 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 1 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

## 1. OBJETIVOS

### 1.1. Objetivo general

Generar información útil, confiable y oportuna que permita el análisis de la situación de la lepra y la toma de decisiones frente a la prevención y control de esta enfermedad en Colombia.

### 1.2 Objetivos específicos

- Determinar el impacto de las acciones del Programa de Control de Lepra en la nación, departamentos, distritos y municipios, mediante la evaluación del comportamiento de la incidencia y prevalencia de la lepra.
- Evaluar la oportunidad en la captación y diagnóstico de los casos de lepra en el país y sus regiones a través del porcentaje de casos con discapacidad al diagnóstico y el tipo de lepra según clasificación bacteriológica.
- Difundir los resultados de la vigilancia y el análisis de la situación de la lepra a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, vinculando en el proceso a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Evaluar las acciones de control y reducción de la transmisión de la lepra a través del cumplimiento de la realización de la investigación epidemiológica de campo, usando como indicador trazador el porcentaje de convivientes vacunados con BCG.
- Evaluar la calidad de la información reportada y las acciones de coordinación entre el área de vigilancia en salud pública y el Programa de Control de la Lepra a nivel nacional, departamental, distrital y municipal a través de la concordancia entre el número de casos notificados al Sivigila y los reportados al Programa de Control de la lepra.

## 2. ALCANCE

Este documento define la metodología para los procesos de notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de lepra, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

## 3. RESPONSABILIDAD


Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento, y de los actores del sistema:

Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace.

Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.

Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.

Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 2 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

#### 4. DEFINICIONES

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.


#### 5. CONTENIDO

##### 5.1. Importancia del evento

##### 5.1.1. Descripción del evento

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, producida por un bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) conocido como bacilo de Hansen, que afecta principalmente los nervios periféricos y la piel. Entre los signos y síntomas de la enfermedad se presentan decoloraciones o manchas en la piel, con pérdida de la sensibilidad; esta es de evolución lenta y de acuerdo a su progresión puede generar alteraciones en el tracto respiratorio superior, los párpados, las manos, los pies, el polo anterior del globo ocular, los testículos y el riñón; incluso puede llegar a producir graves deformidades e incapacidades si no se recibe tratamiento oportunamente.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	<i>Mycobacterium leprae</i> , conocido como bacilo de Hansen, es intracelular obligatorio, no cultivable y ácido-alcohol resistente. Se divide cada dos semanas en promedio, es la única bacteria que se aloja en el sistema nervioso periférico y produce daño neural, sus células blanco primarias son las de Schwann y los macrófagos. También penetra al endotelio del músculo liso y los queratocitos. Mediante confirmación por inoculación a la almohadilla plantar del ratón se ha demostrado que sobrevive: En diferentes ambientes extracelulares, especialmente a temperaturas de 33° C. secado a la sombra, 5 meses y en el suelo húmedo, 46 días, en solución salina, a temperatura ambiente, sobrevive 60 días, en alcohol sobrevive 30 minutos y refrigerado entre 4°C y -20°C 60 días. Es un bacilo con una reducción evolutiva notoria, lo cual influye en su incapacidad de cultivarse y en su necesidad de ser intracelular obligatorio, el gene bacilar rpoB se asocia con resistencia a la rifampicina y el folP1, con resistencia a la dapsona.
Reservorio	Los seres humanos.
Modo de transmisión	Se da en forma directa, por inhalación de secreciones del tracto respiratorio superior (nariz y boca) derivada de la convivencia prolongada de una persona susceptible con un enfermo no tratado.
Período de incubación	Varía de 9 meses a 10 años; el promedio es probablemente 4 años para la lepra tuberculoides y 8 años para la lepra lepromatosa.
Período de transmisión	El caso deja de ser infectante a los tres meses de tratamiento continuo y regular con dapsona o clofazimina y a los tres días de tratamiento con rifampicina (1).
Susceptibilidad	Cerca de 90% de la población es resistente natural al <i>Mycobacterium leprae</i> , es decir, el individuo se puede infectar, pero no se enferma. Esta resistencia natural proviene de la respuesta inmune, la magnitud y frecuencia de la exposición al bacilo y de la protección cruzada conferida por la vacuna BCG.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRA</b>	Página 3 de 16
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000-017	Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

Aspecto	Descripción
<b>Factores de riesgo</b>	Los factores de riesgo asociados con la presencia de un caso nuevo de lepra son desnutrición, hacinamiento y susceptibilidad inmunológica de la persona infectada; la lepra no es hereditaria. Existen otros determinantes como el ambiente físico, social y económico, que incluyen la pobreza y la presencia de pacientes sin tratamiento..
<b>Factores de protección</b>	La vacunación con BCG es eficaz en la protección frente a la lepra hasta en un 70%, siendo más eficaz con pautas de administración repetidas (2), (3), (4) se ha identificado que la cicatriz BCG en un contacto indicaría que es un individuo de bajo riesgo. Por tal razón se recomienda su aplicación a convivientes no sospechosos de lepra independientemente de la edad. Al conviviente que presente cicatriz de vacunación BCG previa se le debe aplicar una dosis de BCG; al que NO la presente, se le debe aplicar una dosis de BCG y un refuerzo 6 meses más tarde (5).

### 5.1.2. Caracterización epidemiológica


En 1991, la 44<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2000. La eliminación se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a menos de un caso por 10.000 habitantes, lo cual significaba la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, con los cuales se consideraba que la transmisión era muy limitada.

En el 2006, la Organización Mundial de la Salud señaló que, a pesar de que la carga de la lepra se ha reducido sustancialmente, en el futuro seguirán apareciendo nuevos casos en la mayoría de los países donde actualmente es endémica la enfermedad (6). Por ello se consideró urgente y necesario efectuar cambios en la organización del control de la lepra, para lograr la meta de eliminación, reducir la carga de la enfermedad y sostener los servicios de control durante muchos años. Para tal fin se diseñó la **estrategia mundial 2006-2010 para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad.**

Anualmente se diagnostican alrededor de 700.000 casos nuevos de lepra; de los cuales 120.000 se presentan en niños. De 122 países en los cuales en 1985 la epidemia era endémica, 108 han logrado eliminarla como un problema de salud pública prioritario (7). India, Nepal y Birmania agrupan el 78% de los casos detectados en el mundo, siendo la India el país con mayor número de enfermos, seguido por Brasil, que agrupa el 80% de los casos del continente sudamericano.

