

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

LEPRA
Código: 450



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud



DOCUMENTO ELABORADO POR

Santiago Fadul Pérez
Profesional Especializado
Equipo de Mircobacterias
Instituto Nacional de Salud

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Vilma Fabiola Izquierdo Charry
Profesional Especializado
Grupo Transmisibles
Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez
Director General INS

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata
en Salud Pública

Tabla de contenido

1	Introducción	4
	1.1. Comportamiento del evento	4
	1.2. Estado del arte	5
	1.3. Justificación para la vigilancia	6
	1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento	6
2	Objetivos específicos	7
3	Definiciones operativas de casos	7
4	Fuentes de los datos	8
	4.1. Definición de las fuentes	8
	4.2. Periodicidad de los reportes	8
	4.3. Flujo de información	9
	4.4. Responsabilidades por niveles	9
5	Recolección y procesamiento de los datos	11
6	Análisis de la información	11
	6.1. Indicadores	12
	6.2. Unidad de análisis	12
7	Orientación de la acción	14
	7.1. Acciones individuales	15
	7.2. Acciones colectivas	15
	7.3. Acciones de laboratorio	16
8	Comunicación del riesgo	16
9	Referencias bibliográficas	16
10	Control de revisiones	17
11	Anexos	18

1. Introducción

En los últimos 30 años se han dado adelantos notables en el control de la lepra. La prevalencia de lepra actualmente es inferior a 1 caso por 10.000 habitantes lo que la hace un problema de salud pública menor (1), la estrategia mundial para el control de la lepra 2016-2020, con el lema “Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra” se estructura en tres pilares estratégicos:

1. Fortalecer la implicación del gobierno y la creación de alianzas.
2. Detener la lepra y evitar sus complicaciones.
3. Eliminar la discriminación y promover la inclusión.

Teniendo en cuenta estos tres puntos se busca reducir la carga de morbilidad por lepra a escala mundial y local, con el hito de llegar a cero discapacidades causadas por lepra.

Además, se busca disminuir la incidencia de deformidades atribuibles a esta enfermedad a menos de un caso por millón de habitantes (1).

1.1. Comportamiento del evento

En la tabla 1 se presenta la prevalencia en 2014 y el número de casos nuevos detectados en 145 países y territorios. Se ha observado una disminución moderada en la detección de casos nuevos en últimos cinco años, adicionalmente, la tasa de discapacidad de grado 2 en los casos nuevos ha permanecido estable. Colombia alcanzó la meta de eliminación de la enfermedad en 1997. En 2015 se reportaron 498 casos prevalentes, con 349 casos nuevos de los que 265 fueron multibacilares, nueve casos en niños, 58 casos con discapacidad y 25 casos recidivas (2).

Región de la OMS	Prevalencia		Casos Nuevos	
	Número de afectados	Tasa x 100.000 habitantes	Número de afectados	Tasa x 100.000 habitantes
África	19.968	0,26	18,597	2,44
Américas	29,967	0,33	33,789	3,75
Mediterráneo Oriental	2,212	0,04	2,342	0,38
Europa				
Asia Sudoriental	119.478	0,63	154.834	8,12
Pacífico Occidental	3.929	0.02	4.337	0,24
Total	174.554	0,25	213.899	3,0

Adaptado de: Global Leprosy Strategy 2016-2020

Tipo de caso	Características de la descripción
Agente etiológico	El agente infeccioso es el Mycobacterium Leprae o bacilo de “Hansen” que tiene un diámetro de 0,3 a 0,5 micras, longitud 4 a 5 micras, es ligeramente curvado en uno de sus extremos y conforma aglomerados, conocidas como globinas, lo cual le permite resistir los embates del sistema inmunológico. El Bacilo presenta coloración Ziehl Neelsen (ZN +); y tiene un tiempo de duplicación lento de 12 a 14 días; en razón del largo periodo de incubación es difícil el cultivo empleando métodos convencionales, en centros de investigación el bacilo se cultiva en armadillos de 7, 9 y 11 bandas (5).
Modo de transmisión	Se transmite en convivencia prolongada de persona a persona a través de las vías aéreas o por abrasiones cutáneas, siendo el primer mecanismo el más importante (guía).
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	Varía de 3 a 5 años
Periodo de transmisión	Durante el tiempo que dure la enfermedad. 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(7).
Factores de riesgo	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 (7).
Factores de protección	La vacunación con BCG es efectiva en la protección frente a la lepra hasta en un 70 %, siendo más efectiva con pautas de administración repetidas. 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 (8). 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.

