiciliarios examinados en el periodo

N° de contactos extradomiciliarios examinados en el periodo

N° total de contactos examinados en el periodo

Lesión única: Número de casos que presentaron una sola lesión en piel.

PB: Número de casos paucibacilares.

MB: Número de casos multibacilares.

NC: No conocido. Es el N° de casos que no fueron calificados, pero que están recibiendo tratamiento.

Registrar el número de recidivas o recaídas calificadas adecuadamente que se presentaron durante el periodo.

Registrar la tasa de prevalencia conocida y tasa de incidencia o detección, ambos calculados por 10,000 habitantes.

Calcular la prevalencia oculta, según las indicaciones, al final de cada año para luego encontrar la prevalencia real estimada.

ANEXO Nº 15

ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON LEPRA PB TERAPIA PQT/OMS

AÑO: _____ SEM: _____

DIRECCION DE SALUD: _____ RED _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

La cohorte considera al grupo de enfermos con lepra paucibacilar (PB), que presentaron 1 a 5 lesiones activas en piel y con baciloscopia negativa, que ingresaron al Componente Lepra en el período comprendido entre el 01 de _____ al 30 de _____ de 200____ y que salieron según condición de egreso, habiendo cumplido con el esquema de terapia PQT/OMS de 06 meses.

I. TOTAL DE ENFERMOS NUEVOS CON LEPRA PB REGISTRADOS

Total de enfermos nuevos con lepra PB registrados en el Informe operacional semestral y/o anual del Componente Lepra del 01 de _____ al 30 de _____ de 199____

Nº _____

II. CONDICION DE INGRESO A LA COHORTE DE PB

Total de enfermos con lepra PB, que presentaron 1 a 5 lesiones activas en piel y con baciloscopia negativa, considerados en la cohorte.

Nº _____ 100%

III. CONDICION DE EGRESO DE LA COHORTE DE PB

1. CURADOS	Nº _____	_____ %
2. NO RESPUESTA A PQT/OMS	Nº _____	_____ %
3. ABANDONOS	Nº _____	_____ %
4. FALLECIDOS	Nº _____	_____ %

IV. MOTIVOS DE EXCLUSION DE LA COHORTE DE PB

1. Total de excluidos	Nº _____	_____ %
2. Reacciones adversas a la terapia PQT/OMS con cambio de esquema	Nº _____	_____ %
3. Irregularidad a la terapia PQT/OMS	Nº _____	_____ %
4. Diagnóstico equivocado de PB	Nº _____	_____ %
5. Otros (especificar)	Nº _____	_____ %

FECHA: _____ Coordinador del Componente Lepra: _____

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 15

ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON LEPROSIA PB CON PQT/OMS-PB

La realización del Estudio de Cohorte es responsabilidad del equipo multidisciplinario del Componente Lepra, en todos los establecimientos de salud. Es un instrumento para el análisis de los indicadores de eficiencia y eficacia, y toma de decisiones a nivel local y a nivel de las Direcciones de Salud.

El coordinador de la Estrategia Sanitaria para la eliminación de la lepra de la Dirección de salud respectiva, deberá remitir el estudio de cohorte consolidado a la Estrategia Sanitaria en el Nivel Central del Ministerio de Salud, según la fecha establecida en las Normas.

La única base de información a utilizar para realizar el estudio de cohorte es el "Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Lepra" y el "Libro de Registro de Muestras para Investigación Bacteriológica en Lepra".

II. CONDICION DE INGRESO A LA COHORTE DE PB:

Corresponde al grupo de enfermos nuevos con lepra PB, con baciloscopía negativa y que cumplieron los 6 meses con PQT/OMS- PB y salieron según condición de egreso. Los que recibieron otro esquema de terapia no entran a la cohorte.

III. CONDICION DE EGRESO DE LA COHORTE DE PB:

1. **CURADOS:** Son los pacientes nuevos PB que al finalizar el esquema PQT/OMS-PB de 6 meses, presentan inactividad de las lesiones, la baciloscopía se mantiene negativa y se les otorga el alta por curación.
2. **NO RESPUESTA A PQT/OMS:** Son los pacientes nuevos PB que al finalizar el esquema con PQT/OMS-PB de 6 meses en forma regular, evolucionan mal, presentando nuevas lesiones o extensión de lesiones antiguas.
3. **ABANDONOS:** Pacientes nuevos PB que no cumplen con la PQT/OMS-PB por un período mínimo de 2 meses consecutivos.
4. **FALLECIDOS:** Pacientes nuevos PB, que mueren durante el período de tratamiento.