En el 2009 un total de 121 países reportaron casos a la OMS; el número de casos prevalentes registrados a principios del año fue de 213.036. La detección de nuevos casos ha ido progresivamente disminuyendo debido a la implementación de la poliquimioterapia (PQT). Las regiones donde se registró el mayor número de casos nuevos durante el 2008 fueron el sudeste asiático (167.505 casos) y las Américas (41.891).

Colombia alcanzó la meta de eliminación de la enfermedad en 1997. Para los años 2007 y 2008 solo Norte de Santander presentó prevalencias por encima de un caso por 10.000 habitantes. En cuanto a los municipios del país, para el año 2005, 87 aún tenían prevalencias por encima de la meta de eliminación. Menos del 10 % de los casos se diagnostican como lepra indeterminada, la forma de comienzo de la enfermedad. Existen casos típicos con diagnóstico médico no sospechado durante más de 10 años; igualmente, no son raros los casos de lepra infantil. El 30 % de los casos nuevos tiene algún tipo de discapacidad y el 10 % de ellos presenta discapacidad grado 2. Lo anterior es indicativo de la falta de

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 4 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

búsqueda activa de casos y de un diagnóstico temprano, así como un reflejo del desconocimiento de la enfermedad.

Las regiones del país que históricamente y en los últimos años han presentado más casos de lepra son: los Distritos de Bogotá, Barranquilla y Cartagena, los departamentos de Bolívar, Cesar, Huila, Magdalena, Tolima, Valle, Santander y Norte de Santander. Para 2005, ochenta y siete municipios aún tenían prevalencia por encima de un caso por diez mil habitantes.

En relación con la incidencia aunque se observa una tendencia a la disminución, está ha sido lenta en los últimos años, los casos nuevos en 1995 fueron 682, en el año 2005 fueron 595 y para 2007 se reportaron 458, en el 2008 presentó un ligero aumento en los casos con 468(8)


### 5.1.3. Estrategia

- Realizar análisis del comportamiento de la notificación a través del Sivigila y las características de los casos nuevos a nivel municipal, departamental, distrital y nacional e informar los resultados y recomendaciones a quienes reportan casos (unidades primarias generadoras del dato (UPGD)).
- Evaluar trimestralmente a nivel municipal y departamental la correlación entre los datos reportados a través del Sivigila y los reportados a través del Programa de Control de la Lepra; de ser necesario ajustar los casos reportados e informar dichos ajustes al nivel superior.
- Realizar asesoría y asistencia técnica a los entes territoriales con mayor incidencia, prevalencia y discapacidad por lepra en cumplimiento del artículo 8 del Decreto 3515/2006.
- Difundir los resultados de la vigilancia, análisis y evaluación de la situación de la lepra en el país a través de boletines epidemiológicos, circulares, salas de análisis situacional, entre otros, con el fin de evaluar las acciones de control y tomar decisiones frente a las mismas.
- Realizar análisis de la situación de la lepra en la nación en conjunto con el Ministerio de la Protección Social con el fin de apoyar y orientar la toma de decisiones políticas al respecto.

## 5.2. Información y configuración del caso

### 5.2.1. Definición operativa de caso-Caso nuevo de lepra (5)

Tipo de caso	Características de la clasificación
<b>Caso sospechoso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sintomático de piel (SP):</b> Personas que presentan lesiones cutáneas, con alteración ó pérdida de la sensibilidad, de larga evolución, sin prurito ni dolor en la mayoría de los casos, por lo cual pueden pasar inadvertidas por el paciente.</li> <li>• <b>Sintomático de sistema nervioso periférico (SSNP):</b> Persona que presenta áreas corporales con disminución ó pérdida de la sensibilidad, engrosamiento de uno ó más troncos nerviosos, dolor espontáneo ó a la palpación de uno ó más troncos nerviosos, hipotrofias ó atrofias musculares, mal</li> </ul>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRA</b>	Página 5 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

Tipo de caso	Características de la clasificación
	<p>posición de uno ó varios dedos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Persona que presente o refiera una o más de las siguientes señales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manchas hipocrómicas o eritemato-hipocrómicas con alteración de la sensibilidad, con o sin disminución de la sudoración y con o sin alopecia localizada;</li> <li>➤ Áreas cutáneas con anestesia, hipoestesia o parestesia;</li> <li>➤ Placas eritematosas infiltradas de bordes difusos con alteración de la sensibilidad; o placas eritematosas de límites nítidos con alteración de la sensibilidad;</li> <li>➤ Lesiones eritematosas planas con centro claro o placas infiltradas, con alteración de la sensibilidad;</li> <li>➤ Tubérculos y nódulos;</li> <li>➤ Úlceras indoloras en las manos o en los pies, y</li> <li>➤ Nervios dolorosos espontáneamente o a la palpación</li> </ul> </li> </ul>
<b>Caso confirmado por laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Identificación de bacilos ácido alcohol resistentes en los frotis de moco, linfa o líquido intersticial.</li> <li>* Biopsia con infiltrados inflamatorios que lesionan o destruyen los nervios, independientemente de la presencia o no de bacilos.</li> </ul>
<b>Caso confirmado clínicamente</b>	<p>Las lesiones descritas anteriormente que fueron confirmadas al examen clínico por presentar alteración de la sensibilidad: térmica, dolorosa y/o táctil.</p> <p>Engrosamiento, dolor espontáneo o a la palpación de uno o varios troncos nerviosos asociados con signos de afección neural: pérdida sensitiva, disminución de la fuerza muscular o parálisis en el territorio y músculos por ellos inervados</p> <p>El diagnóstico de la lepra exige la correlación de la clínica con los exámenes de laboratorio.</p>


