

# 29. LEPRA - PLAN DE ELIMINACIÓN

*Protocolo de Vigilancia Epidemiológica  
para Lepra.*

## 1. ENTRADA

### 1.1 Definición del evento a vigilar

**Descripción:** La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad bacteriana crónica de la piel y del tejido nervioso periférico, también puede atacar cualquier órgano del cuerpo con excepción del sistema nervioso central.

En todos los casos, se observan neuropatías periféricas en forma aislada o haciendo parte de cuadros complejos. Como la mayoría de los nervios periféricos tienen fibras tanto sensitivas como motoras el déficit puede ser sensitivo-motor (mixto).

El bacilo tiene predilección por los nervios más superficiales.

Al examen clínico puede encontrarse uno o varios de los siguientes signos o síntomas: Aplanamiento de la frente, posición asimétrica de las cejas, disminución de la frecuencia del parpadeo, lagrimeo constante, conjuntivitis en banda, inexpressión facial, alopecia parcial o total de cejas y pestañas, eversión del párpado inferior, cambios en la textura y coloración de la piel, placas, nódulos, disfonía, dedo meñique en abducción, mano caída, parestesias o disestesias percibidas como corrientazos, sensaciones de quemadura, de frío - calor o ardor y hormigueos, fotofobia, rinitis, dificultad para escribir o sostener objetos en las manos. En la nariz puede encontrarse ulceraciones o perforación del tabique nasal.

Las manifestaciones pueden agruparse en:

**Primarias neurológicas:** Corresponden a neuritis generalmente asimétricas que dan lugar a parestesias, disestesias y déficit sensitivo o motor.

**Primarias dermatológicas:** Máculas, placas y lepromas.

**Primarias sistémicas:** Epiescleritis, rinitis, laringitis, adenitis, hepatitis, nefritis, orquiepididimitis y osteitis.

**Manifestaciones secundarias:** Producidas por complicaciones de los síntomas primarios y reaccionales. Entre éstas se incluyen, úlcera corneal por disminución del parpadeo al alterarse el nervio trigémino, lagofthalmus, ectropión y facies inexpressiva por alteración del nervio facial, úlceras en dedos por pérdida de la sensibilidad, perforación del tabique con hundimiento del dorso nasal y leucomas, sinequias posteriores, cataratas, glaucoma, atrofia ocular y ceguera.

**Manifestaciones reaccionales:** Producidas por las alteraciones en el balance inmunológico entre el huésped y el *Mycobacterium leprae*. No indican progreso o regresión de la enfermedad. Entre otras se observan, malestar, anorexia, astenia, cefalea, náuseas, vómitos, fiebre, neuritis irritativa muy dolorosa, eritema nodoso, dolor ocular, fotofobia, conjuntivitis, epífora, visión borrosa, quemosis, blefaroespasma, hemorragias subconjuntivales, miosis o midriasis, queratitis, epiescleritis, iridociclitis, glaucoma, adenitis, hepatitis, glomerulonefritis, orquiepididimitis y artritis.

#### **Clasificación de la lepra**

Bacteriológicamente la lepra se divide en paucibacilar y multibacilar.

Clínicamente se divide en indeterminada que puede virar a tuberculoide, dimorfa o borderline o a lepromatosa.

T.T.: Tuberculoide tuberculoide

B.T.: Bordeline Tuberculoide

B.B.: Bordeline Bordeline

B.L.: Bordeline Lepromatosa

L.L.: Lepromatosa Lepromatosa

**Agente:** *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen

**Modo de transmisión:** contacto directo por largo tiempo entre enfermo de lepra bacilífero y persona susceptible. Los microorganismos pueden penetrar por vías respiratorias superiores y posiblemente a través de la piel abierta. En los niños menores de un año, la transmisión se asume sea por vía trasplacentaria.

**Reservorio:** el hombre

**Período de incubación:** varía entre 9 meses y 20 años en promedio tres o cinco años. La enfermedad es rara en menores de tres años.

**Período de transmisibilidad:** durante el tiempo que dure la enfermedad. Deja de ser infectante a los tres meses de tratamiento continuo y regular con Dapsone o Clofazimina y a los tres días de tratamiento con Rifampicina.