Colombia aplicó por cinco años el plan estratégico para sostener las actividades de control de Lepra año 2010 2015 (2). Este documento produjo avances en la lucha contra esta enfermedad.

Actualmente el país tiene el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (3), en el cual se plantea como entre otros objetivos reducir la carga por Lepra mediante acciones promocionales, gestión del riesgo de la enfermedad, acciones intersectoriales, de detección, promoción y manejo integral, acorde con los lineamientos de la OMS (4).

1.2. Estado del arte

La lepra es una enfermedad infecciosa con susceptibilidad genética, esta enfermedad puede transmitirse por el contacto directo y prolongado con pacientes de las formas abiertas, bacilíferas, Los síntomas son muy variables y su presentación diversa, en algunas ocasiones puede incluso afectar múltiples órganos causando secuelas irreversibles (5). La infección es producida por el Mycobacterium Leprae, el cual requiere de la participación de múltiples determinantes genéticos para el desarrollo de la enfermedad (6).

1.3. Justificación para la vigilancia del evento

La OMS presentó en 2016 una nueva estrategia mundial, La Estrategia Mundial para la lepra 2016-2020: Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra, cuyo objetivo es “reforzar las medidas de control de la enfermedad y evitar las discapacidades, sobre todo entre los niños afectados de los países endémicos” (1), es fundamental comprender la epidemiología de esta enfermedad para orientar las acciones tendientes a la reducción de la carga de la enfermedad, y alcanzar la tasa mundial de incidencia por discapacidad a 2 afectados /100.000 habitantes (1,5).

El sistema de vigilancia en salud pública de lepra consta de un conjunto de herramientas que brindan información detallada sobre la tendencia de la transmisión y la dinámica de la enfermedad, a partir de indicadores clave utilizados internacionalmente, para medir prevalencia, detección de nuevos casos y grados de discapacidad.

Las acciones específicas que ejecuta el país están encaminadas a los componentes clínicos, de laboratorio e investigación epidemiológica que se llevan a cabo en los territorios con población de riesgo (1). Actualmente La lepra en Colombia se encuentra en eliminación como problema de Salud Pública, siendo la vigilancia en salud pública una de las herramientas fundamentales para la certificación internacional (1,9).

De acuerdo con la nueva estrategia OMS el Plan Estratégico de Colombia se actualiza, generando nuevos hitos en el control de la enfermedad (8).

Para este fin se establecieron las siguientes líneas de acción (1):

- Línea estratégica 1: Reforzar la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales y la nación en el control de la enfermedad de Hansen a través de la coordinación y las alianzas.
- Línea estratégica 2. Detener la enfermedad de Hansen y sus complicaciones mediante la oferta de servicios integrales con oportunidad, calidad y eficiencia.
- Línea estratégica 3. Eliminar la discriminación y fomentar la inclusión con un enfoque de participación y garantía de derechos.

1.3. Usos y usuarios de la vigilancia del evento

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de Lepra de acuerdo con los procesos establecidos, notificación, recolección, diagnóstico por laboratorio y análisis de los datos generando información oportuna, válida y confiable, para orientar políticas, medidas de prevención y control del evento, los usuarios de la vigilancia de este evento son: entidades territoriales, entidades municipales, empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB), programas nacionales y locales de Lepra.

A 2021	A 2026
Disminuir la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,58 casos por un millón de habitantes.	Disminuir la discapacidad grado 2 por Enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0.46 casos por un millón de habitantes.
Reducir la lepra infantil en 60% respecto a la línea de base de 2015.	Reducir la lepra infantil en 100 % con respecto a la línea de base en 2015.