### Recidiva de lepra

Tipo de caso	Características de la clasificación
<b>Caso sospechoso</b>	<p>Paciente que recibió esquema completo de PQT según la guía de atención y fue egresado por mejoría o curación clínica y regresa con signos clínicos de lepra activa (presenta nuevas manchas, placas o nódulos cutáneos o una nueva lesión nerviosa) (5)</p>
<b>Caso confirmado por laboratorio</b>	<p>Caso sospechoso que presenta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones nuevas con o sin aumento de las áreas de anestesia o aparición de nuevas zonas de anestesia.</li> <li>• Baciloscopia al momento del egreso con presencia de bacilos enteros. La sola positividad no es suficiente porque algunos enfermos al terminar el año de PQT pueden tener baciloscopia positiva</li> <li>• Biopsia de piel con indicio de enfermedad activa evidenciada por la presencia de inflamación intraneural con daño neural o presencia de bacilos en los infiltrados inflamatorios o en los macrófagos; la presencia de macrófagos espumosos sin bacilos o con escasas formas granulosas debe interpretarse como lesión residual y no recidiva (10)</li> </ul> <p>Los aspectos clínicos e histopatológicos de las recidivas deben diferenciarse de las reacciones tipo I y II de la lepra según los criterios conocidos.</p>

- **Clasificación bacteriológica de los casos de lepra**

Si el examen clínico es sospechoso del diagnóstico de lepra, se debe realizar la baciloscopia de moco y linfa con el fin de clasificar el caso. La clasificación bacteriológica de todos los casos de lepra es de carácter obligatoria y se realiza de acuerdo con los resultados de la baciloscopia, en:

**LEPRA PAUCIBACILAR (PB):** cuando no se ven bacilos en el frotis directo.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 6 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

**LEPRA MULTIBACILAR (MB):** cuando se ven bacilos en el frotis directo.

La baciloscopia es una prueba de diagnóstico y clasificación para definir y evaluar el tratamiento y la aparición de recidivas. **Si la baciloscopia es negativa, no descarta el diagnóstico de lepra; en este caso se debe realizar una biopsia de piel.**

- **Biopsia de piel**

La biopsia de piel en el estudio de la lepra se debe practicar obligatoriamente a todos los casos con baciloscopia negativa y opcionalmente para aquellos cuya baciloscopia fue positiva; permite la clasificación definitiva de la enfermedad y contribuye a evaluar los resultados del tratamiento y establece los diagnósticos diferenciales. Estos criterios son especialmente importantes en los niños, en quienes los cambios sensitivos son difíciles de evaluar, y para las lesiones nuevas o recientes. La biopsia puede dar información sobre los estados reaccionales, adelantándose a la presencia de signos y síntomas clínicos (11) como el eritema nodoso leproso o reacción leprotica tipo 2. La biopsia del nervio periférico permite identificar la lepra neural pura.

El diagnóstico histopatológico de la lepra se basa en demostrar los cambios que se producen en los filetes nerviosos, evidenciar los bacilos o en el tipo y distribución de los infiltrados inflamatorios. Según los resultados, la lepra se clasifica histológicamente de la siguiente manera.

L.I.: Lepra indeterminada

L.T.: Lepra tuberculoide

L. D.: Lepra dimorfa (*borderline*)

L.L.: Lepra lepromatosa

L.N.: Lepra neural pura

Ocasionalmente la biopsia de piel puede demostrar bacilos aunque la baciloscopia haya sido negativa; en estos casos se clasifica como lepra multibacilar (MB).


- **Clasificaciones de la lepra**

CLASIFICACIÓN	ESPECTRO DE LA LEPRO				
Ridley y Jopling	T	BT	BB	BL	L
Madrid	Tuberculoide		Dimorfa		Lepromatosa
OMS	Paucibacilar (PB)			Multibacilar (MB)	
Indeterminada (I)					

T: Tuberculoide

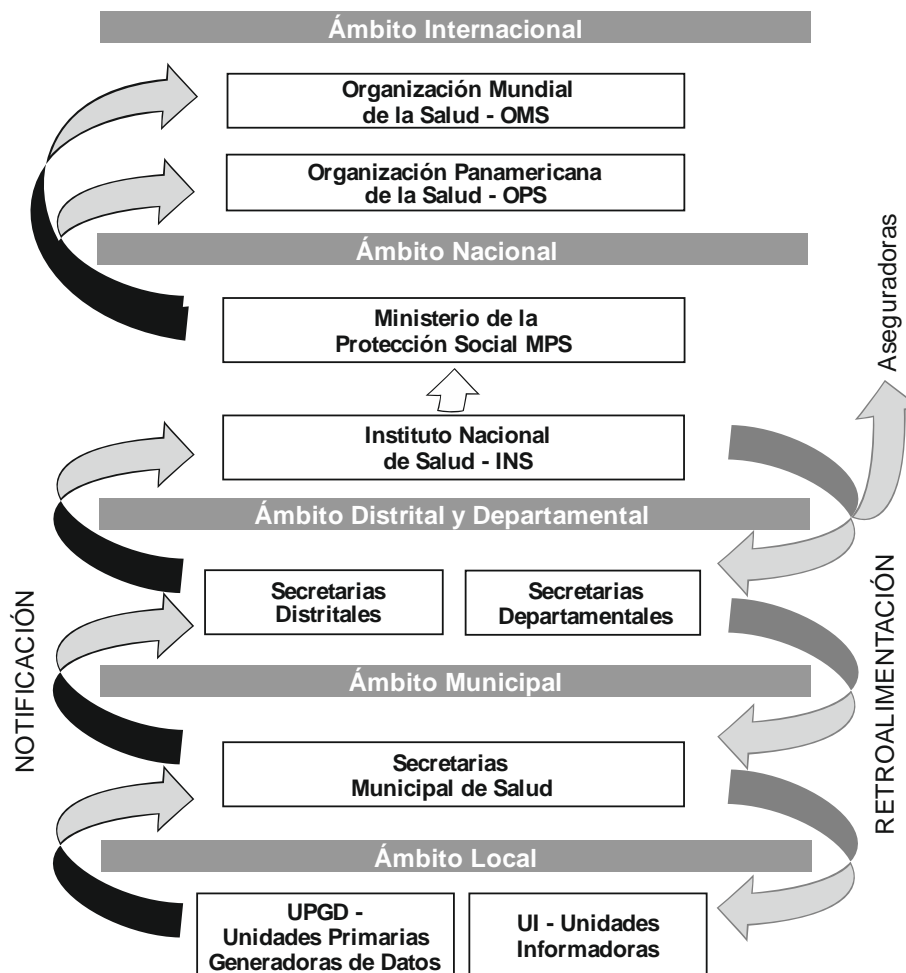
B: Dimorfa *borderline*


L: Lepromatosa

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 7 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00
Elaborado por: Santiago Elías Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