**Distribución:** mundial. Enfermedad en fase de eliminación. Las proporciones de prevalencia más elevadas corresponden a las zonas rurales de las regiones tropicales y subtropicales, sin embargo las condiciones socioeconómicas pueden ser más importantes que el propio clima.

## 1.2 Definiciones operativas

**Caso sospechoso:** Todo paciente sintomático de piel y toda persona mayor de cuatro años, a quien se le diagnostique por primera vez cualquiera de las enfermedades dérmicas o neurológicas que se enumeran a continuación y con una evolución de tres meses o más: Nevus acrómico, vitiligo, pitiriasis versicolor; granuloma anular, líquen rojo plano, leishmaniosis, psoriasis y parapsoriasis, eritema indurado de Bazin, neurodermatitis, nevus anémico, pitiriasis alba, carate pinta, lupus eritomatoso discoide, pián framboesia, tiña córporis, neurofibromatosis, sífilis secundaria sintomática, dermatitis atópica, parálisis de Bell o parálisis facial, contractura de Dupuytren y neuropatía diabética (perforantes).

**Caso probable:** Es un caso sospechoso que además presenta parestesias o disestesias y que puede acompañarse de alopecia, ulceración del tabique nasal, fotofobia, posición asimétrica de cejas y en algunos casos de incapacidades secundarias por déficit sensitivo y motor.

**Caso confirmado:** Es un caso probable cuya clínica y ayudas diagnósticas son las descritas para cada forma de lepra así:

**Lepra indeterminada:** Presencia de máculas hipocrómicas o discretamente eritematosas, de límites imprecisos, alopécicas, anhidróticas, no pruriginosas y con trastornos de sensibilidad, en número y tamaño variable y que pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo.

Mitsuda: Positiva o negativa.

Baciloscopia: Negativa en moco y linfa.

Biopsia: Escasas células histio y linfocitarias.

**Lepra tuberculoide:** Presencia de máculas o placas de tamaño y número variable, eritematosas o violáceas, secas, escamosas, de bordes nítidos, levantadas, micropapulares y con tendencia a la curación en su centro. Siempre son anestésicas, alopécicas y anhidróticas.

Mitsuda: Positiva.

Baciloscopia: Negativa en moco y linfa.

Biopsia: Granuloma tuberculoide. Atrofia de epidermis. Células epiteloideas. Células de Langhans.

**Lepra lepromatosa:** Presencia de máculas, placas y nódulos de tamaño variable en forma bilateral y simétrica, de bordes difusos, superficie brillante y color eritematoso o violáceo con disminución de la sensibilidad. Se acompaña de compromiso visceral y de mucosas de tracto respiratorio superior. La sudoración es normal. Se observa alopecia parcial o total de cejas y pestañas. Al progresar la enfermedad se desarrollan lesiones elevadas, nódulos (lepromas) y una infiltración generalizada de la piel, con mayor intensidad en las zonas más frías del cuerpo (lóbulo de orejas, nariz, etc.). Puede desarrollarse tardíamente anestesia extensa, pero con frecuencia, la función nerviosa motora esta bien preservada.

Mitsuda: Negativa.

Baciloscopia: Positiva en moco y linfa.

Biopsia: Granuloma lepromatoso. Bandas de Unna. Células de Virchow. Material lipídico. Abundantes bacilos.

**Lepra dimorfa o borderline:** Se divide en tres formas:

**Bordeline tuberculoide:** Presencia de lesiones semejantes a la lepra tuberculoide, pero los bordes de las lesiones son menos nítidos.

Mitsuda: Positiva.

Baciloscopia: Escasos bacilos en linfa, negativa en moco.

Biopsia: Granuloma mixto, bacilos presentes.

**Bordeline bordeline:** Presencia de máculas y placas numerosas, asimétricas, eritematosas y superficie brillante. Son anulares con borde externo difuso y borde interno nítido. El centro es definido y claro. La sensibilidad está moderadamente disminuida.

Mitsuda: Negativo.

Baciloscopia: Positiva en linfa y negativa en moco nasal.

Biopsia: Granuloma mixto, bacilos presentes.