IV. MOTIVOS DE EXCLUSION DE LA COHORTE DE PB:

Corresponde al grupo de enfermos nuevos detectados y clasificados con forma clínica PB, registrados en el informe operacional y a los que no se les incluyó en la cohorte por causas diversas:

1. **Reacciones adversas a la PQT/OMS-PB con cambio de esquema,** son los pacientes nuevos con lepra PB, que por causas médicas demostradas, no cumplieron con la terapia PQT/OMS, habiendo recibido otro esquema de tratamiento.
2. **Irregularidad a la terapia PQT/OMS,** son los pacientes nuevos con lepra PB, que presentan intervalos de inasistencia de 4 y más semanas consecutivas, lo cual les impide finalizar la terapia en la fecha inicialmente programada y aún continúan en tratamiento al momento de realizar el estudio de cohorte.
3. **Diagnóstico equivocado de PB,** paciente nuevo, erróneamente clasificado como PB y al clarificar su correcto diagnóstico pasa a cumplir terapia de enfermo multibacilar (MB).
4. **Otros (especificar),** pacientes nuevos con lepra PB que por diversas causas no fueron incluidos en la cohorte, como por ejemplo: los que presentan enfermedades asociadas y que obliga a cambiar la PQT/OMS.

ANEXO Nº 16

**ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON LEPRA MB
TERAPIA PQT/OMS**

AÑO: _____

DIRECCION DE SALUD: _____ RED: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

La cohorte considera al grupo de enfermos con lepra multibacilar(MB), que presentaron 6 ó más lesiones activas en piel y con baciloscopía negativa; y pacientes con baciloscopía positiva que presentaron 1 a más lesiones en piel, que ingresaron al Componente Lepra en el período comprendido entre el 01 de _____ al 30 de _____ de 200_____ y que salieron según condición de egreso, habiendo cumplido con el esquema de terapia PQT/OMS de 24 meses.

I. TOTAL DE ENFERMOS NUEVOS CON LEPRA MB REGISTRADOS

Total de enfermos nuevos con lepra MB registrados en el Informe operacional semestral y/o anual del Componente del N° _____
01 de _____ al 30 de _____ de 200_____

II. CONDICION DE INGRESO A LA COHORTE DE MB

Total de enfermos con lepra MB, que presentaron 6 ó más lesiones activas en piel y con baciloscopía (-); y pacientes con baciloscopía (+) que presentaron 1 a más lesiones en piel, considerados en la cohorte. N° _____ 100%

III. CONDICION DE EGRESO DE LA COHORTE DE MB

1. CURADOS	N° _____	_____ %
2. NO RESPUESTA A PQT/OMS	N° _____	_____ %
3. ABANDONOS	N° _____	_____ %
4. FALLECIDOS	N° _____	_____ %

IV. MOTIVOS DE EXCLUSION DE LA COHORTE DE MB

1. Total de excluidos	N° _____	_____ %
2. Reacciones adversas a la terapia PQT/OMS con cambio de esquema	N° _____	_____ %
3. Irregularidad a la terapia PQT/OMS	N° _____	_____ %
4. Diagnóstico equivocado de MB	N° _____	_____ %
5. Otros (especificar)	N° _____	_____ %

FECHA: _____ COORDINADOR DEL Componente Lepra _____

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 16

ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON LEPRO MB CON PQT/OMS-MB

La realización del Estudio de Cohorte es responsabilidad del equipo multidisciplinario del Componente Lepra, en todos los establecimientos de salud. Es un instrumento para el análisis de los indicadores de eficiencia y eficacia, y toma de decisiones a nivel local y a nivel de las Direcciones de Salud.

El Coordinador del Componente Lepra de la Dirección de Salud respectiva, deberá remitir el estudio de cohorte consolidado a la Estrategia Sanitaria en el Nivel Central del Ministerio de Salud, según la fecha establecida en las Normas.

La única base de información a utilizar para realizar el estudio de cohorte es el "Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Lepra" y el "Libro de Registro de Muestras para Investigación Bacteriológica en Lepra".

II. CONDICION DE INGRESO A LA COHORTE DE MB:

Corresponde al grupo de enfermos nuevos con lepra MB, cumplieron los 12 meses con esquema PQT/OMS-MB y salieron según condición de egreso.