### 5.3. Proceso de vigilancia

#### 5.3.1. Flujo de la información



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 8 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

### 5.3.2. Notificación


<b>Notificación / responsable</b>	<p>Al Sivigila sólo se notifican los casos NUEVOS y las RECIDIVAS de lepra confirmadas; la notificación se realiza de manera semanal y obligatoria al responsable de la vigilancia epidemiológica municipal o local (dirección local u hospital local). A su vez, el municipio (dirección local de salud u hospital local) notificará semanalmente al departamento o distrito todos los casos confirmados (a más tardar los días martes hasta las 5 PM o antes si así lo dispone el ente departamental o distrital). Los departamentos o distritos (secretaría departamental o distrital de salud) notificarán semanalmente al INS los casos a más tardar los miércoles de cada semana antes de las 6 PM.</p> <p>La notificación de los casos nuevos o de las recidivas de lepra debe realizarse en la ficha de notificación individual de lepra (datos básicos y complementarios) y debe seguir las características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública Sivigila del INS - MPS.</p>
<b>Ajustes por períodos epidemiológicos</b>	<p>Cada tres meses como mínimo, municipios y departamentos a través de las fichas individuales de control de tratamiento o con el responsable del Programa de Control de Lepra en cada uno de los niveles deberán verificar que los casos reportados al Sivigila coincidan con los informados al Programa de Control de Lepra, asegurando correlación del 100% en los casos reportados por ambas fuentes de información. El municipio y el departamento deberán realizar los ajustes respectivos al Sivigila agregando los casos no notificados al Sivigila e identificados con información del programa.</p>
<b>Investigaciones de caso</b>	<p>Todo caso sospechoso de lepra se debe someter a examen físico dermatológico, neurológico y oftalmológico y se debe investigar el antecedente de contacto o convivencia con una persona que haya padecido la enfermedad. A la vez se debe realizar baciloscopia y/o biopsia para la respectiva clasificación.</p> <p>Explorar la sensibilidad de las lesiones dermatológicas y del área inervada por los ocho troncos nerviosos que con más frecuencia son afectados por la lepra (trigémico, facial, auricular posterior, cubital, mediano, radial, ciático poplíteo externo y tibial posterior).</p> <p>Los costos de la valoración, baciloscopia y biopsia para el estudio o seguimiento de casos sospechosos de lepra deben ser realizadas con cargo al plan obligatorio de salud (POS), según el régimen de afiliación y con cargo a los recursos para prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda en el caso de población no asegurada; se encuentran exentos de cuotas moderadoras y copagos.</p>

### 5.4. Análisis de los datos

Para el análisis de la situación epidemiológica se debe establecer una línea de base o nivel endémico, tomando la información disponible de los últimos cinco años; elaborar mapa de riesgo según prevalencia y mapa de focos donde se señalen los casos confirmados multibacilares resulta útil para analizar dinámicas de transmisión y determinar áreas críticas de control.

Determinar la cobertura acumulada de vacunación con BCG en la población general es útil para analizar e interpretar las tendencias de la prevalencia e incidencia de la lepra en la región. La determinación y evaluación de las recidivas permite evaluar la efectividad y calidad del tratamiento y el recrudescimiento de la enfermedad.



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 9 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

#### 5.4.1. Indicadores

Ver anexo indicadores MNL-R02.001.4010-003.

### 5.5. Orientación de la acción

#### 5.5.1. Individual

La guía de atención de la lepra contiene elementos normativos de obligatorio cumplimiento (detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y normas administrativas del programa) y por tanto, la realización de todos los procedimientos allí contemplados son responsabilidad de las aseguradoras (EPS, EPS del régimen subsidiado y entidades adaptadas). Dichas actividades se realizarán con cargo a los recursos de POS o de los recursos para prestación de servicios de salud a la población de bajos recursos en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se encuentran exentos de cuotas moderadoras y copagos. (Acuerdo 30, y para subsidiados nivel I, Ley 1122 de 2007, capítulo IV, artículo 14, literal G).

Confirmado el caso de lepra se deben realizar las siguientes acciones:

Notificación del caso

Inscripción del paciente al programa de control y diligenciamiento de la ficha individual de tratamiento<sup>1</sup>

#### Tratamiento

El esquema de PQT se encuentra definido en la Guía de atención de la lepra y se realiza de acuerdo al tipo o clasificación de la lepra (PB o MB); a nivel nacional se garantizan los medicamentos para el tratamiento de la lepra o de las recidivas (esquema MB); el suministro a municipios e IPS es responsabilidad de la dirección departamental o secretaría de salud. La IPS suministrará los medicamentos al enfermo en forma mensual.

El tratamiento contempla unas dosis mensuales que deben ser administradas en forma supervisada; a todo paciente de lepra y su familia se les debe brindar educación para la adecuada y completa administración del resto del esquema terapéutico (auto-administrado).


#### Manejo y prevención de discapacidades

El tratamiento de la lepra es integral, además del tratamiento con medicamentos, debe incluir valoración del grado de discapacidad al momento del diagnóstico, educación al enfermo y su familia para la prevención de discapacidades (algunas ONG apoyan los programas locales con suministro de elementos de protección para la prevención de discapacidades).

Las actividades de educación se deben enfocar en la importancia del control médico periódico y en el autocuidado para evitar lesiones o discapacidad, autoexamen de ojos, manos y pies para identificar lesiones o signos de alarma, como los siguientes.

- Ojos: enrojecimiento, dolor, fotofobia, sensación de resequeza o ardor

<sup>(1)</sup> Para iniciar el diligenciamiento de esta ficha se pueden obtener datos de la ficha de notificación: la ficha es útil para el seguimiento del caso y es diferente a la ficha de notificación en su finalidad, contenidos y uso

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRA</b>	Página 10 de 16
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000-017	Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

- Manos: áreas hipoestésicas anestésicas, quemaduras o heridas inadvertidas, posición anómala de los dedos, pérdida de fuerza.
- Pies: áreas de hipoestésia o anestesia, ampollas, úlceras, pérdida de fuerza, alteración de la marcha, desgaste inusual del zapato. <sup>(1)</sup>
- Informar que ante cualquier signo de alarma se debe consultar oportunamente; e informar sobre las medidas tendientes a evitar el progreso de la discapacidad actual.
- Valoración y soporte por psiquiatra o psicólogo

### Información y registro para el seguimiento de pacientes

Todo paciente de lepra debe ser reportado al Programa de Control de Lepra del municipio, así como las acciones de prevención y manejo de discapacidades o cuadros de reacciones; el municipio a su vez debe informar el consolidado al departamento y éste a la nación con periodicidad trimestral.