2. Objetivos de la vigilancia del evento

- Presentar información actualizada sobre las características clínicas y epidemiológicas del evento en estudio.
- Orientar las medidas individuales y colectivas de prevención y control frente a los casos que permitan identificar y cortar la cadena de transmisión
- Establecer las acciones de investigación epidemiológicas de cada evento durante las situaciones de brote o cambios en la tendencia.
- Orientar a los diferentes actores del sistema sobre sus responsabilidades en la identificación, diagnóstico y manejo del evento leproso.
- Establecer los indicadores de vigilancia para el evento de leproso en estudio

3. Definiciones operativas de caso

De acuerdo con los criterios establecidos por la OMS el diagnóstico de la leproso es eminentemente clínico (1), es preciso aclarar que a nivel nacional se presentan debilidades en la efectividad de un diagnóstico clínico por eso se establecen todavía ayudas complementarias de laboratorio.

Tabla 1. Definición operativa de caso de leproso, Colombia.

Criterio	Características de la clasificación
Confirmado por clínica	Lesiones cutáneas eritematosas o hipocrómicas confirmadas al examen clínico por presentar alteración de la sensibilidad: térmica, dolorosa o táctil. Engrosamiento, dolor espontáneo o a la palpación de uno o varios troncos nerviosos, asociados con signos de afectación neural: pérdida sensitiva, disminución de la fuerza muscular o parálisis en el territorio y músculos inervados por ellos.
Laboratorio	Se trata de un complemento del examen clínico que contribuye al diagnóstico, clasificación y elección del esquema terapéutico. <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de bacilos ácido alcohol resistentes en los frotis de linfa o líquido intersticial. • Biopsia con infiltrados inflamatorios que lesionan o destruyen los nervios, independientemente de la presencia o no de bacilos.

Fuente: Guía MSPS

Tabla 2. Definición de ingreso de leproso, Colombia.

Criterio	Características de la clasificación
Caso nuevo	Paciente diagnosticado de leproso que nunca ha sido tratado por la enfermedad.
Caso retratado	Paciente diagnosticado de leproso que ya ha recibido tratamiento para la enfermedad en el pasado. Se clasificarán además en los siguientes grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Retratamiento después de la pérdida al seguimiento: Paciente diagnosticado de leproso que ha abandonado el tratamiento antes de su finalización y regreso al centro de salud para completar el tratamiento más allá de 3 meses para casos paucibacilares (PB) y más allá de 6 meses para casos multibacilares (MB). • Recidiva: Un paciente que ha completado un curso completo de tratamiento de leproso en el pasado y que regresa con signos y síntomas de la enfermedad que no se consideran debidos a una reacción.

Fuente: Guía MSPS

Tabla 3. Definición de resultados (1) Los resultados asignados a los pacientes después del tratamiento con antibióticos

Criterio	Características de la clasificación
Tratamiento completado dentro de la duración estándar	Paciente diagnosticado de lepra que nunca ha sido tratado por la enfermedad.
Perdidos en el seguimiento	Pacientes que han interrumpido el tratamiento por un total de 3 o más meses (si es PB) o un total de 6 o más meses (si es MB). Esto se definió previamente como “abandono”, pero se ha cambiado a “perdido para el seguimiento”
Fallecido	Pacientes que han sido diagnosticados con lepra y han fallecido por cualquier causa durante el curso del tratamiento
Insuficiente/ insatisfactoria respuesta clínica al tratamiento	Los pacientes que a pesar del tratamiento adecuado no responden clínicamente.
Tratamiento completado más allá de la duración estándar / Aún en tratamiento más allá de la duración estándar	Pacientes que han sido diagnosticados y tratados para lepra con un curso completo de PQT (6 meses para PB y 12 meses para MB) para quienes el clínico ha decidido que el tratamiento necesita extenderse más allá de la duración estándar

Fuente: Guía MSPS

4. Fuentes de datos

4.1. Definición de las Fuentes

Para la notificación de lepra se debe utilizar la ficha de notificaciones de datos básicos y datos complementarios (cara A y cara B) definidas en el Sistema de Vigilancia. Con el código 450.