III. CONDICION DE EGRESO DE LA COHORTE DE MB:

- 1. CURADOS:** Son los pacientes nuevos MB que al finalizar el esquema PQT/OMS-MB de 12 meses, presentan inactividad de las lesiones, la baciloscopia se mantiene negativa y se les otorga el alta por curación.
- 2. NO RESPUESTA A PQT/OMS:** Son los pacientes nuevos MB que al finalizar el esquema PQT/OMS-MB de 12 meses en forma regular, evolucionan mal, presentando nuevas lesiones o extensión de lesiones antiguas y la baciloscopia persiste positiva, con índice morfológico alto, que indica bacilos viables.
- 3. ABANDONOS:** Pacientes nuevos MB que no cumplen con la PQT/OMS-MB por un período de 2 meses consecutivos.
- 4. FALLECIDOS:** Pacientes nuevos MB, que mueren durante el período de tratamiento.

IV. MOTIVOS DE EXCLUSION DE LA COHORTE DE MB:

Corresponde al grupo de enfermos nuevos detectados y clasificados con forma clínica MB, registrados en el informe operacional y a los que no se les incluyó en la cohorte por causas diversas, tales como:

- **Reacciones adversas a la terapia PQT/OMS con cambio de esquema,** son los pacientes nuevos con lepra MB, que por causas médicas demostradas, no cumplieron con la terapia PQT/OMS, habiendo recibido otro esquema de tratamiento.

- **Irregularidad a la terapia PQT/OMS**, son los pacientes nuevos con lepra MB, que presentan intervalos de inasistencia de 4 y más semanas consecutivas, lo cual les impide finalizar la terapia en la fecha inicialmente programada y aún continúan en tratamiento al momento de realizar el estudio de cohorte.
- **Otros (especificar)**, pacientes nuevos con lepra MB que por diversas causas no fueron incluidos en la cohorte, como por ejemplo: los que presentan enfermedades asociadas y que obliga a cambiar la terapia PQT/OMS.

ANEXO Nº 17

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS Y OPERACIONALES

(1) **Prevalencia** =
$$\frac{\text{Nº Total de Casos Registrados al final del año}}{\text{Población Total}} \times 10,000 =$$

Utilidad: Mide la magnitud del problema, particularmente antes del inicio de las actividades de eliminación. Es útil para la planificación de los servicios de tratamiento (fondos, medicamentos, vehículos, etc.)

(2) **Tasa de Detección**
(Aproximación de la tasa de incidencia) =
$$\frac{\text{Nº de Casos Nuevos Detectados}}{\text{Población Total}} \times 10,000 =$$

Utilidad: Útil como una aproximación de la incidencia. Permite medir la eficacia de las medidas aplicadas para reducir la transmisión.

INDICADORES OPERACIONALES

(3) **Proporción de casos nuevos detectados de la prevalencia oculta estimada**

$$= \frac{\text{Nº total de casos nuevos detectados en el año}}{\text{Nº casos de la prevalencia oculta estimada + Promedio de Casos nuevos (5 último años)}} \times 100$$

Utilidad: Permite evaluar los resultados de las actividades realizadas en el marco de la eliminación de lepra. La prevalencia real estimada sería el resultado del estimado de la prevalencia oculta más la prevalencia conocida y, para evaluar el resultado de las acciones de búsqueda de esta prevalencia oculta sería de esperar que el número de casos nuevos detectados en el año fuesen igual a la suma del estimado de la prevalencia oculta más el promedio de casos nuevos detectados de rutina en los últimos 5 años.

(4) **Proporción de Casos Registrados entre los Casos Estimados:**

$$= \frac{\text{Nº Total de Casos Registrados al final del año}}{\text{Nº de Casos Estimados}} \times 100$$

Utilidad: Mide la eficiencia de las actividades de detección de casos. Debería ser próximo a la unidad si el despistaje es eficaz. Útil especialmente a nivel nacional.

Casos estimados: Se estima que por cada caso nuevo de lepra, debe haber uno o dos casos más en la comunidad.

(5) Proporción de Multibacilares entre los Casos Nuevos:

$$= \frac{\text{Nº de Casos Nuevos MB Detectados en el año}}{\text{Nº de Casos Nuevos Detectados en el mismo año}} \times 100$$

Utilidad: Útil para medir la validez de la tasa de detección como una estimación de la incidencia. Al inicio de una campaña anti-leprosa en que se incentivan las actividades de detección, la proporción de enfermos multibacilares es elevada entre los casos nuevos.

(6) Proporción de Casos Nuevos menores de 15 años

$$= \frac{\text{Nº de Casos Nuevos menores de 15 años}}{\text{Nº Total de Casos Nuevos}} \times 100$$

Utilidad: La persistencia de casos nuevos entre los niños indica el mantenimiento de transmisión reciente. Esta proporción esta en función de dos parámetros: a) la detección activa por grupos de edad, y b) la persistencia o no de la transmisión de la enfermedad en la población.