Los controles para el seguimiento de la evolución de la enfermedad y la administración de los medicamentos; así como el seguimiento de los pacientes posterior a la terminación exitosa del tratamiento, deberán realizarse con base en los lineamientos de la Guía de atención de la lepra con el fin de identificar recidivas, reacciones lepróticas o progreso de la discapacidad.

### 5.5.2. Colectiva


#### Investigación epidemiológica de campo

La investigación epidemiológica de campo debe ser realizada por personal entrenado en la búsqueda y evaluación de sintomáticos de piel y SNP; y estará a cargo de la dirección local de salud con recursos del plan de intervenciones colectivas con participación activa de la aseguradora. La dirección local debe disponer de los recursos técnicos y humanos necesarios para realizar la investigación de campo, cuya realización debe ser *en los primeros ocho días después de captado el caso.*, así como para su seguimiento con altos estándares de calidad en coordinación con el laboratorio.

Se debe llevar el registro de los contactos convivientes (personas que residen intradomiciliariamente con el caso durante un periodo mínimo de seis meses, incluye a niños menores de seis meses); todos los convivientes deben ser valorados en forma completa incluyendo examen dermatológico, neurológico y oftalmológico para clasificarlos finalmente como sospechosos o no; el registro deberá contener todas las acciones realizadas con el enfermo y sus contactos convivientes.

Los casos sintomáticos o sospechosos identificados durante la investigación epidemiológica de campo deberán ser evaluados o serán referidos a su entidad prestadora de servicios en salud o a la IPS adscrita para realizar valoración médica y baciloscopia o biopsia según el caso. Los costos del examen médico inicial, laboratorio y demás requerimientos de estudio del conviviente están a cargo del POS o POS-S de conformidad con el régimen de afiliación o, en caso contrario, con cargo a los recursos para la prestación de servicios de salud a la población de escasos recursos no cubierta con subsidios a la demanda.

Se debe monitorizar a todas las personas registradas y remitidas durante la investigación de campo, por tanto, se debe disponer de mecanismos de seguimiento para aquellos que no acudan al estudio diagnóstico (por ejemplo: llamadas telefónicas o nuevas visitas domiciliarias).

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRA</b>	Página 11 de 16
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000-017	Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

Si se confirma un caso entre los contactos, se deberá notificar al Sivigila y tenerlo en cuenta para el informe del programa y canalizar para la administración del tratamiento según Guía de Atención vigente.

Si al primer examen no aparecen signos y síntomas clínicos sugestivos de lepra, el conviviente debe recibir orientación sobre el período de incubación, forma de transmisión, signos y síntomas de la lepra; además, instrucciones de consulta cuando haya sospecha.

Se deberá favorecer que la familia y contactos del paciente lo apoyen y se vinculen al tratamiento y cuidado del enfermo para asegurar que reciba el apoyo psicológico necesario, un tratamiento eficaz e integral, la adherencia al tratamiento, la rehabilitación adecuada y evitar a su vez la discriminación o estigma.

Durante la investigación de campo se deberán identificar factores de riesgo para la transmisión de la enfermedad entre convivientes y riesgos potenciales para la discapacidad en la vivienda o medio laboral; lo anterior se deberá registrar e informar al responsable del programa de control de lepra para la respectiva intervención y seguimiento

Toda actividad de atención de salud, individual ó colectiva es útil para la detección de casos nuevos de lepra. Es importante recordar la existencia de la lepra y sus consecuencias a través de actividades de educación, información y comunicación.

### **Vacunación de convivientes con BCG**

A todo conviviente que presente cicatriz de vacunación BCG previa se le debe aplicar una dosis de BCG; en el caso de que el conviviente no tenga cicatriz, se le debe aplicar una dosis y un refuerzo seis meses después (5). Esta actividad es de obligatorio cumplimiento y está normada en la Guía de atención de lepra. Es responsabilidad del Plan de Intervenciones Colectivas y hace parte fundamental de la investigación epidemiológica de campo.


### **Asesoría, vigilancia y supervisión**

Los departamentos y distritos deberán asesorar y supervisar las actividades de control y eliminación de la lepra, desarrolladas por los municipios o localidades y éstos a su vez harán lo mismo con las instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades promotoras de salud (EPS) y EPS del régimen subsidiado.

#### **a. Búsqueda activa de casos**

Se denomina búsqueda activa a las acciones programadas para detectar casos nuevos entre los grupos de población con mayor riesgo de presentar lepra. Se denomina detección pasiva al hallazgo de casos nuevos durante acciones no programadas de manera específica para la búsqueda de lepra, durante las cuales se identifican personas con signos y síntomas que permiten sospechar que pueden tener esta patología. Los grupos de población con mayor riesgo de infectarse y de desarrollar la lepra son los convivientes de un paciente de lepra.

Conviviente es toda persona que reside en el mismo domicilio de un paciente de lepra, a mayor tiempo de convivencia hay mayor riesgo de contagio. Los convivientes con enfermos de lepra MB tienen un riesgo

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPROSIA</b>	Página 12 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

entre 10 y 14 veces mayor de adquirir la enfermedad, mientras que los convivientes con enfermos PB tienen un riesgo de enfermar entre 2 y 5 veces mayor que la población general, por lo anterior, el período de vigilancia de los convivientes debe ser como mínimo igual al período de incubación de la enfermedad, ó sea por lo menos 10 años para los convivientes de foco MB y 5 años para los de foco PB. Si la convivencia tiene lugar en condiciones de hacinamiento, higiene deficiente, carencia de servicios públicos o desnutrición, aumenta el riesgo de enfermar, las personas que por razones laborales, sociales ó de vecindad, tienen contacto frecuente con un enfermo de lepra, también pueden tener un mayor riesgo que la población general.