Vigilancia rutinaria

- Notificación individual semanal de los casos a través de la ficha de notificación

Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Lepra.pdf>

- Búsqueda a partir de fuentes secundarias: libro de pacientes con Lepra, libro de laboratorio.

- Vigilancia activa: vigilancia comunitaria: estudios de convivientes. 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 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. En diferentes estudios han identificado que los convivientes tienen más riesgo de presentar lepra que cualquier otro contacto de un enfermo de lepra (**hasta 25 veces más riesgo, IC 95 %: 8 – 84 %**), en especial los convivientes con pacientes MB (13).

4.2. Periodicidad del reporte

Tabla 2. Periodicidad y responsabilidades en la notificación de casos de lepra.

Notificaciones	Responsabilidad
Notificación semanal	<p>Al SiviGila se notifican los casos NUEVOS, RECIDIVAS y PERDIDOS EN EL SEGUIMIENTO, de lepra confirmadas; la notificación se realiza de manera semanal y obligatoria por las unidades (UPGD – UI) al responsable de la vigilancia epidemiológica municipal (UNM). A su vez, el municipio notificará semanalmente al departamento o distrito todos los casos confirmados. Los departamentos o distritos (secretaría departamental o distrital de salud) notificarán semanalmente al INS.</p> <p>Realizar el envío de manera semanal según corresponde el flujograma del sistema de información y oportunidad de envío, bajo la notificación de archivos planos semanales y no procesos de retroalimentación.</p>
Investigaciones de caso	<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 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>

4.3. Flujo de información

El flujo de la información inicia en las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y en las Unidades Informadoras (UI); fluye hacia la unidad notificadora municipal (UNM) o a la Unidad Notificadora Distrital (UND) correspondiente; de las UNM se dirige a la unidad notificadora departamental (UND); de las UND (distritales y departamentales) al Instituto Nacional de Salud (INS); del INS al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y del MSPS a la OPS/OMS. La retroalimentación se realiza desde el Instituto Nacional de Salud a los distritos y departamentos y desde allí a los municipios, remitiendo información desde cada nivel a los aseguradores de su área de influencia. Se debe consultar el manual “Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria” publicado en el portal www.ins.gov.co.

4.4. Responsabilidades por niveles

Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA- tendrán el carácter de prioritarias en salud pública. Las responsabilidades por niveles del Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud, Secretaría Departamental de salud, Unidad local de Salud Institución Prestadora de Servicios de Salud Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, Unidades Notificadoras. Unidades Primarias Generadoras de Datos, están descritas en el decreto 3518 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.

Según el perfil de competencias y responsabilidades contemplado en el decreto 3518 de 2006 y el decreto 780 de 2016, Título 8 (Ministerio de Salud y Protección Social).

Entidades administradoras de planes de beneficios de salud

- Garantizar la realización de acciones individuales, tendientes a confirmar por laboratorio los casos de Lepra y asegurar las intervenciones individuales y colectivas del caso.
- Realizar actividades de detección temprana de casos en la población afiliada como estrategia de control de la transmisión de Lepra.
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Institución prestadora de servicios de salud

- Garantizar la atención integral del caso, de acuerdo con los lineamientos de manejo clínico y programático de Lepra (según la normatividad vigente).
- Garantizar el acceso al diagnóstico de casos de los casos de lepra.
- Diligenciar la ficha de notificación cara A, datos básicos y cara B, datos complementarios.
- Notificar el caso y remisión de la ficha de notificación a la unidad local de salud.
- Realizar acciones de detección de casos de manera temprana como estrategia de eliminación de la Lepra.
- Participar en las acciones de vigilancia planteadas por la autoridad sanitaria territorial acorde a las prioridades en salud pública.