(7) Proporción de Casos Nuevos con Incapacidad Grado 2 (Grado II y Grado III de la Clasificación antigua)

$$= \frac{\text{Nº de Casos Nuevos con Incapacidad Grado 2}}{\text{Nº Total de Casos Nuevos}} \times 100$$

Utilidad: Permite evaluar directamente un objetivo primordial de la lucha anti-leprosa: la reducción de las incapacidades. También es útil para estimar el valor de la tasa de detección como indicador de la incidencia: cuando la proporción de incapacitados se aproxima a cero, cabe suponer que la tasa de detección corresponde a la incidencia.

(8) Proporción de Recaídas

$$= \frac{\text{Nº total de casos con Recaída}}{\text{Nº total de casos que han terminado PQT (Altas al final del sem. ó año)}} \times 100$$

(8) Proporción de Abandono al Tratamiento

$$= \frac{\text{Nº Total de Abandonos}}{\text{Nº Total de Casos Tratados en el sem. ó año (Total de altas más los casos en tratamiento al final del sem. ó año)}} \times 100$$

ANEXO Nº 18

GUIA DE SUPERVISION DEL COMPONENTE LEpra

FECHA:..... DIAS DE SUPERVISION:.....

I. INFORMACION GENERAL

Dirección de Salud.....Superficie Territorial:.....Km²

Población total:Provincia:.....Distrito.....

Establecimiento de Salud:.....

Dirección:.....Teléfono:.....

Población de 0 - 14 años:.....

Nombres y Apellidos del coordinador del Componente Lepra:.....

.....

Dirección:.....Teléfono:.....

II. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SU JURISDICCION

Nº de Hospitales RegionalesNº de Hospitales de Apoyo

Nº de Centros de SaludNº de Puestos de Salud

Total de Establecimientos con **Componente Lepra**.....

III. OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD

Nº de Establ. de Salud del ESSALUDCuántos tienen Componente Lepra?

Nº Establ. de la Sanidad FF.AATienen Componente Lepra? Si ()No ()

Nº Establ. de la Sanidad FF.PPTienen Componente Lepra? Si ()No ()

Nº Establ. del Sector Privado Cuántos tienen Componente Lepra?

ANEXAR A ESTA GUIA EL INFORME OPERACIONAL TRIMESTRAL ULTIMO.

IV. TRATAMIENTOS RECIBIDOS DESDE ENERO A LA FECHA : (BLISTER)

Paucibacilar (Nº) Adultos:..... Multibacilar (Nº) Adultos:.....
Niños:..... Niños:.....

SALDO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	FECHA DE INGRESO ALAMACEN	CANTIDAD	FECHA VENCIMIENTO
Rifampicina x 300 mg			
Dapsona (DDS) x 100mg			
Clofazimina x 100mg			
Talidomida x 100 mg.			
Prednisona x 5 mg.			
Blister Paucibacilar Adultos			
Blister Paucibacilar Niños			
Blister Multibacilar Adultos			
Blister Multibacilar Niños			

V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

1. Fechas de Reuniones con las Redes y/o Centros de Salud:
.....
2. Cursos de Capacitación realizadas de Enero a la fecha:
.....
.....
3. Coordinaciones realizadas de Enero a la Fecha
Nº:.....
ESSALUD () Fecha:..... FF.AA. () Fecha: FF.PP ()
Fecha:.....
Motivo:
4. Supervisiones: Cada cuánto tiempo? A:
Hospitales:..... C.de Salud P. de salud:.....
5. Nº de casos nuevos de Enero a la fecha:
Paucibacilar Multibacilar

VI. PROMOCION Y REHABILITACION DEL ENFERMO

1. Nº de pacientes registrados con Grado 2 de incapacidad:.....
2. Nº de casos nuevos por Grado de Incapacidad Grado 0 y 1:.....Grado 2:
3. Quiénes realizan la Educación Sanitaria? Médico () Enfermera ()
Asistente Social () Técnico de Enfermería () Otros:.....
4. Los pacientes se encuentran organizados? Si () No ()

5. Quiénes realizan la rehabilitación fisioterapéutica del paciente hanseniano?:
Médico () Enfermera () Otro:
6. Existen Centros de Rehabilitación integral del paciente hanseniano?
Si () No () Otro:.....
7. Existen Talleres Ocupacionales Si() No() N°.....
Tipo:.....
8. Establecimientos que reciben apoyo alimentario, N°
9. Instituciones que apoyan el Programa: PRONAA () Caritas () OFASA ()
Otras:

VII. DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

1. N° total de laboratorios de la DIRESA:..... Cuántos realizan baciloscopías para Lepra?:.....

Proporciona material de laboratorio a los Centros de Salud?
Si () No () Por qué? :.....
2. Realizan control de calidad de las baciloscopías de los Centros de Salud y Puestos de Salud?
Si () No ()
Por qué?
3. Total de baciloscopías realizadas el último semestre por el laboratorio supervisado.....
4. Donde realizan el estudio Histopatológico?.....
5. En cuánto tiempo responden?
De enero a la fecha:
N° de baciloscopías: N° de Histopatologías:

SALDO DE MATERIAL DE LABORATORIO

MATERIAL	Nº	MATERIAL	Nº	MATERIAL	Nº	OTROS	Nº
Lám. Porta objetos		Formol		Gasa			
Fucsina básica		Punch descart.		Algodón			
Fenol cristalizado		Jeringa 1cc 25x5/8					
Alcohol de 95º		Jeringa 5cc 21x1/2					
Acido clorhidrico		Aguj desc 25x5/8					
Azul de metileno		Hojas de bisturí					
Aceite de inmersión		Vaselina liq.					

VII. IDENTIFICACION DE PROBLEMAS Y/O AREAS CRITICAS:

1.
2.
3.
4.

VIII. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES:

1.
2.
3.
4.

.....
Director General - DISA

.....
Director o Jefe del Establecimiento de Salud

.....
MEDICO Responsable

.....
Lic.Enfermería Responsable

.....
SUPERVISOR

.....
SUPERVISOR

PARTICIPARON EN LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO

1. ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS – COMPONENTE LEPROSIS:

Dr. Cesar Bonilla Asalde, Coordinador Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de tuberculosis – Componente Lepra - MINSA.

Dra. Yvonne Cortéz Jara, Integrante del Equipo Técnico de la ESNPyC TB – Componente Lepra - MINSA

Dr. William Garay López, Integrante del Equipo Técnico de la ESNPyC TB – Componente Lepra - MINSA

Lic. Enf. Rula Aylas Salcedo, Integrante del Equipo Técnico de la ESNPyC TB – Componente Lepra - MINSA

Lic. Enf. Eladia Quispe Yataco, Integrante del Equipo Técnico de la ESNPyC TB – Componente Lepra – MINSA

2. ASESORES INTERNACIONALES

Dr. Rubén Figueroa, Asesor en epidemiología – OPS/OMS en Perú.

3. COMISION REVISORA DEL TEXTO:

Dr. Eduardo Falconí Rosadio.
Instituto Nacional de Salud.

Dr. Zuño Burstein Alva
Instituto de Medicina Tropical “Daniel A. Carrión” Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Dr. Pedro Legua Leiva
Instituto de Medicina Tropical “Alexander Von Humboldt” Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Dra. Maria Luisa Castañeda Nuñez
Médico Infectólogo del Hospital Nacional “Daniel A. Carrión” DISA Callao.

4. Participantes en el “Seminario Taller Evaluación Nacional del Control de Lepra en el Perú año 2004 y Validación de la Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control y eliminación de la Lepra en el Perú” que se desarrolló del 30 de junio al 02 de Julio 2005 en la Ciudad de Lima, oficializada por R.M. N° 676-2005.IDREH/J).

Dirección Regional de Salud Amazonas:
Dr. Cesar Vélez López.
Lic. Enf. Rosalía Vargas Mondragón.

Dirección Regional de Salud Loreto:
Dr. Oswaldo Videira Paredes.
Dr. Jorge Santillán Espinar
Lic. Enf. Magdalena Macedo Pinedo.

Dirección Regional de Salud Huánuco:
Lic. Enf. Gladys Estacio Flores.

Dirección Regional de Salud San Martín:
Dr. Luís Pacheco Chávez.
Lic. Enf. Herlinda Arévalo Reategui.

Dirección Regional de Salud Ucayali:
Dra. Carmen Muñante Meneses.
Lic. Enf. Mercedes Villacorta Zangama
Lic. Enf. Rosalbina Ramirez Pizarro.

Instituto de Medicina Tropical “Daniel A. Carrión”, Universidad Nacional Mayor
de San Marcos:
Dr. Abelardo Tejada Valencia, Director.
Dra. Olga Palacios Agüero.
Dr. Rigoberto Robles Collazos.
Dr. José Neyra Ramírez.
Dr. Carlos Rodríguez Limo.

ONG – PROVIDA
Dr. Reynaldo Alvarado Marín.
Q.F. Flor Barreto Araujo.
Q.F. Wilson Alvarado Orbegoso.