La probabilidad de desarrollar la lepra depende de muchos factores, entre ellos el tipo de respuesta inmune frente a la presencia de bacilo (véase Transmisión), respuesta que en última instancia está determinada por los genes. Los parientes de un enfermo de lepra tienen la probabilidad de presentar mayor susceptibilidad que la población general frente al *M. leprae*, por compartir la susceptibilidad genética, por este motivo suelen presentarse familias en las que varios de sus miembros, de diferentes generaciones, enferman de lepra.

Se ha detectado la presencia del *M. leprae* en la mucosa nasal de convivientes de enfermos de lepra y es probable que puedan actuar como portadores sanos que diseminan el bacilo y mantienen la endemia en la comunidad, por las razones expuestas se considera a los convivientes y familiares como el grupo de mayor riesgo de presentar lepra. No obstante, en ningún momento se justifica el aislamiento del paciente de su núcleo familiar ó de su comunidad.

Por lo anterior la mejor acción de búsqueda activa de casos es el seguimiento y valoración de los convivientes de casos de lepra registrados en los últimos cinco años o diez años dependiendo del caso índice como mínimo con periodicidad de 12 meses. A su vez, las aseguradoras deben realizar actividades de sensibilización a sus usuarios para la identificación de casos sospechosos de lepra.


### 5.5.3. Acciones de laboratorio

Tanto para la baciloscopia de clasificación como para la baciloscopia del final del tratamiento se deben tomar cinco muestras: una muestra de moco nasal y cuatro de linfa de cuatro sitios diferentes, una de cada lóbulo de la oreja, y dos provenientes de dos lesiones si existen; si sólo existe una lesión, se deben tomar muestras de sus bordes opuestos. En caso de no existir lesiones, se tomará linfa de los codos, de las rodillas o de las falanges proximales del dedo del corazón.

Para obtener una buena muestra de linfa es indispensable dejar completamente exangüe (libre de sangre) el sitio donde va a tomarse la muestra, lo cual se hace empleando unas pinzas tipo Kelly sin garra hemostáticas. Si no se dispone de las pinzas, se pueden usar los dedos índice y pulgar como pinza digital con buenos resultados (usar guantes); para lograr una mejor isquemia se puede frotar el sitio con la yema de los dedos.

Efectuar la limpieza del sitio y con una lanceta desechable se hacen tres o cuatro punciones cercanas entre sí, con el fin de obtener una buena cantidad de linfa. En todas estas muestras se persigue extraer líquido intersticial, rico en macrófagos, que contienen los bacilos (5).

La coloración de la muestra es la de Ziehl Neelsen (ZN); la lectura se realiza e informa utilizando la escala semicuantitativa, calculando el IB según normas del Laboratorio Nacional de Referencia. Todos

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPROSA</b>	Página 13 de 16
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000-017	Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	


los laboratorios que realizan baciloscopias deben participar en el programa de evaluación indirecta para el control de calidad de las láminas de BK y biopsias

La toma de la biopsia de piel debe ser profunda para que contenga tejido celular subcutáneo y filetes nerviosos; la muestra de piel debe ser tomada a partir de biopsia incisional, que mide 10 mm de longitud, 5 mm de ancho y 7 mm de espesor; debe incluir hipodermis y estar fijada en formol tamponado al 10%.

Las láminas histológicas y los bloques de parafina de los tejidos con diagnóstico confirmado de lepra, estados reaccionales, recidivas, así como las muestras sin criterios histológicos de actividad de la enfermedad en población con signos cardinales que la definan clínicamente, realizados en IPS pública o privada, deben ser enviadas al Grupo de Patología del Instituto Nacional de Salud para el desarrollo de actividades de referencia, investigación, vigilancia de la calidad de los resultados, confirmación histológica, control de calidad, como también para el análisis de diagnósticos diferenciales o casos dudosos (decreto 1544 y resolución 4547 de 1998 del Ministerio de Salud); se debe anexar la copia del informe anatomopatológico y ficha individual de inicio del tratamiento integral de lepra, diligenciados los puntos 1 al 16 según corresponda el caso, y remitir a través del laboratorio de salud pública.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá DC. Protocolos de vigilancia de la salud pública: lepra. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud, dirección de salud pública. 2001.
2. Setia MS, Steinmaus C, Ho CS, Rutherford GW. The role of BCG in prevention of leprosy: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2006; 6: 162-70.
3. Pönighaus JM, Fine PE, Sterne JA, Wilson RJ, Msosa E, Gruer PJ, et al. Efficacy of BCG vaccine against leprosy and tuberculosis in northern Malawi. *Lancet.* 1992; 339:636-39.
4. Cunha SS, Rodrigues LC, Pedrosa V, Dourado IM, Barreto ML, Pereira SM. Neonatal BCG protection against leprosy: a study in Manaus, Brazilian Amazon. *Lepr Rev.* 2004 Dec; 75(4):357-66.
5. Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Bogotá DC: Ministerio de Salud, dirección general de salud; 2000.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad, 2006-2010. Ginebra: OMS. 2005 WHO. Expert Comité on Leprosy, 7th Report, 1998: 1-43.
7. Castiblanco C, Espinosa J. Tuberculosis y lepra año 2005. *Inf Quinc Epidemiol Nac.* 2006; 11 (6): 80-96.
8. Rodríguez G, Pinto R, Laverde C, Sarmiento M, Riveros A, Valderrama J, et al. Recidivas postratamiento de la lepra multibacilar. *Biomédica.* 2004; 24 (2): 133-9.
9. Altamar OF, Castillo T, Orozco LC, Sarmiento C. Control de la lepra. Normas técnicas y procedimientos. Bogotá: Ayuda alemana para los enfermos de lepra. 1990.
10. Moet FJ, Meima A, Oskam L, Richardus JH. Risk factors for the development of clinical leprosy among contacts, and their relevance for targeted interventions. *Lepr rev.* 2004; 75 (4): 310-26.
11. Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy. Plan Period 2011-2015. SEA-GLP-2009.3.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 14 de 16
			Versión: 00
		PRO-R02.003.0000-017	Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

## 7. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DEL REGISTRO									
IDENTIFICACION		1ra. FASE: ARCHIVO DE GESTION				2da. FASE DISPOSICION INICIAL			3ra.FASE DISPOSICION FINAL
COD	NOMBRE	ORDENACION DOCUMENTAL	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO DE RETENCION	METODO USADO	RESPONSABLE	TIEMPO	METODO UTILIZADO
REG-R02.003.000-001	Ficha de notificación Datos básicos	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	Eliminación
REG-R02.003.0000-013	Ficha de notificación Datos complementarios	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	Eliminación