Unidad local de salud

- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación a la secretaría departamental de salud.
- Realizar la investigación epidemiológica de campo de manera oportuna de acuerdo con los lineamientos nacionales vigentes.
- Realizar actividades de detección temprana de casos en la población afiliada como estrategia de control de la transmisión de Lepra.
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.
- Realizar búsqueda de Sintomáticos de piel.
- Realizar, en concurrencia con el departamento, análisis de la información generada por el Sistema de vigilancia en salud pública, para contribuir al control de la enfermedad en su territorio.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control, de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.

Secretaría Departamental/ Distrital de Salud

- Realizar asistencia técnica a la unidad local de salud.
- Concurrir con la unidad local de salud, si se requiere, en la investigación epidemiológica de caso.
- Concurrir con la unidad local de salud, en las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.

5. Recolección y procesamiento de los datos



- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación a la instancia nacional.
- Realizar análisis de la información generada por el sistema de vigilancia en salud pública para contribuir al control de la enfermedad en su territorio

Las unidades (UPGD – UI.), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

El flujo de datos de notificación de eventos de interés en salud pública se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS:

- La notificación de los casos nuevos o recidiva en Lepra, debe realizarse en la ficha de notificación individual (datos básicos y complementarios), con código de evento 450
- Para el procesamiento de la información es importante realizar depuración de la bases de datos, verificar calidad del dato en cada registro, de igual manera se debe realizar seguimiento de los casos descartados con código 6 y D notificados al Sivigila.
- Ajustes por períodos epidemiológicos: se deben realizar durante las siguientes cuatro semanas epidemiológicas después de su confirmación en cada caso.

- La correspondencia de bases de datos y fuentes de información se debe realizar por periodo epidemiológico, los responsables de vigilancia epidemiológica de los municipios y departamentos, en conjunto con los responsables de vigilancia (sivigila), programa de Lepra y del laboratorio en cada uno de los niveles, deberán realizar correspondencia de las fuentes y verificar que los casos reportados coincidan con los informados al Programa de Control de Lepra, teniendo en cuenta las tarjetas individuales, el libro de registro de pacientes, el informe trimestral de casos, las fichas de notificación del Sivigila y la base de datos del Sivigila, asegurando correspondencia del 100 % en los casos reportados por las diferentes 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 de cada entidad territorial.

Cada periodo epidemiológico debe consignar los hallazgos en el acta, la cual debe dar cuenta del seguimiento de los compromisos de la reunión anterior, las actas serán consolidadas por el responsable de vigilancia y estas serán verificadas en terreno por parte del personal de vigilancia en salud pública del INS.

6. Análisis de la información

La notificación de los casos nuevos o caso retratado (Retratamiento después de la pérdida al seguimiento o recidivas en lepra, debe realizarse en la ficha de notificación individual de lepra (datos básicos y complementarios), con código de evento 450 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. Cada período epidemiológico 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 correspondencia 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

ma y notificados a través de la unidad informadora caracterizada en la UNM o UND.

Se procesarán los datos sobre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta o de diagnóstico, se generarán tablas con información de departamentos y municipios que notifican casos y por departamento de residencia, tablas que contengan datos sociodemográficos, clínicos y epidemiológicos. Se construirán gráficos sobre la notificación por semana epidemiológica, grupos de edad, tendencia, cumplimiento de indicadores por departamento.

Las medidas de frecuencia que se van a estimar para el análisis de la información son:

- Incidencia de la lepra en Colombia
- Grado de discapacidad al momento del diagnóstico
- Clasificación clínica de los Casos

Así como la caracterización del comportamiento de las variables de tiempo, lugar y persona.

Localización geográfica: se debe indicar en un mapa la localización de los casos según su lugar de residencia, estos mapas pueden ser útiles para las actividades y focalización de búsquedas poblacionales o convivientes y determinará las acciones a seguir para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de casos con discapacidades físicas.

Indicadores de vigilancia y análisis del riesgo en salud:

a. Tasa de detección de casos por residencia.