**Bordeline lepromatosa:** Presencia de máculas, placas, lesiones anulares e infiltradas, hay tendencia a la simetría. Es muy semejante a la Lepromatosa. Afecta poco la sensibilidad.

Mitsuda: Negativa.

Baciloscopia: Positiva en linfa y ocasionalmente en moco nasal.

Biopsia: Granuloma mixto, bacilos presentes.

El diagnóstico es primordialmente clínico, se apoya en los criterios histopatológico, bacteriológico, epidemiológico e inmunológico.

### **1.3 Definición de objetivos, metas y estrategias**

#### **Objetivos**

- Lograr una prevalencia de lepra en las Américas inferior a uno por diez mil habitantes.
- Prevenir las discapacidades físicas generadas por la enfermedad.

#### **Metas**

- Diagnosticar y proporcionar tratamiento oportuno y regular al 100% de casos.
- Incorporar a un programa de rehabilitación al 100% de los pacientes desde el diagnóstico.
- Examinar neuro-dermato-oftalmológicamente el 100% de los sintomáticos de piel.

#### **Estrategias**

- Fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública para la captación temprana de casos y la aplicación oportuna de las medidas de control.
- Educación y vinculación de la comunidad en el proceso de vigilancia de la salud pública para detección y remisión de casos probables y para la evaluación y control de las intervenciones.
- Actualización permanente del personal de salud en el diagnóstico y manejo terapéutico adecuado.

### **1.4 Recursos disponibles y responsabilidades**

- Existencia del Plan Regional de Eliminación de la Lepra en las Américas.
- Disponibilidad de medicamentos (poliquimioterapia - PQT) para el tratamiento de la lepra suministrados por el Ministerio de Salud.
- Capacidad técnica sectorial para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos y seguimiento de los convivientes.
- Es responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud, la atención del enfermo, la notificación del caso y la evaluación de la calidad de la atención.
- Es responsabilidad de la dirección local de salud, coordinar las acciones con la comunidad, notificar al nivel departamental, asesorar, evaluar y controlar el proceso de vigilancia de la salud pública a nivel local.
- Es responsabilidad de la dirección seccional de salud, notificar al Ministerio de Salud, gerenciar la vigilancia de la salud pública a nivel departamental y realizar el control de calidad del diagnóstico.

- Es responsabilidad del Ministerio de Salud suministrar los medicamentos para el manejo de los enfermos y dirigir y controlar el sistema nacional de vigilancia de la salud pública.

## **1.5 Planeamiento y selección de datos**

### **Fuentes de información:**

- Comunidad
- Instituciones prestadoras de servicios de salud
- Agentes comunitarios de salud

### **Registros:**

- Registro individual de prestación de servicios de salud – RIPS (consulta externa, urgencias y hospitalización)
- Historia clínica
- Certificados de defunción
- Registros de laboratorio
- Registros ficha única del Sivigila

## **1.6 Flujograma**

### **Notificación:**

- De la institución prestadora de servicios de salud a la dirección local:
  - Semanal individual de casos confirmados con las variables incluidas en la ficha única del sivigila
- De la dirección local a la dirección seccional de salud:
  - semanal individual de casos con las variables básicas de la ficha única del sivigila .
- De la dirección seccional de salud al Ministerio de Salud:
  - semanal colectiva de casos probables y confirmados
  - Anual informe de la cohorte de los pacientes con lepra.

## **2. PROCESO**

### **2.1 Decisiones políticas**

- Inclusión de las acciones de vigilancia y control del Plan de Eliminación de la lepra en los planes de atención básica municipal y departamental.

### **2.2 Definición de acciones técnicas**

#### **A nivel individual a partir del caso probable:**

- Estudio por laboratorio para la clasificación diagnóstica.

- Baciloscopia en moco y linfa: Sirve como criterio para la clasificación como multibacilar o paucibacilar y orientar el tratamiento.

**Toma y fijación de las muestras:** Se requieren cinco muestras por paciente, tomadas y distribuidas en una placa de acuerdo con el siguiente esquema:

Número 1: moco nasal

Número 2: Linfa de oreja izquierda

Número 3: Linfa de oreja derecha

Número 4: Linfa de lesiones (Nódulos o borde interno de máculas o pápulas). Si no hay lesiones tomar linfa de codo o rodilla derecha.