## 8. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION AA MM DD			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO

## 9. ANEXOS

9.1. Anexo 1 Ficha única de notificación de lepra

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRO</b>	Página 15 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

<b>SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b> Sistema de Información SIVIGILA Ficha de Notificación	 
--	---

**Datos básicos**

REG-R02.003.0000-001 V:01 Año 2011

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>		<b>1.2. Fecha de notificación</b>													
<b>1.1. Nombre del evento</b>		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Código</td><td align="center">Día</td><td align="center">Mes</td><td align="center">Año</td> </tr> </table>						Código	Día	Mes	Año				
Código	Día	Mes	Año												
<b>1.3. Semana*</b>	<b>1.4. Año:</b>	<b>1.5. Departamento que notifica</b>	<b>1.6. Municipio que notifica</b>												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">* Epidemiológica</td><td align="center">Año</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					* Epidemiológica	Año									
* Epidemiológica	Año														
<b>1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato</b>		<b>1.8 Código de la UPGD</b>													
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Depto.</td><td align="center">Municipio</td><td align="center">Código</td><td align="center">Sub.</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								Depto.	Municipio	Código	Sub.		
Depto.	Municipio	Código	Sub.												
		<b>1.9. Nit UPGD</b>													

**2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

<b>2.1. Primer nombre</b>	<b>2.2. Segundo nombre</b>	<b>2.3. Primer apellido</b>																					
<b>2.4. Segundo apellido</b>	<b>2.5 Teléfono</b>	<b>2.6 Fecha de nacimiento</b>																					
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Día</td><td align="center">Mes</td><td align="center">Año</td><td> </td> </tr> </table>						Día	Mes	Año													
Día	Mes	Año																					
<b>2.7. Tipo de documento de identificación</b>			<b>2.8. Número de identificación</b>																				
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RC</td><td><input type="checkbox"/> TI</td><td><input type="checkbox"/> CC</td><td><input type="checkbox"/> CE</td><td><input type="checkbox"/> PA</td><td><input type="checkbox"/> MS</td><td><input type="checkbox"/> AS</td> </tr> <tr> <td align="center">(1) Registro</td><td align="center">(2) T. de ID.</td><td align="center">(3) C.C.</td><td align="center">(4) C. extranjería</td><td align="center">(5) Pasaporte</td><td align="center">(6) Menor sin ID</td><td align="center">(7) Adulto sin ID.</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> AS	(1) Registro	(2) T. de ID.	(3) C.C.	(4) C. extranjería	(5) Pasaporte	(6) Menor sin ID	(7) Adulto sin ID.							
<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> AS																	
(1) Registro	(2) T. de ID.	(3) C.C.	(4) C. extranjería	(5) Pasaporte	(6) Menor sin ID	(7) Adulto sin ID.																	
<b>2.9. Edad</b>	<b>2.10. Unidad de medida de la edad</b>	<b>2.11. Sexo</b>	<b>2.12. País de ocurrencia del caso</b>																				
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">Años</td><td align="center">Meses</td><td align="center">Días</td><td align="center">Horas</td><td align="center">Minutos</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años	Meses	Días	Horas	Minutos	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">1</td><td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">Años</td><td align="center">Meses</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	Años	Meses	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> M</td><td><input type="checkbox"/> F</td> </tr> <tr> <td align="center">(1) Mas.</td><td align="center">(2) Fem.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	(1) Mas.	(2) Fem.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
Años	Meses	Días	Horas	Minutos																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
1	2																						
Años	Meses																						
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F																						
(1) Mas.	(2) Fem.																						
<b>2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso</b>	<b>2.14. Área de ocurrencia del caso</b>		<b>2.14.1. Cabecera mpal/Centro poblado/Rural disperso</b>																				
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Depto.</td><td align="center">Municipio</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					Depto.	Municipio			<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td align="center">Cabecera municipal</td><td align="center">Centro poblado</td><td align="center">Rural disperso</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	<b>2.14.2 Barrio de ocurrencia</b>						
Depto.	Municipio																						
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																					
Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso																					
			<b>2.14.3. Localidad</b>																				
<b>2.15 Vereda</b>	<b>2.16. Dirección de residencia</b>	<b>2.17. Ocupación del paciente</b>	<b>2.18. Tipo de régimen en salud</b>																				
			<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">Código</td><td align="center">1</td><td align="center">2</td><td align="center">3</td><td align="center">4</td><td align="center">5</td> </tr> <tr> <td> </td><td align="center">Contributivo</td><td align="center">Subsidiado</td><td align="center">Excepción</td><td align="center">Especial</td><td align="center">No afiliado</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Código	1	2	3	4	5		Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No afiliado			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
Código	1	2	3	4	5																		
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No afiliado																		
<b>2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud</b>		<b>2.20. Pertenencia étnica</b>																					
		<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td align="center">Indígena</td><td align="center">ROM, Gitano</td><td align="center">Raizal</td><td align="center">Palenquero</td><td align="center">Negro, Mulato, Afro colombiano</td><td align="center">Otros</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Indígena	ROM, Gitano	Raizal	Palenquero	Negro, Mulato, Afro colombiano	Otros								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6																		
Indígena	ROM, Gitano	Raizal	Palenquero	Negro, Mulato, Afro colombiano	Otros																		
<b>2.21. Grupo poblacional</b>																							
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 7</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td><input type="checkbox"/> 13</td><td><input type="checkbox"/> 14</td><td><input type="checkbox"/> 16</td> </tr> <tr> <td align="center">Otros grupos poblacionales</td><td align="center">Discapacitados</td><td align="center">Desplazados</td><td align="center">Migrantes</td><td align="center">Carcelarios</td><td align="center">Gestantes</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 16	Otros grupos poblacionales	Discapacitados	Desplazados	Migrantes	Carcelarios	Gestantes								
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 16																		
Otros grupos poblacionales	Discapacitados	Desplazados	Migrantes	Carcelarios	Gestantes																		