Tipo de indicador	Resultado
Definición	Se define como el número de casos nuevos detectados de lepra que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado.
Periodicidad	Por período epidemiológico.
Propósito	Determina la tendencia secular de la enfermedad y así evalúa la efectividad de las acciones de detección, control y vigilancia de la misma.
Definición operacional	Numerador: número de casos de lepra notificados en el período según residencia Denominador: población total en Colombia por departamento o municipio por 100 000 habitantes
Coefficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila) Registro de población del DANE
Nivel de desagregación	Departamento y área de residencia.
Interpretación del resultado	En el periodo ___ se registró una incidencia de ___ casos de lepra por cada 100.000 habitantes

b. Porcentaje de casos nuevos detectados con discapacidad

Tipo de indicador	Resultado
Definición	Es la relación de casos nuevos según grado de discapacidad detectados y evaluados en el período.
Periodicidad	Por período epidemiológico .
Propósito	Útil para evaluar la eficacia o cumplimiento de las estrategias de detección implementadas en la entidad territorial. Las discapacidades graves (grado 2) por lo general se presentan años después del comienzo clínico de la enfermedad, por lo tanto, un predominio de casos con discapacidad grado 1 ó 2 indican detección tardía o manejo inadecuado.
Definición operacional	Numerador: casos nuevos detectados en el período con grado de discapacidad I y grado de discapacidad II Denominador: casos nuevos notificados y evaluados en el período por 100.
Coefficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila)
Interpretación del resultado	Del total de casos nuevos del evento el ___% corresponden a casos con discapacidad grado 1 Del total de casos nuevos del evento el ___% corresponden a casos con discapacidad grado 2

c. Tasa de discapacidad grado II

Tipo de indicador	Resultado
Definición	Es la relación de casos nuevos que presentan grado de discapacidad II causado por la lepra detectados y evaluados en el período en relación a la población en un determinado territorio.
Periodicidad	Por período epidemiológico .
Propósito	Útil para evaluar la eficacia o cumplimiento de las estrategias de detección implementadas en la entidad territorial. Las discapacidades graves (grado 2) por lo general se presentan años después del comienzo clínico de la enfermedad, por lo tanto, un predominio de casos con discapacidad 2, indica detección tardía o manejo inadecuado.
Definición operacional	Numerador: número de casos nuevos de lepra que presentan grado de discapacidad II causado por la lepra detectados en el período según lugar de residencia Denominador: población total en Colombia por departamento o municipio.
Coeficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila) Registro de población del DANE
Interpretación del resultado	En el periodo ___ se registró una tasa de ___ casos de lepra con discapacidad grado II por cada 100.000 habitantes.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.

d. Porcentajes de casos con lepra dentro de los convivientes examinados

Tipo de indicador	Resultado
Definición	Es la relación de casos nuevos dentro de los convivientes examinados que son detectados y evaluados en el período en relación con la población en un determinado territorio.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Identificar la proporción de los convivientes dentro de los casos examinados en cada entidad territorial.
Definición operacional	Numerador: total de casos nuevos de lepra (paucibacilar – multibacilar) a los que se le realizó el estudio de convivientes en un periodo determinado Denominador: total de casos dentro de los convivientes notificados con lepra en un periodo determinado
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	El ___% de los casos de lepra dentro de los convivientes.
Nivel	Nacional

e. Tasa de detección de casos nuevos por residencia, según clasificación en multibacilar o paucibacilar

Tipo de indicador	Resultado
Definición	Se define como el número de casos nuevos detectados de lepra que desarrollan formas paucibacilar /multibacilar en una población durante un período de tiempo determinado
Periodicidad	Por período epidemiológico, anual.
Propósito	Determina la tendencia secular de la enfermedad y así evalúa la efectividad de las acciones de detección, control y vigilancia de la misma
Definición operacional	Numerador: Total de casos nuevos de lepra con clasificación inicial como paucibacilar Total casos nuevos de lepra con clasificación inicial como multibacilar Denominador: Total de casos nuevos de lepra
Coefficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila) Registro de población del DANE
Nivel de desagregación	Nacional, departamental, municipal y por evento.
Interpretación del resultado	Para Casso PB 60 % del total de casos notificados en el periodo. Para MB 40 % del total de casos notificados en el periodo