Número 5: Linfa de lesiones: Si no hay lesiones tomar linfa de codo o rodilla izquierda.

**Nota:** Si existe una sola lesión, tomar las muestras N° 4 y N° 5 de el borde derecho e izquierdo de ésta en forma respectiva.

- Muestra de moco: El paciente debe sonarse la nariz en una pequeña bolsa de plástico y con el moco allí recogido se hará un frotis en el espacio N° 1 de la placa. Si no se obtiene muestra humedecer las fosas nasales con solución salina y de nuevo intentar la recolección.

Si no tiene moco, se puede tomar la muestra con un aplicador de algodón, humedecido en solución salina friccio- nando, suavemente los lados del septo nasal.

- Muestra de linfa: Realizar asepsia del sitio elegido, coger el pliegue de la piel con los dedos índice y pulgar hasta que ésta se torne pálida manteniendo la presión hasta que se haya tomado la muestra. Puede utilizarse pinza en reemplazo de los dedos. Con una lanceta realice una incisión, descarte la primera muestra si contiene sangre, luego gire la lanceta y con el extremo romo raye la incisión. Se extiende en la placa en forma circular.
- Biopsia de lesiones o piel para estudio histopatológico: Con un bisturí se extrae un fragmento de una lesión, el cual debe contener la totalidad de la dermis y parte de la hipodermis. Debe hacerse del borde activo hacia el centro de la lesión y no es necesario extenderse hacia piel normal. El tamaño ideal de la biopsia es de cinco mm de ancho, de 10 mm de largo y de más de siete mm de profundidad para que halla hipodermis en la muestra.

Si no hay lesiones cutáneas, la biopsia se realiza en el área de cambios máximos en la sensibilidad y tomando ampliamente la hipodermis.

La muestra se envía al laboratorio de referencia en formol salino al 10% (90 cc de solución salina más 10 cc de formol) en un recipiente de boca ancha, marcado y con el formato para anatomía patológica debidamente diligenciada donde debe incluirse nombre, edad, signos y síntomas, antecedentes personales y familiares de importancia, sitio anatómico de toma de la muestra y hospital que remite, entre otros.

- Prueba de Mitsuda o Lepromina: No es prueba diagnóstica. Ayuda a la clasificación de la lepra y permite determinar la capacidad de respuesta inmunológica de una persona frente al bacilo de Hansen. No siempre disponemos de ésta en nuestro medio.

Procedimiento: En forma intradérmica, en el tercio medio de la cara interna del brazo derecho, con una jeringa de tuberculina, se inyecta 0.1 mililitros de lepromina integral de Mitsuda.

Se lee a la cuarta semana con regla milimétrica, midiendo el diámetro de induración transversal e informando en milímetros. El eritema no tiene importancia y no es éste el que se mide.  
Positiva: seis mm. o más.

Negativa: Menos de seis mm.

En caso de ulceración el diámetro de la misma se informa en milímetros.

- **Con el caso confirmado**

- Notificación semanal individual.
- Esquema terapéutico
  - “ Se administra en forma ambulatoria, solo se hospitaliza el paciente, cuando presente leproreacciones severas.
  - “ La rehabilitación debe iniciarse desde el momento del diagnóstico.
  - “ El paciente debe ser evaluado por odontólogo al inicio del tratamiento.
  - “ Realizarle coprológico y desparasitación antes del tratamiento para la lepra.

**Tratamiento:**

Las formas multibacilares, se tratan con esquema mixto (fase supervisada y fase autoadministrada a la vez), por un período de 2 (dos) años así:

- “ Durante este período deberá realizarse: Cada tres meses baciloscopia y control de enfermería; cada seis meses consulta médica, control de incapacidades y visita domiciliaria.

Las formas paucibacilares recibirán tratamiento por 6 meses y con un esquema mixto (fase supervisada y fase autoadministrada a la vez ) así:

“ En este período al caso se le realizará cada seis meses: Baciloscopia, consulta médica, control de incapacidad y visita domiciliaria. Se realizará además cuatro controles de enfermería al año.