**3. NOTIFICACIÓN**

<b>3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente</b>		<b>3.2. Fecha de consulta</b>	<b>3.3. Inicio de síntomas</b>																												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Depto.</td><td align="center">Municipio</td><td align="center">Día</td><td align="center">Mes</td><td align="center">Año</td><td> </td> </tr> </table>								Depto.	Municipio	Día	Mes	Año		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Día</td><td align="center">Mes</td><td align="center">Año</td><td> </td> </tr> </table>					Día	Mes	Año		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Día</td><td align="center">Mes</td><td align="center">Año</td><td> </td> </tr> </table>					Día	Mes	Año	
Depto.	Municipio	Día	Mes	Año																											
Día	Mes	Año																													
Día	Mes	Año																													
<b>3.4. Clasificación inicial de caso</b>			<b>3.5. Hospitalizado</b>																												
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td align="center">Sospechoso</td><td align="center">Probable</td><td align="center">Conf. por laboratorio</td><td align="center">Conf. clínica</td><td align="center">Conf. nex. epidemiológico</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Sospechoso	Probable	Conf. por laboratorio	Conf. clínica	Conf. nex. epidemiológico	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td align="center">Sí</td><td align="center">No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Sí	No														
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																											
Sospechoso	Probable	Conf. por laboratorio	Conf. clínica	Conf. nex. epidemiológico																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																														
Sí	No																														
<b>3.6. Fecha de hospitalización</b>																															
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Día</td><td align="center">Mes</td><td align="center">Año</td><td> </td> </tr> </table>							Día	Mes	Año																						
Día	Mes	Año																													
<b>3.7. Condición final</b>	<b>3.8. Fecha de defunción</b>	<b>3.9. No. certificado defunción</b>	<b>3.10. Causa básica de muerte</b>																												
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td align="center">Vivo</td><td align="center">Muerto</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Vivo	Muerto	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Día</td><td align="center">Mes</td><td align="center">Año</td><td> </td> </tr> </table>					Día	Mes	Año			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">CIE10</td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					CIE10											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																														
Vivo	Muerto																														
Día	Mes	Año																													
CIE10																															
<b>3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha</b>		<b>3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha</b>																													

**4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES**

<b>4.1. Seguimiento y clasificación final del caso</b>	<b>4.2. Fecha de ajuste</b>																				
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td><input type="checkbox"/> 7</td> </tr> <tr> <td align="center">No aplica</td><td align="center">Conf. por laboratorio</td><td align="center">Conf. clínica</td><td align="center">Conf. nex. epidemiológico</td><td align="center">Descartado</td><td align="center">Otra actualización</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	No aplica	Conf. por laboratorio	Conf. clínica	Conf. nex. epidemiológico	Descartado	Otra actualización	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center">Día</td><td align="center">Mes</td><td align="center">Año</td><td> </td> </tr> </table>					Día	Mes	Año	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7																
No aplica	Conf. por laboratorio	Conf. clínica	Conf. nex. epidemiológico	Descartado	Otra actualización																
Día	Mes	Año																			

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LEPRA</b>	Página 16 de 16
		PRO-R02.003.0000-017	Versión: 00
Elaborado por: Santiago Elias Fadul Pérez Contratista Equipo Funcional Tuberculosis Grupo Enfermedades Transmisibles Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Patricia Salas Suspes Profesional Universitaria Equipo Funcional Inmunoprevenibles Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/06/15	

**SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**  
 Sistema de Información SIVIGILA  
 Ficha de Notificación



**Lepra | Cód. INS: 450**

REG-R02.003.0000-013 V01 AÑO 2011

**RELACION CON DATOS BÁSICOS**

<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>	<b>B. Tipo de ID*</b>	<b>C. No. de identificación.</b>
--	-----------------------	----------------------------------

\* TIPO DE ID: 1 - RC - REGISTRO CIVIL | 2 - TI - TARJETA IDENTIDAD | 3 - CC - CÉDULA CIUDADANÍA | 4 - CE - CÉDULA EXTRANJERÍA | 5 - PA - PASAPORTE | 6 - MS - MENOR SIN ID | 7 - AS - ADULTO SIN ID

**4. CONDICIÓN DE INGRESO**

4.1. Tipo de caso

1 Nuevo
  2 Recidiva

**5. CRITERIO CLÍNICO MÁS CLASIFICACIÓN DEL CASO**

5.1. Clasificación bacteriológica según baciloscopia

1 Paucibacilar
  2 Multibacilar

5.2. Clasificación final según resultado de la histopatología

1 Paucibacilar
  2 Multibacilar
  3 Otro diagnóstico
  4 No se realizó

**6. CONFIGURACIÓN DEL CASO**

6.1. Datos de laboratorio

6.1.1. Baciloscopia	6.1.2. Fecha de toma de baciloscopia	6.1.3. Resultado índice bacilar	6.1.4. Fecha de resultado
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año
6.1.5. Biopsia	6.1.6. Fecha de toma de biopsia	6.1.7. Resultado de la histopatología	
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="checkbox"/> 1 Indeterminada <input type="checkbox"/> 2 Tuberculoide <input type="checkbox"/> 3 Dimorfa ( <i>borderline</i> )	
	6.1.8. Fecha de resultado	<input type="checkbox"/> 4 Lepromatosa <input type="checkbox"/> 5 Neural	
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año		

6.2. Máximo grado de discapacidad evaluado

0 Grado cero
  1 Grado uno
  2 Grado dos

6.3. ¿Presenta reacción leprótica?

1 Tipo uno
  2 Tipo dos
  3 Ninguna

6.4. Fecha de inicio de tratamiento

/  / 
  
Día Mes Año

**7. INVESTIGACIÓN DE CONVIVIENTES**

7.1. Método de captación	7.2. Posible fuente de contagio	7.3. Investigación de campo	
<input type="checkbox"/> 1 Búsqueda activa <input type="checkbox"/> 2 Consulta en servicio de salud <input type="checkbox"/> 3 Investigación de contacto	<input type="checkbox"/> 1 Familia/hogar <input type="checkbox"/> 2 Comunidad <input type="checkbox"/> 3 Desconocido	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	
7.4. Fecha de investigación	7.5. ¿Tiene convivientes?	7.6. No. total de convivientes	7.7. No. total de convivientes examinados
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.8. No. total de convivientes sintomáticos			
<input type="text"/>			
7.9. No. total de convivientes vacunados con BCG			
<input type="text"/>			

**Observaciones y seguimiento del caso**

---