7. Orientación de la acción



7.1. Acciones individuales

Ante un caso confirmado de Lepra se realizarán las siguientes acciones:

- Notificación del caso
- Inscripción del paciente al programa de control y diligenciamiento de la ficha individual de tratamiento.
- Evaluación del grado inicial de discapacidad.
- Investigación de campo y estudio de convivientes: las Secretarías Municipales o Direcciones Locales de Salud deberán efectuar en conjunto con el Programa de Lepra la visita epidemiológica de campo en los primeros ocho días de captado el caso y las visitas de seguimiento serán realizadas por el programa de acuerdo a lo establecido en la circular 058 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social. Los formatos para esta actividad son los contemplados en el Programa Nacional de Lepra.

La clasificación establecida por la OMS se basa de acuerdo con el número de lesiones presentadas por el paciente en la tabla 3.

CLASIFICACIÓN OPERACIONAL OMS, 1982	
Lepra Paucibacilar	Hasta 5 lesiones cutáneas, no más de un tronco nervioso comprometido y baciloscopia negativa.
Lepra Multibacilar	Más de 5 lesiones cutáneas, más de un tronco nervioso comprometido y baciloscopia positiva.

Los lineamientos nacionales de manejo clínico y programático de la enfermedad de Hansen contiene elementos normativos de obligatorio cumplimiento (detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y normas administrativas del programa) y por lo tanto la realización de todos los procedimientos allí contemplados son responsabilidad de las aseguradoras (EAPB). Dichas actividades se realizarán con cargo a los recursos de plan complementario 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 la Ley 1122 de 2007, capítulo IV, artículo 14, literal G).

Diagnóstico

El diagnóstico de un caso de Enfermedad de Hansen es esencialmente clínico y se realiza a través del examen dermatoneurológico, que tiene como propósito identificar las lesiones (manchas, maculas, pápulas o nódulos) o áreas de la piel con alteración de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil.

El diagnóstico ha de establecerse tras una exploración clínica, y sólo cuando los signos y síntomas sean claros e inequívocos. Si existe la más mínima duda, debe mantenerse al enfermo en observación hasta que posteriores pruebas confirmen el diagnóstico se debe evaluar disminución de la fuerza: evaluar la sensibilidad: y evaluar la discapacidad:

El sistema de clasificación de la discapacidad de la OMS en 3 grados (0, 1, 2) se ha utilizado durante varios años y ha demostrado ser una buena base para medir la magnitud del problema y la organización de actividades de rehabilitación, tanto a nivel individual, como comunitario.

Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)

Los principales objetivos de la Rehabilitación, basada en la comunidad, son la igualdad de oportunidades y derechos para todos los miembros de una comunidad independientemente de la capacidad funcional de cada individuo.

Muchas sociedades tienen una infraestructura que está diseñada para estilos de vida sin discapacidad, que esperan que los individuos con discapacidad se adapten a ella.

Los programas más efectivos de rehabilitación, son aquellos que incluyen al gobierno, organizaciones no gubernamentales y el sector privado para la Provisión de múltiples puntos de acceso, oportunidades más equitativas para usar los servicios, y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad. Vacunación de convivientes con BCG

7.2. Acciones colectivas

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 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.

Se debe llevar el registro de los contactos convivientes (personas que residen intradomiciliariamente con el caso durante un período 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

Si se confirma un caso entre los contactos, se deberá notificar al Sivigila y tenerlo en cuenta para el informe del programa, a su vez, se debe canalizar para la administración del tratamiento según Guía de Atención vigente del MSPS. 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 o 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 (Guía MSPS). Esta actividad es de obligatorio cumplimiento, y está normada en la Guía de atención de lepra el MSPS. Es responsabilidad del Plan de Intervenciones Colectivas y hace parte fundamental de la investigación epidemiológica de campo.