“ Embarazadas y niños: Igual tratamiento, reajustando dosis en niños así:

Niños: calcular dosis así:

Dapsone: 1-2 mgs/kilo/día

Rifampicina: 15-20 mgs/ kilo/dosis

Lampren (clofaximina): 4-5 mgs/kilo/dosis

• Tratamiento de Leprorreacciones: Si son severas el paciente requiere hospitalización.

“ Reacción Leprótica tipo I (neuritis o agudización de lesiones preexistentes).

Prednisona: 1-2 mgs/kg/día. Disminuir gradual hasta desaparición de los síntomas de la leprorración.

Acido Acetilsalicílico: 25-50 mgs/kg/día

En gestantes: Prednisona

“ Reacción Leprótica Tipo II (Eritema nodoso leproso, iridociclitis, orquitis).

Thalidomida 200-400 mgs/día por 3-4 días, luego disminuir 100 mgrs cada 3 días, hasta 50 mg/día, dosis en la cual se mantendrá el paciente durante ocho días después de los cuales se suspende. **No usar en embarazadas ni en niños.**

Evaluación de las incapacidades al momento del diagnóstico, instaurar rehabilitación precoz y vigilancia permanente de la evolución de las discapacidades.

Otra alternativa es:

Lampren (clofaximina): iniciar con 400 mgrs/día y luego disminuir gradualmente hasta 50 mg/día (100 mg interdiarios), retirar al ceder el cuadro reaccional.

#### **A Nivel comunitario:**

- **Investigación epidemiológica de caso** para la evaluación y seguimiento a los convivientes.

Los convivientes de pacientes con formas multibacilares se examinarán clínicamente cada semestre.

Los convivientes de pacientes con formas paucibacilares se examinarán clínicamente cada año.

A los convivientes sólo se les realiza baciloscopia y biopsia si cumplen los criterios de caso probable.

Se recomienda la aplicación de BCG a los convivientes así: Si tiene cicatriz se aplica un refuerzo. Si no tiene cicatriz se colocará el BCG y un refuerzo a los seis meses.

## **2.3 Definición de mecanismos**

## **operativos**

- Designación de un coordinador de vigilancia de la salud pública en cada dirección local de salud y de vigilancia epidemiológica en cada institución prestadora de servicios de salud.
- Constitución y funcionamiento del comité de vigilancia de la salud pública municipal y de vigilancia epidemiológica institucional.
- Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control desde la dirección seccional a la vigilancia de la salud pública realizada por las direcciones locales y de vigilancia epidemiológica por las unidades de prestadoras de servicios de salud.
- Coordinación con los organismos que trabajan en la lucha contra la lepra para capacitación de los funcionarios en diagnóstico y manejo de la enfermedad.
- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y a las sociedades científicas para la capacitación y divulgación de las normas.

## **2.4 Clasificación final del caso**

Cuando se disponga de los resultados de ayuda diagnóstica, los casos confirmados se clasificarán según el tipo de lepra. Ver definiciones operativas numeral 1.2.

## **3. PRODUCTO**

### **3.1 Evaluación de impacto**

Se analiza con base en los cambios logrados en la situación epidemiológica a través de los siguientes indicadores:

- Proporción de incidencia en población general y específica por edad, por clasificación clínica y bacteriológica y por municipio.
- Tendencia de la enfermedad en la región en los últimos años.
- Mapa de riesgo para lepra según frecuencia de casos por barrio o vereda.

### **3.2 Evaluación del funcionamiento del sistema**

- Cumplimiento institucional en la notificación.
- Razón de convivientes con examen clínico completo por cada caso de lepra diagnosticado.
- Porcentaje de casos de lepra con incapacidades II y III al ingreso.
- Porcentaje de casos de lepra que presentan incapacidades II y III después del tratamiento.
- Porcentaje de pacientes en rehabilitación.
- Porcentaje de convivientes con evaluación clínica semestral o anual según el tipo de seguimiento de acuerdo con la clasificación de la lepra en el caso.
- Porcentaje de casos de lepra que egresan por curación.
- Porcentaje de casos de lepra que egresan por pérdida.
- Porcentaje de sintomáticos de piel y sospechosos examinados clínicamente.