7.3. Acciones de laboratorio

La baciloscopia se utiliza para la clasificación de todos los casos de Hansen, de acuerdo con el resultado obtenido se orienta el esquema de tratamiento, se define como el examen directo de material extraído de líquido intersticial o piel, que se tiñe por la técnica de Ziehl Ne-

elsen para visualizar bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR), propiedad de *Mycobacterium leprae*.

Si el resultado del examen evidencia la presencia de BAAR (índice bacilar >0) el caso es Multibacilar o si no se evidencian BAAR (índice bacilar $=0$) el caso es Paucibacilar.

El seguimiento del tratamiento de los casos de Hansen por laboratorio se realiza teniendo en cuenta la clasificación inicial, si fue Paucibacilar se debe realizar una baciloscopia al finalizar el tratamiento que para este caso se esperaría que su índice bacilar siga siendo $=0$, para los casos Multibacilar se realiza semestralmente durante el tiempo que dure el tratamiento y al finalizar el mismo, la efectividad de los medicamentos se evidencia con la reducción del índice bacilar entre el momento del diagnóstico y el control.

8. Comunicación del riesgo

Se deberá tener en cuenta que la comunicación de riesgos para la vigilancia sanitaria es determinante en la preparación, respuesta y recuperación de la población frente a un evento de interés, e implica que la interacción que se genere entre las partes interesadas permita que todos los expuestos a las amenazas relativas a la salud, seguridad y ambiente, puedan participar en la reducción y prevención de los riesgos y así se alcance un mejor entendimiento de cada evento.

La comunicación y difusión de los resultados, estará a cargo de las Entidades Territoriales, Municipales y los Distritos a través de comunicados o boletines que permitan dar a conocer al entorno de su comunidad las acciones de protección y prevención, la tendencia y que de esta manera puedes generar acciones de control.

9. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Volumen III, 1985-1992, tercera edición. Ginebra: OMS; 1993: páginas: 117-118.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Día mundial de la lucha contra la lepra o enfermedad de Hansen, pensemos en lepra, 2015.
3. Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en Latino América y el Caribe. Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales 2012-2015.
4. WHO. Expert Comite on Leprosy, 7th Report, 1998: 1-43.
5. Faizal M. La lepra. Universidad Nacional de Colombia. Servicio de biblioteca virtual. www.unal.edu.co
6. 6 guía
7. Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en Latino América y el Caribe. Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales 2012-2015.

8. Lepra Nota descriptiva N°101 Mayo de 2015, centro de prensa OMS
9. WHO. Global Leprosy Strategy 2016–2020. Accelerating towards a leprosy-free world. Monitoring and Evaluation Guide. 2017
10. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. Ministerio de salud y protección social.
11. Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Bogotá DC: Ministerio de Salud, dirección general de salud; 2000.
12. 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.
13. Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy. Plan Period 2011-2015. SEA-GLP-2009.3.

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
01	2014	06	11	Actualización de conceptos y formato	Grupo Micobacterias DVARSP
02	2014	12	01	Actualización de la información acciones por laboratorio, ajuste de formato del documento	Claudia Llerena Polo-Grupo de Micobacterias SLNR-DRSP Esther Cristina Barros Liñán-SLNR-DRSP
03	2015	11	26	Actualización de conceptos	Diana Vargas Gómez DVARSP Santiago Fadul Pérez grupo Micobacterias DVARSP
04	2016	02	28	Actualización de introducción, justificación de la vigilancia, comportamiento regional, mundial, objetivos, definiciones, acciones de ICE.	Santiago Fadul Pérez grupo Micobacterias DVARSP
05	2017	05	24	Actualización de introducción, justificación de la vigilancia, comportamiento regional, mundial, objetivos, definiciones, acciones de comunicación del riesgo.	Santiago Fadul Pérez grupo Micobacterias DVARSP
06	2020	23	06	Actualización de conceptos	Vilma Fabiola Izquierdo Charry grupo Transmisibles

REVISÓ	APROBÓ
Diana Marcela Walteros Acero	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud pública	Director de Vigilancia y Análisis de Riesgos en Salud Pública

11. Anexos



No aplica